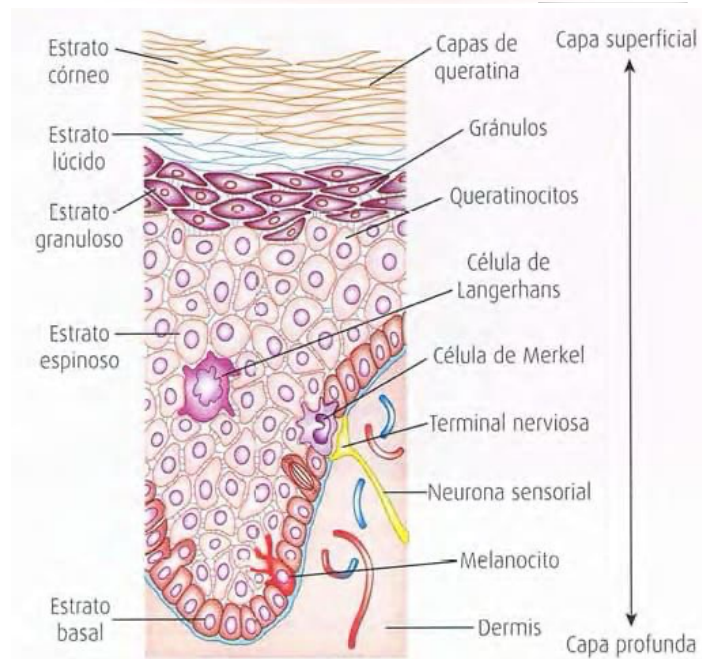
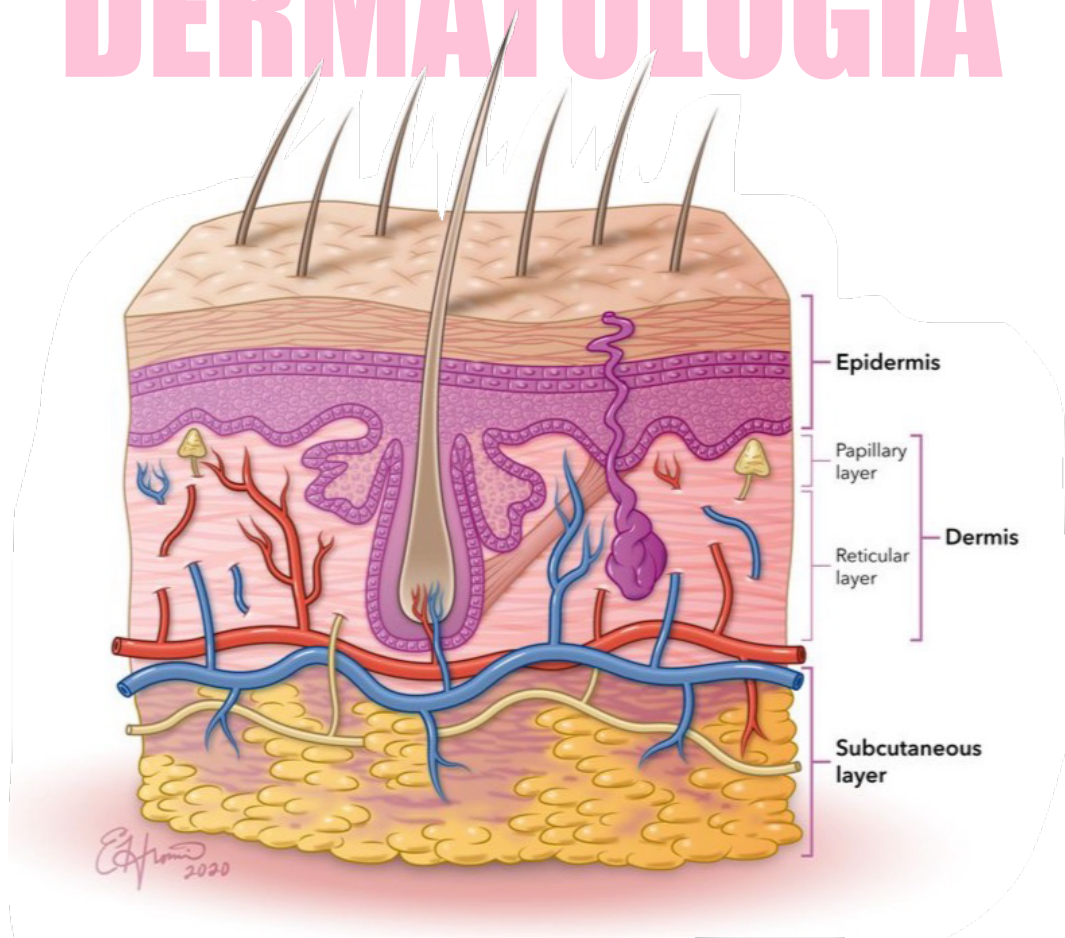


DERMATOLOGÍA



2025-26

1	Semiología General	FLÓREZ
2	Terapéutica dermatológica	FLÓREZ
3	Afecciones zooparasitarias	FLÓREZ
4	Micosis cutáneas	FLÓREZ
5	Enfermedades causadas por bacterias	FLÓREZ
6	Micobacteriosis cutáneas	BLANCO
7	Dermatosis por virus	BLANCO
8	Infecciones transmisión sexual I: Sífilis	GINARTE
9	Infecciones transmisión sexual II	GINARTE
10	Psoriasis	GINARTE
11	Trastornos eritemoescamosos	GINARTE
12	Eccemas	FLÓREZ
13	Acné, Rosácea e Hidrosadenitis	GINARTE
14	Alopecias y discromías	LABANDEIRA
15	Reacciones de hipersensibilidad: urticaria y angioedema	LABANDEIRA
16	Vasculitis	SÁNCHEZ-AGUILAR
17	Toxicodermias	SÁNCHEZ-AGUILAR
18	Enfermedades metabólicas	FLÓREZ
19	Conectivopatías I: lupus eritematoso y dermatomiositis	FLÓREZ
20	Conectivopatías II: esclerodermia, LEA y eritrodermia	FLÓREZ
21	Enfermedades mucocutáneas ampollosas autoinmunes I	SÁNCHEZ-AGUILAR
22	Enfermedades mucocutáneas ampollosas autoinmunes II	SÁNCHEZ-AGUILAR
23	Ictiosis. Alteraciones queratinización	GINARTE
24	Sarcoidosis y Mastocitosis	BLANCO
25	Neurocristopatías o facomatosis	BLANCO
26	Malformaciones y tumores vasculares	BLANCO
27	Precáncer cutáneo-mucoso	GINARTE
28	Cáncer cutáneo no melanoma	GINARTE
29	Tumores pigmentarios	SÁNCHEZ-AGUILAR
30	Linfomas cutáneos	SÁNCHEZ-AGUILAR

DERMA

1. INTRODUCCIÓN. SEMIOLOGÍA GENERAL DERMATOLÓGICA

. Todas las siguientes son lesiones elementales primarias excepto una. ¿Cuál? (evaluación continua)

- a) Mácula.
- b) Tubérculo.
- c) Costra.
- d) Absceso.

*correcta: c

. Una de las siguientes es una lesión elemental clínica secundaria: (2017 enero)

- a) Pápula.
- b) Nódulo.
- c) Ampolla.
- d) Pústula.
- e) Costra.

*correcta: e

. Una de las siguientes no es una lesión clínica elemental: (2016 enero)

- a) Escama.
- b) Costra.
- c) Escara.
- d) Pústula.
- e) Fisura.

→ lesión elemental:

- primaria = mácula + parche/manche + pápula + placa + habón (roncha) + nódulo + goma + vesícula/pústula/ampolla + quiste + absceso
- secundaria = erosión y excoriación + fisura + úlcera + escama + costra + escara + atrofia + esclerosis + cicatriz + liquisfación + poiquilodermia

correcta: ninguna

. Las pápulas, habones, tubérculos, nódulos y tumores son todas lesiones elementales primarias pero la diferencia fundamental entre ellas es el/la: (evaluación continua)

- a) Evolución en el tiempo.
- b) Características de su contenido.
- c) Tamaño que pueden alcanzar.
- d) Sintomatología previa.

*correcta: a

. Respecto a las máculas purpúricas (2017) (2016 enero)

- a) No regresan a la vitropresión.
- b) Se deben únicamente a una vasodilatación activa.
- c) Son lesiones nodulares.
- d) A y B son ciertas.
- e) Ninguna es correcta.

→ lesiones elementales primarias = mácula => plana + <1cm + cambio coloración piel + NO elevación/textura

- mácula = cambio coloración piel NO relieve -> violeta = púrpura/petequia/equimosis = extravasación sangre -> NO desaparece a vitopresión

*correcta: a

. ¿A qué tipo de lesión elemental corresponden las verrugas planas juveniles? (2022 diciembre)

- a) Pápulas epidérmicas.
- b) Pápulas dérmicas.

- c) Tubérculos.
- d) Nódulos.

→ lesión elemental 1ª - pápula (lesión palpable - contenido sólido) → ej (+) representativo = Verruga Vulgar VPH

*correcta: a

. Una lesión elemental clínica caracterizada por ser una elevación circunscrita de la epidermis de contenido líquido seroso o hemorrágico de pequeño tamaño sería: (evaluación continua)

- a) Una vesícula.
- b) Un absceso.
- c) Una pústula.
- d) Una ampolla.

*correcta: a

. Una pústula se diferencia de una Vesícula (evaluación continua)

- a) Por su contenido.
- b) Por su tamaño.
- c) Por su consistencia.
- d) Por su infiltración.

*correcta: a

. Una pústula se diferencia de una Vesícula. (2020 julio)

- a) Por su infiltración.
- b) Por su consistencia.
- c) Por su contenido.
- d) Por su tamaño.

→ lesiones elementales primarias = vesícula - pústula - ampolla

- vesícula = lesión sobreelevada piel <0,5cm + ocupada x líquido seroso/hemorrágico

- pústula = lesión sobreelevada circunscrita <0,5cm + ocupada x líquido purulento

- ampolla = lesión sobreelevada piel >0,5cm + ocupada x líquido seroso/hemorrágico/purulento

*[PUS]tula

*correcta: c

. En relación a las pústulas: (enero 2016)

- a) Su contenido es transparente.
- b) Curan dejando una cicatriz deprimida.
- c) Son la lesión elemental de la pitiriasis rosada.
- d) Ninguna es cierta.
- e) A, B y C son ciertas.

→ pústulas = contenido pus (NO transparente) + curan sin cicatriz (excepto más graves)

- pitiriasis rosada = mácula/pápula

*correcta: d

. En relación a las ampollas: (2017 enero)

- a) Su contenido es siempre transparente.
- b) Curan siempre dejando una cicatriz deprimida.
- c) Son la lesión elemental de la pitiriasis rosada.
- d) Ninguna es cierta.
- e) A, B y C son ciertas.

*correcta: d

. Consideraremos a la fisura como: (2019 julio)

- a) Lesión elemental clínica secundaria.
- b) Lesión elemental clínica primaria.
- c) Lesión elemental presente en zonas con abundante sudoración.
- d) Lesión elemental clínica secundaria por solución de continuidad.
- e) Lesión elemental clínica primaria secundaria a la formación de una costra melicérica.

→ lesiones elementales secundarias - con solución continuidad => fisura = pérdida sustancia lineal en piel llega hasta dermis (profunda)

*correcta: d

. La liquenificación: (evaluación continua)

- a) Es una respuesta cutánea al rascado crónico.
- b) Es una lesión elemental clínica primaria.
- c) Se trata con antihistamínicos tópicos.
- d) Es un hallazgo histopatológico

*correctas: a

. La liquenificación: (2020 julio)

- a) Se trata con antihistamínicos tópicos.
- b) Es una lesión elemental clínica.
- c) Es una respuesta cutánea al rascado crónico.
- d) Es un hallazgo histopatológico.

→ liquenificación = engrosamiento cutáneo + líneas piel marcadas + rascado crónico

*correcta: c

Característica	Epidermis	Dermis
Ubicación	Superficie	Debajo de la epidermis
Vascularización	Avascular	Vascularizada
Células principales	Queratinocitos	Fibroblastos, mastocitos, macrófagos
Funciones	Barrera, protección, prevención de deshidratación	Sostén, nutrición, termorregulación, sensorial
Anexos	Ninguno (solo melanocitos, células de Langerhans)	Folículos, glándulas, vasos, nervios
Capas	Estrato basal → córneo	Papilar y reticular

[MIR]

. La lesión cutánea elevada circunscrita, consistente, y de pequeño tamaño se denomina:

- 1. Vesícula.
- 2. Pustula.
- 3. Nódulo.
- 4. Pápula.

*correcta: 4

. Por intértigo se denomina en Dermatología a:

- 1. Una dermatopatía que afecta exclusivamente al tronco.
- 2. Una lesión elemental circinada.
- 3. La localización de lesiones en pliegues.
- 4. Cualquier lesión dermatológica que tiene mucho exudado.

*correcta: 3

2. TERAPÉUTICA DERMATOLÓGICA

. La absorción de los fármacos por vía tópica se aumenta en relación con: (evaluación continua)

- a) Con el frío.
- b) Con la hiperqueratosis.
- c) Con la inflamación local.
- d) Con el peso molecular del fármaco.

→ explicación IA (no apuntes):

- inflamación cutánea (ej: dermatitis/eccema/psoriasis) = aumento flujo sanguíneo zona + alt barrera estrato córneo = permite mayor penetración medicamento
- frío = vasoconstricción = (-) absorción
- hiperqueratosis = engrosamiento estrato córneo = (-) absorción
- (+) peso molecular = (-) capacidad fármaco difundir x estrato córneo = (-) absorción

*correcta: c

. Los preparados que utilizan como vehículo un gel de baño o champú admiten en su composición muchos fármacos como por ejemplo la povidona iodada o el ketoconazol y, por ello, son muy útiles en todos los siguientes supuestos excepto (evaluación continua)

- a) Tratamiento de regiones con pelo terminal.
- b) Piel extremadamente secas, pues contribuyen a la hidratación.
- c) Lesiones impetiginizadas (sobreinfectadas) de eczema.
- d) Micosis superficiales extensas como la pitiriasis versicolor pues aseguran una aplicación integral.

→ tto tópico - excipientes - geles:

- efecto secante
- indicaciones = lesiones áreas pilosas (st cuero cabelludo)

*correcta: b

. Los pacientes ancianos que usan de forma regular filtros de protección solar de alto espectro ¿qué suplementos vitamínicos deberían de consumir? (2019 julio)

- a) Vit. A.
- b) Vit. B12.
- c) Vit. C.
- d) Vit. D.
- e) Vit. K.

→ radiación UVB - efecto biológico = síntesis vitD

*correcta: d

. ¿Cuál de las radiaciones implicadas en la carcinogénesis no le influye que el cielo se presente cubierto (nublado) o despejado, llegando con prácticamente la misma intensidad a la superficie terrestre? (2019 julio)

- a) Ultravioleta C.
- b) Ultravioleta A.
- c) Ultravioleta B.
- d) Infrarrojos.
- e) Luz visible.

→ carcinógenos cutáneo-mucosos - radiaciones actínicas:

- UVA = NO filtrada x nubes
- UVB = filtrada x nubes

*correcta: b

3. AFECCIONES ZOOPARASITARIAS

. El síntoma fundamental de la escabiosis es: (2017)

- a) Los scybala.
- b) La vesícula perlada.
- c) Las uñas biseladas.
- d) El prurito nocturno.
- e) Normalmente es asintomática.

→ escabiosis - síntoma cardinal = prurito persistente + intenso + nocturno (st)

*correcta: d

. El signo característico de la escabiosis es: (2019 julio)

- a) La pápula de prurigo.
- b) La excoriación por rascado.
- c) La mácula cerúlea en muslo o abdomen.
- d) La vesícula perlada.
- e) El surco.

*correcta: e

. El signo diagnóstico de la escabiosis es: (evaluación continua)

- a) La vesícula perlada.
- b) El surco.
- c) La mácula cerúlea en muslo o abdomen.
- d) La excoriación por rascado.

→ escabiosis ⇒ única lesión específica sarna = surco acarino.

*correcta: b

. Los nódulos escabióticos son más frecuentes en: (2019 julio)

- a) Plantas.
- b) Genitales femeninos.
- c) Área occipital de cuero cabelludo.
- d) Palma.
- e) Genitales masculinos.

*correcta: e

. La localización electiva de los nódulos escabióticos es: (2017)

- a) Región plantar en niños.
- b) Espacios interdigitales.
- c) Región periareolar.
- d) Área genital.
- e) Axilas.

→ nódulos escabióticos = lesiones pápulo-nodulosas - localizadas: axilas + ingles + genitales (st varón)

*correcta: d

. Con respecto a la sarna noruega es cierto que: (2023 diciembre)

- a) De primera intención debe tratarse con malathion tópico o derivados.
- b) Si afecta a un lactante adopta la forma de sarna nodular.
- c) Aunque es muy poco frecuente, los sujetos que trabajan con caballos pueden padecerla, denominándose sarna sarcóptica.
- d) Un paciente con psoriasis CVV6 positivo tiene las mismas posibilidades de padecerla que un sujeto no afecto de psoriasis.

→

*correcta: d

. La sarna noruega es más frecuente en: (2020 julio)

- a) Los países nórdicos.
- b) Sujetos inmunodeprimidos.
- c) Varones que trabajan en el campo.

d) Lactantes.

→ sarna noruega = pacientes inmunodeprimidos

*correcta: b

. El tratamiento de elección de la sarna costrosa en varón adulto inmunodeprimido es: (evaluación continua) [anulada]

a) Permetrina 1.5% + PB.

b) Permetrina 5% en crema.

c) Ivermectina por vía oral.

d) Tetrametrina + PB.

→ escabiosis - tto 1ª línea = permetrina al 5% (el más usado) / ivermectina oral

*ivermectina reservado para casos resistentes, recurrencias, (Subir pirámide tto para no agotar estrategias)

*correcta: b

. Tratamiento de elección de la sarna en el varón adulto inmunocompetente: (2014 junio)

a) Permetrina 5% en crema.

b) Crotamitón tópico.

c) Ivermectina v.o.

d) ATB sistémicos.

e) Nada de lo anterior.

*correcta: a

PEDICULOSIS

. Las liendres de *Pediculus humanus* son el signo clínico diagnóstico de ectoparasitosis por selenófagos que podemos ver en cualquier de las siguientes localizaciones excepto una, ¿cual?: (evaluación continua)

a) Costuras de la ropa.

b) Pelo terminal del cuero cabelludo.

c) Vello de la región pubiana.

d) Pestañas.

→ pediculosis = hembra fertilizada pone cada día hasta 10huevos/liendres que se adhieren a folículos pilosos.

- pediculosis humanus capitis = liendres localizan cerca cuero cabelludo

- pediculosis humanus corporis = piojos habitan ropa - acuden piel para alimentarse

- pthirus pubis = región pubiana/genital + pestañas/barba...

*la pediculosis del cuerpo se ven los piojos en la costura de la ropa

*correcta: a (yo pondría c como correcta, entendiendo que el pediculosis humanus es el Carlitos y corporis y el que afecta al área genital el pthirus pubis, aunque es este mismo el que afecta a pestañas, conclusión: npi => llo he entendido! hablamos de liendres y no de piojos, las liendres se adhieren a la base del tallo piloso, por lo que no podremos encontrar liendres en ropa, si piojos)

. ¿Cuál de los siguientes es el anoplura vector del tifus exantemático? (2024 diciembre) (2022 diciembre)

a) *Demodex folliculorum*.

b) *Pediculus humanus corporis*.

c) *Sarcoptes scabiei*.

d) *Pediculus humanus capitis*.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes insectos pediculidae es vector del tifus exantemático?. (2020 julio)

a) *Pediculus humanus* var. *corporis*.

b) *Pediculus schaeffi*.

c) *Pthirus pubis*.

→ pediculosis humanus corporis = posible vehículo tifus epidémico (+ fiebre trincheras)

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes insectos pediculidae es vector del tifus exantemático? (evaluación continua)

- a) *Pediculus humanus* var. *corporis*.
- b) *Pediculus humanus* var. *capitis*.
- c) *Pthirus pubis*.
- d) *Pediculus schaeffi*.

→ pediculosis del cuerpo - *Pediculus humanus* var. *corporis* = posible vehículo tifus epidémico (+ fiebre trincheras)

*correcta: a

. En el tratamiento de una pediculosis de cuero cabelludo, todos los siguientes supuestos excepto uno son correctos. Indique cuál. (2021)

- a) Generalmente se trata solo a los infestados. Algunos autores tratan simultáneamente a toda la familia.
- b) Es necesario tratar a todos los familiares y convivientes del niño afectado, así como a todos los familiares y convivientes de sus compañeros de juegos.
- c) Las piretrinas son ovicidas, pero a diferencia de los [...] disponibles, son neurotóxicos (inhibidores de la [...]).
- d) Las ninfas todavía no han desarrollado totalmente su Sistema Nervioso y por ello pueden sobrevivir a un único tratamiento.

*correcta: c

. En el tratamiento de una pediculosis de cuero cabelludo los siguientes supuestos son correctos excepto uno. ¿Cuál? (2020 julio)

- a) Las piretrinas son ovicidas y al igual que los demás compuestos disponibles, neurotóxicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa).
- b) Los huevos jóvenes todavía no han desarrollado su Sistema Nervioso y por ello pueden sobrevivir a un único tratamiento.
- c) Generalmente se trata sólo a los infestados. Algunos autores tratan simultáneamente a toda la familia.
- d) Es necesario tratar a todos los familiares y convivientes del niño afectado, así como a todos los familiares y convivientes de sus compañeros de juegos.

→ pediculosis - tto:

- permetrina 1% (cabeza-pubis) / 5% (cuerpo)
- exploración convivientes/contactos

*correcta: d

. En el tratamiento de una pediculosis de cuero cabelludo los siguientes supuestos son correctos excepto uno. ¿Cuál? (evaluación continua)

- a) Los huevos jóvenes todavía no han desarrollado su Sistema Nervioso y por ello pueden sobrevivir a un único tratamiento.
- b) Generalmente se trata sólo a los infestados. Algunos autores tratan simultáneamente a toda la familia.
- c) Las piretrinas son ovicidas y al igual que los demás compuestos disponibles son neurotóxicos (inhibidores de la acetilcolinesterasa).
- d) Es necesario tratar a todos los familiares y convivientes del niño afectado, así como a todos los familiares y convivientes de sus compañeros de juegos.

*correcta: d

. Varón de 30 meses de edad, remitido por su pediatra para estudio de lesiones maculosas de coloración violácea en región lumbar que los padres refieren como de corta duración. El niño tiene en orden el calendario vacunal y como único síntoma destacable los padres creen que desde hace unos días notan que presenta prurito en cuero cabelludo. Al explorarlo además de las lesiones ya descritas en región lumbar, en cuero cabelludo advertimos lo que se aprecia en la imagen de la derecha que creemos que se corresponde con: (2020 julio)

- a) *Pediculus schaeffi*.
- b) *Pediculus humanus* var. *corporis*.
- c) *Pediculus humanus* var. *capitis*.
- d) *Pthirus pubis*.

*correcta: d (yo pondría c por ser el del cuero cabelludo)

. Con ese diagnóstico, debemos realizar ciertas recomendaciones terapéuticas, sobre cómo y quienes deben realizar el tratamiento. Teniendo en cuenta que los convivientes son los dos padres, un hermano de la madre de 19 años de edad y una abuela de 70 años. ¿Cuál de las siguientes no consideramos aplicable? (2020 julio)

- a) Dada la identificación que hemos hecho del agente etiológico planteado en la anterior pregunta, elegimos Ivermectina V.O. 250 microgramos/K de peso.

- b) Debemos aplicar el insecticida en todo el cuerpo, región perineal y las extremidades, además de la región pubiana.
 - c) Dada la identificación que hemos hecho del agente etiológico planteado en la anterior pregunta, elegimos Permetrina al 5% en crema.
 - d) Debemos prescribir productos con excipientes acuosos. Son preferibles a los alcohólicos porque estos son irritantes.
- en clase yo he entendido que tto cabeza y pubis permetrina 1% y el de piel al 5%***

*correcta: a

. Teniendo en cuenta todos los datos, nuestro diagnóstico final de todo el cuadro clínico sería: (2020 julio)

- a) Una pediculosis por Pthirus pubis en cuero cabelludo en un paciente que presenta simultáneamente lesiones de mancha mongólica.
- b) Una pediculosis por Pthirus pubis de largo tiempo de evolución con intensa parasitación que se ha extendido hasta cuero cabelludo y lesiones de mácula cerúlea.
- c) Una pediculosis por Pediculus corporis de largo tiempo de evolución con intensa parasitación por lo que hay que desinfectar la ropa incluida la de la cama.
- d) Una pediculosis por Pediculus capitis de largo tiempo de evolución con intensa parasitación y lesiones de mácula cerúlea.

*correcta: a

Una vez hemos dado las instrucciones pertinentes y tras haber elegido el agente terapéutico concreto y el excipiente adecuado, por lo que se refiere al propio paciente, teniendo en cuenta su corta edad, indicamos: (2020 julio)

- a) Recomendamos secar el cabello con secador inmediatamente después de las aplicaciones diarias durante una semana.
- b) Recomendamos una única aplicación en cuero cabelludo dejando que el pelo se seque "al aire".
- c) Recomendamos una aplicación única, repitiéndola a la semana dejando siempre que el cabello húmedo se seque "al aire".
- d) Recomendamos una aplicación diaria en cuero cabelludo durante una semana.

*correcta: c

LARVA MIGRANS

. Los siguientes parásitos pueden causar enfermedad en humanos, uno de ellos no es una zoonosis transmisible entre humanos: (2023 diciembre)

- a) Pediculus humanus var. capitis (pediculosis capitis).
- b) Hypoderma bovis (miasis subcutáneas).
- c) Ancylostoma brasiliense (larva migrans).
- d) Sarcoptes scabiei (sarna y sus variedades).

→ larva migrans = NO contagio persona persona → infección x contacto directo con tierra/arena

*correcta: c

Un poquito de risoterapia: <https://youtu.be/vZeLK7GSoMY?si=LziwCjajhqAJINAx>

(Recomendación especial de MAR, y aprovecho para agradecer a mis niñas que me ayudan en todo esto).

4. MICOSIS

PITIRIASIS VERSICOLOR

. En casos de pitiriasis (tinea) versicolor, en el curso de la exploración clínica podemos advertir que: (evaluación continua)

- a) Hay casos de formas atróficas.
- b) No se observan variaciones estacionales de incidencia.
- c) Suelen afectar preferentemente a ancianos en función de la sequedad cutánea.
- d) Las lesiones emiten fluorescencia verde pálido con la lámpara de Wood.

→ pitiriasis versicolor

- factores predisponentes = calor y humedad (brotes estacionales) + inmunodeficiencias (formas extensas)
- (+) Frec en climas cálidos y húmedos (meses verano)
- puede ocurrir cualquier edad → afecta (+) adultos jóvenes
- dx = lesiones emiten fluorescencia amarillo pálido en luz de Wood

*a incorrecta x: Aunque la pitiriasis versicolor (PV) puede causar hipopigmentación persistente o una ligera descamación, las formas atróficas (adelgazamiento de la piel) son muy raras y no son una característica típica de la enfermedad.

*correcta: d

. ¿Cuál es el diagnóstico más probable ante un deportista moreno de 19 años con pequeñas manchas blancas en pecho y espalda que han aparecido en verano durante un viaje a un país tropical?: [MIR]

- 1. Vitiligo.
- 2. Pitiriasis alba.
- 3. Pitiriasis versicolor.
- 4. Lepra indeterminada.

→ deportista/venanp/tropical (calor + humedad) 19 años (adulto joven) + manchas blancas (máculas blancas) = PITIRIASIS versicolor

*correcta! 3

DERMATOFITOSIS / TIÑAS

. Las formas muy inflamatorias de las tiñas de piel con pelo terminal, se denominan querion y se caracterizan por: (2024 diciembre) (2022 diciembre) (evaluación continua)

- a) Ser causadas por dermatofitos antropofílicos.
- b) Por respetar los folículos pilosebáceos.
- c) La aparición de vesículas arracimadas.
- d) Por el signo de la espumadera.

→ dermatofitosis - tiña cuero cabelludo - inflamatoria - Querion de Celso:

- zoofilicas + geofísicos = inflamación importante
- lesión única + placa inflamatoria + indurada + dolorosa
- pústulas foliculares + superación (pus) + depilación espontánea
- alopecia cicatricial = folículo pilosos o muerto - alopecia definitiva

* (NO apuntes) Signo de la Espumadera: Es un signo clínico característico del querion. Debido a la intensa supuración y el daño folicular, al presionar la lesión, sale pus a través de los orificios foliculares, simulando el drenaje de una espumadera o colador.

*correcta: d

. Las formas más inflamatorias de las tiñas de piel con pelo terminal, causadas por dermatofitos zoofilicos se denominan querion y se caracterizan por: (2019 julio)

- a) Por producir alopecia cicatricial residual.
- b) Por ser muy poco inflamatorio.
- c) Por respetar los folículos pilosebáceos.
- d) Por no ser contagioso.
- e) Por requerir tratamiento quirúrgico.

*correcta: a

. El llamado eczema marginado de hebra se engloba dentro de: (evaluación continua)

- a) Tiña de la piel con pelo terminal.
- b) Tiña de las manos.
- c) Tiña facial.
- d) Tiña de la piel lampiña

→ tiña piel lampiña = tiña facial/corporal (herpes circinada) / tiña inguinal (eczema marginado de hebra)

*correcta: d

. Por tiña incógnito se entiende: (2017)

- a) Una tiña sin diagnosticar.
- b) Una tiña con la tinción de KOH positiva y el cultivo negativo.
- c) Una tiña con el KOH negativo y el cultivo positivo.
- d) Las lesiones residuales de una tiña autorresuelta.
- e) Una tiña en la que tratamientos inadecuados alteran su morfología clínica.

→ tiña incógnito = cuadro clínico x tto incorrecto de tiña no dx correcto

*correcta: e

. El tratamiento de elección en tiña microspórica de cuero cabelludo causada por *Microsporum canis* tras contagio directo de una mascota en niños consiste en: (evaluación continua)

- a) Itraconazol oral.
- b) Terbinafina oral.
- c) Nistatina suspensión oral.
- d) Griseofulvina oral.

→ tiñas cuero cabelludo / onicomycosis - tto oral = itraconazol / terbinafina

*correcta: a

. El tratamiento de elección en las tiñas microspóricas del cuero cabelludo consiste en: (2019 julio)

- a) Nistatina tópica.
- b) Griseofulvina oral.
- c) Griseofulvina intravenosa.
- d) Imidazol tópico.
- e) Todas las respuestas son falsas.

→ tópicos no suficientes - sistémicos actuales = itraconazol/ terbinafina

*correcta: b

. Ante un paciente afecto de micosis ungueal sin respuesta a amorolfina tópica, ¿qué tratamiento indicaremos?: [MIR]

- 1. Clotrimazol tópico.
- 2. Terbinafina oral.
- 3. Ketoconazol tópico.
- 4. Clotrimazol oral.

*correcta: 2

Caso clínico 2024 diciembre

. Varón de 35 años de edad, actualmente en el paro, su último trabajo fue en un matadero de conejos, y finalizó hace un mes. A los pocos días de dejar el trabajo, comienza con lesiones en el área del ángulo mandibular, a las que no da importancia, y trata de curarlas con agua oxigenada, que aplica tras el afeitado, pero empeora rápidamente, acudiendo a consulta con las lesiones que podemos apreciar en la imagen, que consisten en pústulas de localización folicular, edema o infiltración, y la lesión se aprecia caliente al tacto. Considerando estos datos:



. Considerando estos datos: (2024 diciembre)

- a) Realizamos una biopsia para cultivo de tejido en fresco por sospechar una foliculitis bacteriana.
- b) Realizamos una biopsia para estudio histológico por sospecha de lupus cutáneo crónico.
- c) Extraemos pelos de la lesión para realizar examen directo con KOH y cultivo.
- d) Pedimos un Mantoux para descartar tuberculosis.

*correcta: c

. Siguiendo con el caso anterior, al presionar lateralmente la lesión, advertimos que sale pus por varios orificios, lo que nos parece un "signo de la espumadera" y entonces: (2024 diciembre)

- a) Sin esperar resultados de las pruebas, iniciamos tratamiento con mupirocina tópica.
- b) Sin esperar resultados de las pruebas, iniciamos tratamiento con un imidazol tópico.
- c) Aplicamos fomentaciones para reducir la inflamación y esperamos a los resultados de las pruebas solicitadas.
- d) Realizamos simultáneamente los tratamientos b y c.

*correcta: d

. Ya tenemos los resultados de la prueba elegida que aísla un, y de un Trichophyton mentagrophytes, entonces, al tratamiento elegido anteriormente, añadidos: (2024 diciembre)

- a) Acetato de talio, 5 mg/kg de peso.
- b) Doxiciclina oral a dosis de 200 mg/día, 21 días.
- c) Terbinafina oral a dosis de 250 mg/día, un mes.
- d) Amoxicilina oral a dosis de 500 mg 8 horas, 15 días.

*correcta: c

Caso clínico 2020 julio

. Paciente varón de 42 años que refiere de más de tres meses de evolución lesión poco pruriginosa pero progresiva, en tercio inferior de pierna, y que no ha respondido al tratamiento aconsejado por su médico. En sus antecedentes personales y familiares no existen datos de interés para el caso. Su primera impresión diagnóstica sería: (2020 julio)

- a) Eczema numular.
- b) Eritema multiforme menor.
- c) Granuloma anular.
- d) Dermatitis.

→ dermatofitosis x = edad + localización tiña piel lapiña (extremidades) + no respuesta tto (lesiones fingidas suelen ser mal dx y tratadas con corticoides)

*correcta: d

. Para diagnóstico definitivo, ¿cual sería la actuación inicial en su consulta? (2020 julio)

- a) Suprimir medicación tópica previa.
- b) Realizar toma de biopsia.
- c) Tomar muestras del borde y realizar estudio microbiológico/micológico.
- d) Todas las respuestas son falsas.

→ en clase recalca la importancia de tomar las muestras del borde puesto que es aquí donde hay actividad

*correcta: c

. ¿Qué dato, no descrito en la anamnesis, podría ser de ayuda para el diagnóstico? (2020 julio)

- a) Contacto previo con animales.
- b) Profesión/aficiones.

- c) Antecedentes de fiebre y síndrome gripal.
d) Todas las respuestas son válidas.

*correcta: d

. ¿Qué tratamiento aconsejaría para este cuadro? (2020 julio)

- a) Aciclovir oral y tópico.
b) Hidroxicina oral e hidrocloridona tópica.
c) Terbinafina oral y tópica.
d) Prednisona oral e hidrocloridona tópica

→ tiña - tto

- tópico = -azol (derivados imidazólicos) + terbinafina + ciclopiroxolamina + amorolfina 5% (laca)
- oral = itraconazol + terbinafina

*correcta: c

Fin caso

* La folliculitis infecciosa que afecta al labio superior está siempre causada por: (2023 diciembre)

- a) Estafilococos.
b) Gram-positivos como Cutibacterium acnes.
c) Sobrecrecimiento de la flora bacteriana lipídodependiente.
d) Tanto dermatofitos como estafilococos.

*correcta: d

* Todos los procesos siguientes pueden comenzar en la piel, extenderse a la semimucosa labial y mucosa oral excepto: (2022 diciembre)

- a) Impétigo.
b) Tiña de la cara.
c) Lupus vulgar.
d) Leucoplasia.

*correcta: b

	NO INFLAMATORIA	INFLAMATORIA (QUERION DE CELSO)
Etiología	Dermatofitos antropofílicos (<i>T. tonsurans</i>)	Dermatofitos zoofílicos (<i>M. canis</i>)
Afectación del bulbo piloso (permite la proliferación, supervivencia y renovación del tallo)	No	Sí
Número de placas alopécicas	Varias	Escasas
Tamaño de las placas alopécicas	Pequeño	Grande
Pústulas y exudación purulenta	No	Sí. Al realizar una compresión lateral se observa rezumado "en espumadera"
Fiebre y afectación del estado general	No	Puede
Evolución sin tratamiento	Progresión a forma inflamatoria	Alopecia cicatricial permanente

Tabla 5. Tinea capitis: diferencias entre la forma inflamatoria y no inflamatoria.

	ENDÓTRIX	ECTÓTRIX
RELACIÓN CON EL TALLO PILOSO	Invaden el tallo	Se adhieren externamente al tallo, sin invadirlo
ETIOLOGÍA MÁS FRECUENTE	<i>T. tonsurans</i> : tiene una alta contagiosidad	<i>M. canis</i>
FENOTIPO CLÍNICO	No inflamatorio	Inflamatorio
PLACAS ALOPÉCICAS	• Niños. Alopecia de los puntos negros: placas ovaladas, de gran tamaño, con puntos negros y descamación grisácea en su interior • Adultos: suelen ser portadores paucisintomáticos (dermatitis seborreica-like)	Presentan pelos cortos en su interior
LINFADENOPATÍAS REACTIVAS	Sí	Sí
LUZ DE WOOD	(-)	(+): fluorescencia verdosa
TRATAMIENTO DE ELECCIÓN	Terbinafina oral	Griseofulvina oral

Tabla 6. Diferencias entre la tinea capitis endótrix y ectótrix.

. Ama de casa que desde hace varios años presenta enrojecimiento de los pliegues proximales de las uñas de varios dedos de las manos que ocasionalmente le supuran. ¿Cual es el diagnóstico más probable? [MIR]

1. Dermatitis de contacto.
2. Psoriasis.
3. Paroniquia candidiásica crónica.
4. Dermatomomicosis.

→ onixis-perionixis candidiásica

- perionixis

- onixis = de inicio proximal a lateral

*importante diferenciar afectación ungueal tiña que primero es distal

*correcta: 3

. En el diagnóstico diferencial del intertrigo candidiásico siempre debemos tener presente: (2017)

- a) El liquen plano actínico.
- b) El melanoma nodular.
- c) El eccema de contacto fotoinducido.
- d) La dermatitis crónica de manos.
- e) La psoriasis invertida.

→ Lo ha nombrado en clase pero no lo veo en diapositivas

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en la dermatitis del pañal? (2024 diciembre)

- a) Las manifestaciones del tipo alimentación del bebé.
- b) Es más frecuente en edad escolar.
- c) Puede asociarse a la presencia de infección por *Candida*.
- d) Se trata con corticoides tópicos y pomadas multipropósito.

→ dermatitis de pañal

- empiema como dermatitis de contacto irritativa

- >48-72h = hongo *Candida Albicans*

- típica = 6-12 meses

*correcta: c

5. ENFERMEDADES BACTERIANAS

. Ante un niño de 9 años que acude por lesiones pustulosas superficiales, erosiones y costras amarillentas alrededor de la boca y las aberturas nasales, pensaremos en: [MIR]

1. Impétigo contagioso.
2. Dermatitis seborreica.
3. Eczema de contacto.
4. Herpes simple.

*correcta: 1

. Niño 3 años, desde hace 8 días presenta lesiones con vesiculación, exudación y costras, inicio en mentón y posteriormente lesiones satélites que alcanzan la semimucosa del labio inferior. El dx más probable es: (2014 junio)



- a) Candidiasis.
- b) Dermatomiositis.
- c) Borreliosis.
- d) Forunculosis.
- e) Impétigo.

→ impétigo = muy frec en niños en áreas expuestas → triángulo central cara (perinatal, peribucal, periorificial, mentón) => topografía ¡siempre! pensar en impétigo

*correcta: e

. El tratamiento más adecuado es: (2014 junio)

- a) No requiere tratamiento, tendencia a la involución.
- b) De elección los corticoides orales.
- c) Todas son incorrectas.
- d) Antifúngicos tópicos.
- e) Antifúngicos orales.

→ impétigo - tto:

- tópico = ácido fusídico + mupirocina
- sistémico = cloxacilina + eritromicina

*correcta: c

. El pronóstico es: (2014 junio)

- a) Dependerá de la respuesta a los corticoides orales.
- b) Dependerá de la respuesta a los antifúngicos.
- c) Dependerá de la respuesta a los antibióticos.
- d) Dependerá del estado inmunitario.
- e) Buen pronóstico.

→ impétigo = pronóstico favorable con tto adecuado

*correcta: e

. El impétigo ampolloso, con microvesículas en área facial, en paciente sano de 7 años de edad: (2016 enero)

- a) Precisa siempre tto sistémico con antibióticos de amplio espectro.
- b) El tto de elección es la cirugía pues existe riesgo de necrosis.
- c) Se corresponde con una enfermedad acantolítica autoinmune.
- d) El tto de elección es la limpieza y aplicación posterior de mupirocina tópica.
- e) Para evitar generalización, se aconsejan corticoides sistémicos y antibiótico tópico.

→ impétigo - tto => antibiótico tópico = ácido fusídico + mupirocina

*correcta: d

. Ante un niño que acude a una guardería, a quien le han aparecido lesiones vesiculosas y costrosas de color miel en los antebrazos y, cuatro días más tarde, en la cara, sin afectación general, en el caso de que se confirme su sospecha diagnóstica, sería necesario: [MIR]

1. Tratar con corticoides.
2. Tratar con antibióticos.
3. Tratar con aciclovir.
4. Observación sin tratamiento activo.

→ costras amarillentas en triángulo central cara = impétigo

→ impétigo

- lesión elemental = vesículas-ampollas serosas/purulentas flácidas → erosivas/exudativas/costrosas = costra melicéricas
- tto = ATB tópico (ácido fusídico/ mupirocina) / sistémico (cloxacilina, eritromicina)

*correcta: 2

. Llamamos ectima a un proceso infeccioso profundo con sintomatología local dolorosa, que está causado por: (evaluación continua)

- a) Herpes simple tipo II.
- b) Estreptococos.
- c) Mycobacterium tuberculosis.
- d) Herpes Simple tipo I.

→ enfermedades bacterianas => infecciones estafilocócicas y estreptocócicas => impétigo + ectima + erisipela/celulitis + foliculitis/forúnculo/ántrax + paroniquia

→ ectima = úlcera profunda dolorosa (dif impétigo)

*correcta: b

. Llamamos ectima a un proceso infeccioso que afecta a todo el espesor de la capa córnea con sintomatología local dolorosa, que está causado por: (2019 julio)

- a) Estreptococo.
- b) Herpes Simple tipo I.
- c) Herpes simple tipo II.
- d) Mycobacterium tuberculosis.
- e) Mycobacterium ulcerans.

*correcta: a

. Mujer de 58 años de edad con sobrepeso y síndrome metabólico, que desde 3 días de la consulta presenta una placa caliente, lisa, eritematosa en hemiabdomen derecho, rápidamente progresiva. En la exploración destaca una fiebre de 39,5°C. Su diagnóstico inicial sería: (2021)

- a) Dermatitis aguda de contacto.
- b) Herpes Zóster.
- c) Erisipela.
- d) Quemadura química.

→ erisipela

- placa definida eritematosa → dolor + (+)Tª

- repercusión sistémica = fiebre + AS (PCR/proca elevadas + leucocitosis con neutrofilia)

*correcta: c

. Varón de 73 años de edad, que desde hace unos días presenta estas lesiones en pierna izquierda con eritema, edema y calor local, que aumentan de forma significativa en las últimas 12 horas. El paciente acude por urgencias, donde se observa fiebre de 38°C, VSG elevada, leucocitosis con neutrofilia y glucemia de 101.1. El diagnóstico más probable es: (2017)

- a) Bullosis diabeticorum.
- b) Erisipela.
- c) Borreliosis.
- d) Fiebre de las trincheras.
- e) Necrobiosis lipoidica.

→ erisipela y celulitis

- frecuente en 1/3 distal extremidades inferiores
- eritema + edema intensos + incremento T^º + dolor
- repercusión sistémica = fiebre + sensación distérmica + paciente afectado + PCR/procalcitonina elevadas + leucocitosis con neutrofilia

*correcta b

. De acuerdo con el diagnóstico, ¿qué indicaría a continuación? (2017)

- a) Antipirético y AINES.
- b) Antidiabéticos orales.
- c) Penicilina G 10 millones UI, IV/24 horas hasta mejoría clínica.
- d) Amoxicilina oral de 3-4g/día hasta completar 15 días de tratamiento.
- e) Las respuestas C y D son correctas.

→ erisipela y celulitis - tto antibiótico sistémico (vo/iv) = amoxicilina-clavulánico / cloxacilina (ambas son penicilinas)

*Este año no se explica tan en profundidad tto = damos penicilina G e n fase inicial grave (hospitalización) y se da amoxicilina en fase de consolidación y cuando no necesita hospitalización. (No tenemos que saberlo)

*correcta: e

. Si el paciente ha tenido episodios similares en el pasado, debemos: (2017)

- a) Guiar siempre el tratamiento de acuerdo a los resultados de los hemocultivos.
- b) Considerar que puede tratarse de un paciente en inmunosupresión.
- c) Aislarlo hasta que se calaren las cosas.
- d) Eliminar a todas sus mascotas.
- e) Buscar una puerta de entrada entre los dedos de los pies.

→ erisipela y celulitis = en clase habla de la importancia de buscar la puerta de entrada → (+) habituales = intertrigo interdigital + rágades + traumatismos

*correcta: e

Caso clínico erisipela 2024 diciembre

Paciente mujer de 50 años de edad, hábito obeso, a tratamiento con hipocolesteremiantes y antihipertensivos, de profesión dependiente de una panadería, que acude a urgencias por presentar un cuadro clínico de cuatro días de evolución, que comenzó con sensación de pesadez en la pierna izquierda, tras lo que comienza con eritema y edema intensos por debajo de la rodilla, y aparición de vesiculación y pequeñas ampollas a las 48 horas. El cuadro se acompaña con fiebre elevada de 39°C. Desde el inicio del cuadro, se trató por su cuenta con ibuprofeno 600 mg cada 12 horas, y al empeorar, su médico le prescribió paracetamol y doxiciclina.



. Con estos datos y la imagen clínica: (2024 diciembre)

- a) Existe la posibilidad de que se trate de una "bullous diabeticorum". por lo que realizamos una curva de glucemia
- b) Debemos descartar en primer lugar una ampollosa autoinmune por lo que realizamos un citodiagnóstico de Tzanck.
- c) Debemos realizar una analítica de urgencia con fórmula, recuento, bioquímica y VSG.
- d) Debemos realizar cultivos del contenido de las ampollas y aguardar resultados.

→ eritema, edema, vesiculación/ampollas en la pierna, acompañado de fiebre alta y malestar general (tratamiento previo con AINEs/doxiciclina), es altamente sugestivo de una infección cutánea grave (Celulitis/Erisipela bullosa)

*correcta: c

. Al reinterrogar a la paciente, admite haber utilizado remedios caseros de emplastos con miel y Alce vera que recoge ella misma en su jardín, que dejó de aplicar al ver que le salían ampollas, y le subía la fiebre, que fue cuando acudió a urgencias. Con esta información, y mientras esperamos los resultados de las pruebas solicitadas: (20204 diciembre)

- a) Administramos un "chute" de insulina.
- b) Iniciamos tratamiento con corticoides sistémicos.
- c) Esperaremos a disponer de los resultados de cultivos y antibiograma para administrar tratamiento antibiótico guiados por ellos.
- d) Administraremos antipiréticos mientras seguimos esperando a la analítica de urgencias.

*correcta: d

. En cuanto al tratamiento, con una analítica en la que destaca VSG elevada, leucocitosis con neutrofilia, y sin esperar otros resultados, optaremos por: (2024 diciembre)

- a) Dar de alta con antipiréticos y Azitromicina 500mg/24h seis días.
- b) Administrar Penicilina G 10-20 millones UI, IV hasta mejoría clínica y al daría de alta, prescribir Amoxicilina oral de 3-4 g/día hasta completar 15 días de tratamiento en total.
- c) Prescribir AINEs, y usar paracetamol como antipirético y Ceftriaxona 250g IM dosis única.
- d) Antibioterapia tópica con mupirocina y oral con corioxona 250 mg IM en dosis única.

*correcta: b

. En cuanto al seguimiento: (2024 diciembre)

- a) Indicar que no es necesario, pues este proceso solo se padece una vez en la vida.
- b) Todos estos casos deben ingresarse o mantener al paciente en régimen de aislamiento domiciliario.
- c) Como no es de declaración obligatoria no requiere seguimiento especial.
- d) Se debe buscar una puerta de entrada e intentar eliminarla, sobre todo si tuvo anteriormente episodios similares.

*correcta: d

Fin caso clínico

. Marcar la que no es una foliculitis estafilocócica: (2015 julio)

- a) Acné queloidiano.
- b) Ántrax.
- c) Psicosis lupoide.
- d) Forúnculo.
- e) Carbunco.

→ foliculitis + forúnculo + ántrax = infección folículo Poli sebáceo - agente causal (+) frec staphylococcus

*correcta: e

. En relación con el forúnculo, señale cuál de las afirmaciones siguientes es la correcta: [MIR]

- 1. Su agente causal suele ser el Streptococcus pyogenes.
- 2. En los de la cara, hay peligro de que la infección afecte a estructuras meningeas.
- 3. Afecta simultáneamente a varios aparatos pilosebáceos.
- 4. La infección suele comenzar a nivel del tejido celular subcutáneo.

→ forúnculo:

- agente causal (+) frec = Staphylococcus
- infección profunda folículo polisebáceo (dermis)

*correcta: 2

. La foliculitis infecciosa que afecta al labio superior está siempre causada por: (2023 diciembre)

- a) Estafilococos.
- b) Gram-positivos como Cutibacterium acnes.
- c) Sobrecrecimiento de la flora bacteriana lipodependiente.
- d) Tanto dermatofitos como estafilococos.

→ foliculitis + forúnculo + ántrax => agente causal (+) habitual = staphylococcus

*correcta: d

. El cuadro clínico de la imagen en el que los mamelones de aspecto carnosos recubren la uña progresivamente, llamado se produce con relativa frecuencia en el curso de: (evaluación continua)



- a) Una secuela de paroniquias de repetición en el contexto del "pie de las trincheras".
- b) Una paroniquia candidiásica crónica.
- c) Una paroniquia bacteriana crónica.
- d) Una onicosis traumática del pie.

→ paroniquia = alteraciones ungulares secundarias

*correcta: c

. La denominada "uña encarnada" o "incarnata" es un cuadro clínico que se produce con relativa frecuencia en el curso de: (evaluación continua)

- a) Una onicosis traumática del pie.
- b) Una paroniquia crónica causada por bacterias piógenas.
- c) Una secuela de paroniquias en personas que mojan mucho las manos.
- d) Una paroniquia candidiásica crónica.

*correcta: b (según IA a)

. El agente causal del eritrasma es el: (2017)

- a) Virus herpes.
- b) *Corinebacterium minutissimum*.
- c) *Treponema pallidum*.
- d) Virus coksakie.
- e) No es un proceso infeccioso.

→ eritrasma = infección cutánea superficial por corinebacterias = *Corinebacterium minutissimum*

*correcta: b

. Respecto al eritrasma, ¿cuál de estas afirmaciones es falsa?: [MIR]

1. Con luz de Wood produce fluorescencia roja.
2. Es producido por *Corynebacterium minutissimum*.
3. Es típica de matarifes, carniceros y pescadores.
4. Responde a la aplicación tópica de eritromicina.

→ no hagas como yo por favor que leí solo eritrasma fluorescencia roja y me quede tan pancha, pone la FALSA

→ eritrasma:

- infección cutánea superficial x *Corynebacterium minutissimum*
- jóvenes edades medias
- intertrigo pliegues axilares-inguinales bilateral
- lesiones = asintomáticas + descamativas + monomorfa + eritemato parduzcas => placa eritematosa con borde def en inglés/axilas
- Luz Wood = fluorescencia rojo coral
- tto = antifúngicos azólicos + eritromicina oral (*ERITrasma - ERITRomicina)

*correcta: c

6. MICOBACTERIOSIS

TUBERCULOSIS CUTÁNEA

.Cuál de las siguientes formas de Tuberculosis cutáneas corresponde a una infección cutánea exógena en un huésped previamente no sensibilizado: (2014 junio)

- a) Chancro tuberculoso.
- b) Tuberculosis verrucosa cutis.
- c) Lupus vulgar.
- d) Escrofuloderma.
- e) Tuberculosis cutis orificialis.

→ tuberculosis cutáneas verdaderas - chancro tuberculoso:

- inoculación en pacientes NO infectados previamente (imprescindible puerta de entrada)

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes formas de tuberculosis cutánea tiene frecuentemente un carácter profesional? (2023 diciembre)

- a) Escrofuloderma.
- b) Lupus tuberculoso.
- c) La tuberculide pápulo-necrótica.
- d) Tuberculosis verrucosa cutis.

→ tuberculosis verrucosa cutis = típico en niños / adultos con exposición ocupacional (tubérculo anatómico).

[exposición ocupacional = personas que adquieren la infección por contacto directo con material contaminado en su ambiente de trabajo]

*correcta: d

. Cuando un paciente presenta un cuadro cutáneo de tuberculosis verrucosa cutánea, siempre: (2021)

- a) Se produce por diseminación endógena.
- b) Se produce en pacientes inmunodeprimidos.
- c) El Mantoux es positivo.
- d) El cuadro se presenta en las manos.

→ tuberculosis verrucosa cutis:

- transmisión por inoculación con en pacientes previamente infectados con inmunidad mod-alta
- típico en: niños / adultos con exposición ocupacional
- frec afectación partes acras extremidades = st manos/dedos

*recuerda que en tuberculosis se identifica micobacteria (Mantoux, tinciones, cultivos, PCR).

*correcta: c

. Cuando un paciente presenta un cuadro cutáneo de tuberculosis verrucosa cutánea, siempre: (2019 julio)

- a) Se produce por diseminación endógena.
- b) Se produce en pacientes inmunodeprimidos.
- c) El Mantoux es positivo.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

*correcta: c

. Cuando un paciente presenta un cuadro cutáneo de tuberculosis verrucosa cutánea, siempre: (evaluación continua)

- a) Se trata con Rifampicina en monoterapia.
- b) Se produce en pacientes inmunodeprimidos.
- c) Se produce por diseminación endógenas.
- d) El Mantoux e IGRA son positivos.

*correcta: d

. Un queloide se diferencia de una cicatriz hipertrófica en: (2024 diciembre)

- a) El tamaño mayor de la hipertrofia cicatricial.
- b) La consistencia del tegumento.

- c) El Queloides tiene crecimiento indefinido.
- d) Son términos sinónimos en la práctica.
- TB - escrofuloderma/tuberculosis colicuvativa:
- afectación x contigüidad foco subyacente
- nódulo subcutáneo → úlcera/fistuliza → cicatrices queloides/retractiles
- [IA] Queloides = cicatrización anormal → crecimiento excesivo tejido fibroso (colágeno) [after] lesión cutánea.
- cicatriz que no sabe cuándo parar de crecer
- *correcta: c

. La forma más común de tuberculosis cutánea en Europa actualmente es: (evaluación continua)

- a) La tuberculosis verrugosa.
- b) El chancro tuberculoso.
- c) La tuberculosis miliar.
- d) El lupus vulgar.
- tuberculosis cutáneas verdaderas - lupus vulgares (lupus tuberculoso / tuberculosis luposa)
- forma (+) frec Europa+India
- *correcta: d

. El lupus vulgar: (2017) (2016 enero)

- a) Es una conectivopatía.
- b) Es una forma clínica de tuberculosis cutánea.
- c) Es una forma clínica de una infección fúngica.
- d) A, B y C son falsa
- e) B y C son falsa
-

*correcta: b

.Cuál de las siguientes complicaciones puede surgir al cabo de los años, sobre una lesión antigua de lupus vulgar?: (2024 diciembre)

- a) Nefritis lúpica.
- b) Epitelioma espinocelular.
- c) Mal perforante plantar.
- d) Eczema bacteriano.
- lupus vulgar = puede evolucionar a carcinoma epidermoide/basocelular
- *correcta: b

. Es falso con respecto a las manifestaciones clínicas de la tuberculosis cutánea: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) El chancro tuberculoso se produce por inoculación externa en pacientes previamente infectados por la micobacteria.
- b) El escrofuloderma puede evolucionar a la formación de cicatrices queloides o retráctiles.
- c) En las lesiones de lupus vulgaris o lupus tuberculoso es característico el aspecto en jalea de manzana en la diascopia.
- d) La tuberculosis miliar diseminada se origina por diseminación hematógica desde un foco de tuberculosis interna.

. Es falso con respecto a las manifestaciones clínicas de la tuberculosis cutánea: (2022 diciembre)

- a) El chancro tuberculoso se produce por inoculación externa en pacientes previamente infectados por la micobacteria.
→ tuberculosis cutánea verdaderas - diseminación x contigüidad/autoinoculación - inoculación exógena = chancro tuberculoso (NO contacto previo).
- b) El escrofuloderma puede evolucionar a la formación de cicatrices queloides o retráctiles.
→ escrofuloderma / tubérculos colicuvativa = evolución a cicatrices queloides/retráctiles
- c) En las lesiones de lupus vulgaris o lupus tuberculoso es característico el aspecto en jalea de manzana en la diascopia.
→ lupus vulgaris/tuberculoso/luposa = placa eritemato-marrónácea aspecto jalea manzana en diascopia - (extiende periferia con cicatrización central = deformidades permanentes)
- d) La tuberculosis miliar diseminada se origina por diseminación hematógica desde un foco de tuberculosis interna.
→ tuberculosis miliar diseminada = diseminación hematógica desde foco de tuberculosis (st pulmonar en pacientes con baja inmunidad)

*correcta: a

. La forma de tuberculosis que únicamente se adquiere por diseminación hematológica de un foco profundo y nunca por inoculación directa es: (evaluación continua)

- a) La tuberculosis verrucosa.
- b) Goma tuberculosa.
- c) El lupus vulgar por *Mycobacterium tuberculosis* var *hominis*.
- d) El chancro tuberculoso.

→ tuberculosis cutáneas verdaderas - goma tuberculosa (abscesos tuberculosos metastásicos)

- diseminación hematológica desde foco tuberculoso 1º (multibacilar)

*correcta: b

. Señale la afirmación correcta con respecto a las tuberculosis cutáneas: (2014 diciembre) (2022 diciembre)

- a) La afectación cutánea por parte de *Mycobacterium tuberculosis* es relativamente frecuente.
- b) En las tubercúlides, las micobacterias son habitualmente identificables mediante distintos métodos.
- c) La sensibilización previa del paciente a la micobacteria va a contribuir a determinar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
- d) El eritema indurado de Bazin se caracteriza típicamente por la presencia de nódulos dolorosos en la región anterior de las piernas.

. Señale la afirmación correcta con respecto a las tuberculosis cutáneas: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) La afectación cutánea por parte de *Mycobacterium tuberculosis* es relativamente frecuente.
→ afectación cutánea tuberculosis muy infrecuente (<2%)
- b) En las tubercúlides, las micobacterias son habitualmente identificables mediante distintos métodos.
→ tubércúlides = NO se detectan (habitualmente) micobacterias en lesiones
- c) La sensibilización previa del paciente a la micobacteria va a contribuir a determinar las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
→ tuberculosis cutánea - manifestaciones clínicas dependen de = sensibilización previa paciente-micobacteria.
- d) El eritema indurado de Bazin se caracteriza típicamente por la presencia de nódulos dolorosos en la región anterior de las piernas.
→ tubercúlides = eritema indurado de Bazin = nódulos en pantorrillas/región post en mujeres pueden involucionar/ulcerarse.

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes cuadros está representado histológicamente por una paniculitis septal? (2021)

- a) Paniculitis pancreática.
- b) Lupus cutáneo crónico tipo lupus-paniculitis.
- c) Eritema nodoso paratuberculoso.
- d) Lupus tipo Irgeng-Kaposi.

→ tuberculosis - tubercúlides = eritema indurado de Bazin = forma de Paniculitis lobar con vasculitis

NO confundir con ERITEMA NODOSO (Paniculitis septal sin vasculitis)

*correcta: c

*. Criterios sobre los que se basa la clasificación de las formas de TB cutánea: (2015 julio)

- a) Clínicos.
- b) Bacteriológicos.
- c) Inmunológicos.
- d) Todos.
- e) Ninguno.

→

*correcta: d

LEPRA

. Qué tendría que descartar ante la detección de máculas hipopigmentadas en la piel de la cara de un adolescente fototipo IV procedente de un país tropical: (2016 enero)

- a) Dartros volante.
- b) Vitíligo.

- c) Primoinfección My Leprae.
 - d) Ptirosis alba.
 - e) Todas las respuestas son verdaderas.
- lepra
- epidemiología = (+) prevalencia en países como Brasil
 - lepra indeterminada = mácula hipopigmentadas
- *correcta: c

. La "facies leonina" es característica de la: (2024 diciembre) (evaluación continua)

- a) Lepra lepromatosa.
 - b) Lepra inicial.
 - c) Lepra indeterminada.
 - d) Lepra tuberculoide.
- lepra lepromatosa (LL) = infiltración frente (facies leonina).

*tb se nombra en el sd Sézary

*correcta: a

. Cual de estos enunciados es cierto para la lepra: (2017) (2016 enero)

- a) El período de incubación es de aproximadamente 21 días.
- b) Un Mitsuda positivo indica mal pronóstico.
- c) Las leporreacciones solo se presentan en la lepra tuberculoide.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Todas son falsas.

→ lepra:

- epidemiología ⇒ periodo incubación = varios años
- leporreacciones ⇒ existen 2 tipos (1 borderline/tuberculoide II 2 lepromatos/borderline lepromatosa)

*Mitsuda [lo pongo por entender, no visto en clase creo]

- test cutáneo de hipersensibilidad retardada a un antígeno inactivo de Mycobacterium leprae
- evalúa la respuesta inmune celular (tipo IV) del huésped frente al bacilo
- mitsuda positivo = buena respuesta inmune → Bacilos se controlan, lesiones localizadas.
- mitsuda negativo = mala respuesta inmune → Mayor multiplicación bacilar, lesiones diseminadas, riesgo de complicaciones.
- valor pronóstico: tipo inmunológico del paciente, más que el diagnóstico bacteriológico.
- equivalencia = lepra tuberculoide → Mitsuda positivo / lepra lepromatosa → Mitsuda negativo

*correcta: e

. En relación a la enfermedad de Hansen, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Es una enfermedad con un elevado grado de contagiosidad.
- b) Las manifestaciones clínicas van a afectar fundamentalmente a la piel y al sistema nervioso.
- c) Ante una lesión sospechosa se debe realizar baciloscopia y cultivo, siendo este último el estándar dorado en su diagnóstico.
- d) La OMS definió lepra multinacional como aquella con más de 10 lesiones.

→ lepra / enfermedad Hansen

- manifestaciones clínicas = piel + SN
- contagio población general 0,02% (si conviven 25%)
- clasificación OMS = paucibacilar con lesión única / paucibacilar 2-5 lesiones / multibacilar >5
- dx = baciloscopia biopsia + NO cultivo

*correcta: b

*. Resultado de la prueba de Mitsuda en Lepra Lepromatosa (Julio 2015):

- a) Negativo.
- b) 50% positivo.
- c) Muy positivo.
- d) Otras dos

*correcta: a

. Señalar el fármaco que no se usa para tratar lepra: (2015 julio)

- a) Ofloxacino.
- b) Minociclina.
- c) Claritromicina.
- d) Clofacimina.
- e) Cloroquina.

*correcta: e

. Señalar el fármaco que sí se usa para tratar lepra: (2015 julio)

- a) Rifampicina.
- b) Cloroquina.
- c) otros tres.

*correcta: a

.Cuál de los siguientes fármacos no se utiliza en el tratamiento de la lepra: (junio 2014)

- a) Rifampicina.
- b) Clofacimina.
- c) Sulfona.
- d) Isoniacida.
- e) Talidomida.

→ este año los tto para lepra vistos:

- lepra multibacilar = rifampicina / clofacimina / dapsona
- lepra paucibacilar (2-5 lesiones) = rifampicina / dapsona
- lepra paucibacilar (lesión única) = rifampicina / ofloxacino / mimociclina

*correcta: d

MICOBACTERIAS ATÍPICOS

. Las micobacteriosis atípicas son un grupo de entidades que: (evaluación continua)

- a) Son exclusivas de climas tropicales.
- b) Se producen por la infección de *Mycobacterium bovis*.
- c) Se producen por ciertas micobacterias denominadas medioambientales.
- d) Se producen tras vacunación con BCG.

→ micobacterias atípicas:

- presentes en: agua + suelo + polvo + plantas + heces humanas

*correcta: c

. El granuloma de los acuarios es producido por: (2017) (2016 enero)

- a) *Mycobacterium fortuitum*.
- b) *Mycobacterium Acqua*.
- c) *Mycobacterium Marinum*.
- d) *Mycobacterium Kansasi*.
- e) *Mycobacterium Cheionnae*.

→ granuloma piscinas / de los buceadores (*M.marinum*)

*correcta: c

. Uno de los siguientes no se considera causante de las llamadas micobacteriosis ambientales, ¿cuál?: (evaluación continua)

- a) *Mycobacterium marinum*.
- b) *Mycobacterium ulcerans*.
- c) *Mycobacterium avium*.
- d) *Mycobacterium bovis*.

*correcta: d

7. ENFERMEDADES CAUSADAS POR VIRUS

HERPES SIMPLE

. Un paciente presenta una agrupación de vesículas sobre una base eritomatosa en un área del tamaño de una moneda en la proximidad de los orificios nasales, acompañada de sensación de escozor. Unos días antes de la aparición de las lesiones tuvo que guardar cama por episodio gripal. Debemos pensar que se trata de: (2023 diciembre)

- a) Impétigo estafilocócico.
- b) Impétigo estreptocócico.
- c) Eczema bacteriano.
- d) Herpes simple.

→ herpes simple

- primoinfección = infradiagnosticado x confusión con cuadro grupal/pseudogripal con curso fiebre alta
- lesión elemental = pequeño grupo vesículas arracimadas

(Esto de arriba fue la explicación que di la primera vez que leí la pregunta, ahora creo que el cuadro de gripe no es la confusión sino el desencadenante de la recurrencia, explicó mejor a continuación)

→ herpes simple - recurrente (herpes orolabial):

- se da en situaciones fiebre (gripe)
- se inicia con: molestia + picor + dolor → mácula → vesícula → costra
- localización típica = peribucal

*correcta: d

. En el curso clínico de la infección recidivante en un caso de herpes gladiatorum podemos observar: (evaluación continua)

- a) Erosiones policíclicas en mucosa oral.
- b) Fluctuación de anticuerpos IgG.
- c) Úlceras policíclicas confluentes.
- d) Vesículas agrupadas en racimos.

→ VHS - clínica cutánea = herpes gladiatorum:

- lesiones en: cara + cuello + extremidades deportivas lucha
- observan: vesículas arracimadas (sobre base eritematosa → puede progresar a costra/ulcera)

*correcta: d

. Una erupción de lesiones en herpes iris se asocia generalmente con una infección por: (2017)

- a) Virus Varicela Zoster.
- b) Virus Herpes Simple.
- c) Citomegalovirus.
- d) Virus Herpes tipo 8.
- e) Virus de Epstein-Barr.

→ herpes simple - tipos clínicos = infección recurrente oral (labial) → recidiva = lesiones a distancia en forma diana =

"Herpes iris de Bateman" (/ eritema educativo polimorfo / eritema multiforme) → ¡lojo! NO patognomónico

→ virus herpes simple - clínica cutánea = eritema multiforme

*correcta: b

. El eritema polimorfo, también llamado eritema exudativo multiforme, es un cuadro reactivo cutáneo que puede verse en el curso de algunas viriasis. Indique la respuesta que sugiere este diagnóstico: (2024 diciembre)

- a) Lesiones blanquecinas lineales en forma de red de localización en mucosas.
- b) Máculas eritematosas y pigmentadas de disposición irregular localizadas en tronco.
- c) Lesiones eritemato-escamosas de localización en grandes pliegues.
- d) Máculas redondeadas eritemato-violáceas, que presentan vesiculación central y aspecto de anillos concéntricos blanquecinos unos y eritematosos otros, en forma de dona.



*correcta: d

. La patogenia más frecuente con respecto al Eritema Exudativo Multiforme Minors (también llamado Von Hebra) es: (2024 diciembre)

- a) Infección por virus Orf.
- b) Infección por virus Herpes simple.
- c) Administración de fármacos.
- d) Faringitis estreptocócica.

*correcta: b

. Indique la respuesta que mejor define la lesión elemental clínica de un eritema polimorfo, también llamado eritema exudativo multiforme o herpes iris de Bateman: (evaluación continua)

- a) Lesiones eritematosas urticariformes elevadas y simétricas, localizadas en tronco y raíz de miembros que se extienden centrífugamente y tienden a curar por su centro, adoptando morfologías anulares, arciformes o policíclicas.
- b) Pápulas eritematosas y violáceas, agrupadas, de superficie lisa con el centro deprimido y ligeramente descamativo localizadas en pliegues.
- c) Máculas hiperpigmentadas de color gris ceniza, localizadas principalmente en el tronco y a menudo dispuestas en forma lineal siguiendo las líneas de tensión de la piel.
- d) Lesiones simétricas en dorso y palmas de las manos, papulosas redondeadas, con centro purpúrico-hemorrágico, a veces vesiculoso, rodeado de dos anillos concéntricos uno intermedio de aspecto cianótico y otro en el borde rojo brillante.

→ VHS-1/2 - manifestaciones cutáneas = eritema multiforme (herpes iris bateman) → lesiones en diana/escarapela (círculos concéntricos) + con zona eritemato-edematosa que puede formar costra

*correcta: d

*. Entre los rasgos histológicos esenciales del eritema polimorfo mayor figura: (2023 diciembre)

- a) La ausencia de capa córnea.
- b) La orto y disqueratosis.
- c) El edema intercelular en los estratos malpighianos altos.
- d) Los queratinocitos necróticos en la capa basal.

→

*correcta: d

*. En la dermatitis herpetiforme, mediante inmunofluorescencia directa se ponen de manifiesto: (2023 diciembre)

- a) Acúmulos de IgA en las papilas dérmicas en piel perilesional y sana.
- b) Acúmulos de IgA exclusivamente en las lesiones.
- c) Acúmulos constantes y complemento en la epidermis.
- d) Acúmulos de IgA a nivel de la capa granulosa en piel sana.

→ herpes simple - dx = inmunofluorescencia directa (lo nombra como otros métodos con menos sensibilidad)

*serología fases agudas NO ayuda (apunte clase)

*correcta: a

HERPES ZOSTER

*insiste en que el herpes zoster es una reactivación del herpes varicela zoster

. Un hombre de 65 años presenta un herpes zóster en la cara. ¿Cuándo debe pedirse consulta con un oftalmólogo?: [MIR]

1. Presenta lesiones en la punta y lado de la nariz.
2. El nervio facial y el auditivo están afectados.
3. Los nervios supraorbitales están afectados.
4. El paciente presenta un síndrome de Ramsay-Hunt.

→ herpes zoster - zoster oftálmico:

- afecta 1ª rama trigémino + rama nasociliar
- signo Hutchinson = aparecen lesiones punta/dorso nariz = indica afectación rama nasociliar trigémino

*correcta: 1

. El síndrome de Ramsay-Hunt se caracteriza por: (evaluación continua)

- a) Se denomina así a un herpes zóster de los nervios facial y auditivo.
- b) Se denomina así a un herpes zóster con vesículas aberrantes.
- c) Se refiere al zóster oftálmico que cursa con queratitis, escleritis y uveítis.
- d) Se define como un herpes zóster diseminado.

→ herpes zoster - localizaciones especiales = sd R-H:

- afectación nervio facial
- vesículas en concha / tímpano / CAE / 2/3 ant lengua
- parálisis facial + dolor pabellón auricular + tinnitus + vértigo + sordera

*correcta: a

. En un caso de herpes zóster de la rama mandibular del trigémino, debemos iniciar tratamiento en monoterapia lo más precozmente posible con: (evaluación continua)

- a) Aciclovir tópico 5 veces día una semana.
- b) Amitriptilina 150 mg/24 horas/una semana.
- c) Aciclovir oral 800 mg/5 veces día/7 días.
- d) Valaciclovir oral 500mgr/12/6 meses.

→ herpes zoster - tto = inmunocompetentes: VO 7-10d

- Aciclovir 800mg 5v/d

-

*correcta: c

VIRUS EPSTEIN BARR

. La leucoplasia oral vellosa está ocasionada, en presencia del virus de inmunodeficiencia adquirida, por: [MIR]

1. Diplococcus gonorrhoeae.
2. Virus Epstein-Barr.
3. Herpes simple tipo II.
4. Papiloma virus.

*correcta: 2

. De las siguientes entidades ¿cuál no se asocia con la infección por el virus de Epstein-Barr? (2019 julio)

- a) Leucoplasia oral vellosa.
- b) Sarcoma de Kaposi.
- c) Linfoma de Burkitt.
- d) Todas son falsas.
- e) Todas las respuestas son ciertas.

→ VEB (VHS-4):

- mononucleosis infecciosa (primoinfección) = fiebre + faringitis + linfadenopatías + leucoplasia vellosa oral
- inmunodeprimidos = procesos linfoproliferativos + leucoplasia vellosa oral
- asociado a carcinoma nasofaríngeo

→ VHS-8 = reactivación: sarcoma Kaposi

*correcta: b

VIRUS HERPES SIMPLE 8

- Su reactivación = sarcoma Kaposi
- confirmación dx = histopatología
- SK + SIDA = tto (+) agresiva
- lesiones palpables tonalidad violácea
- dx dif con

. El sarcoma de Kaposi clásico aparece preferentemente en: (2024 diciembre)

- a) Pacientes HIV.
- b) Niños.
- c) Transplantados renales.
- d) Varones adultos y ancianos.

→ VHS8 = sarcoma Kaposi - clásico = varones edad avanzada mediterráneos (afecta EEII)

*correcta: d

. De los tipos clínicos descritos en el sarcoma de Kaposi, la forma clínica más benigna e indolente es: (2016 enero)

- a) El clásico o mediterráneo.
- b) El epidémico o africano.
- c) El iatrogénico causado por los inmunosupresores.
- d) El asociado con el SIDA.
- e) Cualquiera de ellos con transformación neoplásica.

→ VHS-8 = reactivación: sarcoma Kaposi

- clásico (varón edad avanzada mediterráneo afectado en EEII) = lenta progresión + rara afectación extracutánea
- asociada SIDA = lesiones (+) grandes/extensas
- inmunosupresión = (⇒)SIDA + mejora con retirada tto
- endémica africana = (+) agresiva

*correcta: a

*. El Sarcoma de Kaposi, actualmente, tiene menor prevalencia en pacientes VIH positivos cuando son: (2020 julio)

- a) Varones adultos originarios del área mediterránea.
- b) Varones adictos drogas vía parenteral.
- c) Varones jóvenes homosexuales.
- d) Niños de ambos sexos.

*correcta: d

. El sarcoma de Kaposi tiene menor prevalencia en pacientes VIH+ cuando son: (2019 julio)

- a) Mujeres.
- b) Niños.
- c) Varones que tienen relaciones con otros hombres.
- d) Varones adictos a drogas vía parenteral.
- e) Varones hemofílicos.

*correcta: b

. El Sarcoma de Kaposi tiene menor prevalencia en pacientes VIH positivos cuando son: (2014 junio)

- a) Mujeres.
- b) Niños.
- c) Varones homosexuales.
- d) Varones adictos a drogas vía parenteral.
- e) Varones hemofílicos

*correcta: b

VIRUS PAPILOMA HUMANO

- para eliminarlo = inmunidad celular
- contagio persona-persona x lesiones

-(>) lesiones = verrugas (lesiones Querato SAS bien delimitadas con eritema en periferia y lesiones en el centro en puntos negros que son vasos necrotizados, también pueden tener aspecto filiforme, en placa, verrugas lantares interrumpen dermatofitos* dando esos puntos negros)

-tto = en piel queratolíticos (ácido salicílico) +

. En relación con las verrugas causadas por papilomavirus, señale la falsa: (2024 diciembre)

- a) En la infancia es frecuente un primer contagio a partir de animales domésticos.
- b) Los condilomas acuminados es una forma de verruga por papilomavirus que afecta a la región genital.
- c) Las verrugas causadas por algunos serotipos de papilomavirus, tan sólo presencia potencial oncogénico en relación con la exposición solar.
- d) Los condilomas acuminados están relaciones con el carcinoma de cuello uterino.

→ virus papiloma humano (VPH)

- contagio persona-persona

- clínica genital = condilomas acuminados

*correcta: a

. Las denominadas verrugas exofíticas plantares se caracterizan por: (evaluación continua)

- a) La dificultad para la deambulaci3n.
- b) El dolor a la maniobra de presi3n tangencial conocido como "signo del clavo de tapicero".
- c) La presencia de puntos negros al levantar el material querat3sico.
- d) La tendencia a agruparse "en mosaico" ocupando extensiones considerables de la planta.

→ virus papiloma humano (VPH)

- verrugas cutáneas comunes = plantares → mosaico

*correcta: d

POXVIRUS - MOLLUSCUM CONTAGIOSUM

. El molluscum contagiosum es: (2024 diciembre)

- a) Una infecci3n por virus PAPOVA, muy frecuente en la infancia.
- b) Una infecci3n caracterizada por presentar lesiones vesiculosas en fase inicial y erosiones en las fases tardías.
- c) Un poxvirus que se caracteriza por causar lesiones papulosas umbilicadas.
- d) Una infecci3n profunda que se caracteriza clínicamente por presentar n3dulos.

. Una característica del Molluscum-contagiosum es: (2016 enero)

- a) Una mácula de borde neto.
- b) Una erosi3n de borde neto.
- c) Una pústula.
- d) Una vesícula umbilicada.
- e) Una pápula umbilicada.

→

*correcta: e

. El orf se relaciona con: (2017)

- a) El cuidado del ganado.
- b) La inmunosupresi3n.
- c) La edad infantil.
- d) La tuberculosis.
- e) La lepra.

→ poxvirus - ectima contagioso/orf = personas en contacto con ganado caprino/ovino

*correcta: a

. Por lo que se refiere al n3dulo de los ordeñadores y el Orf, ¿cual de las siguientes afirmaciones es incorrecta? (evaluaci3n continua)

- a) El primero es un poxvirus y el segundo un parapoxvirus.
- b) Ambos cursan en 6 estadios evolutivos de 6 días cada uno.

c) Ninguno de los dos deja cicatriz

d) Ambos confieren inmunidad total.

→ poxvirus:

- nódulo ordeñadores = infección cutánea en manos ordeñadores → luego desarrollan inmunidad permanente

- orf (ectima contagioso) = similar anterior pero en personas contacto ganado caprino/ovino

*correcta: d

SD DE GIANOTTI-CROSTINI

-Acrodermatosis papulosa infantil

-cuadro autorresolutivo → hacer batería enfermedades virales para saber si hay que tratar alguna otra

MPOX

-transmisión = contacto estrecho (relaciones sexuales) +

8. ITS I: SÍFILIS

. La evolución natural de una sífilis primaria entendiendo como tal la forma clínica de chancro con adenopatía, en caso de no recibir tratamiento de ningún tipo sería hacia: (2024 diciembre) (2022 diciembre) (evaluación continua)

- a) La formación de una úlcera fagedénica en 3-4 semanas.
- b) La progresión de la adenopatía hacia el goma luética.
- c) La extensión de chancro hasta formar el denominado "goma luético" en 4-8 semanas.
- d) La curación espontánea en 3-8 semanas.

→ sífilis - historia natural:

- sífilis primaria = aparición chancro en sitio inoculación → desaparece espontáneamente 3-10sem sin tto

*correcta: d

. A las 7 semanas de la aparición de un chancro sifilítico sin recibir tratamiento alguno, este cura espontáneamente dando lugar a la aparición de: (evaluación continua)

- a) Una sífilis decapitada.
- b) Un goma.
- c) Una latencia precoz.
- d) Una latencia tardía.

→ sífilis - clasificación ⇒ precoz = primer año infección

→ tras la curación espontánea del chancro (sin síntomas) se entra en fase latente precoz hasta que eventualmente aparezca la secundaria

*correcta: c

. La sífilis precoz incluye: (2017) (2016 enero)

- a) El chancro y la septicemia treponémica.
- b) Sífilis primaria y secundaria o latente de menos de un año de evolución.
- c) Sífilis primaria y secundaria o latente de menos de seis años de evolución.
- d) Todas las anteriores son ciertas.
- e) Ninguna es cierta.

*correcta: b

. Ante un paciente varón de 38 años, con una lesión ulcerosa en zona perianal derecha de unas dos semanas de evolución y consistencia firme, fondo limpio y no dolorosa, ¿cuál es su diagnóstico de sospecha principal? (2019 julio)

- a) Infección por herpes genital.
- b) Chancro sifilítico.
- c) Infección por *Haemophilus Ducreyi*.
- d) Carcinoma Basocelular.
- e) Enfermedad de Behçet.

→ sífilis primaria = chancro duro

- úlcera: limpia + asintomática + NO supurativa

- localización habitual: genitales externos + región anal + boca

*correcta: b

. No es manifestación de la sífilis secundaria: (2024 diciembre)

- a) Roseola.
- b) Afectación palmo-plantar.
- c) Serología reagínica y treponémica positivas.
- d) Molar en mora.

→ sífilis 2ª - lesiones cutáneas:

- mácula = roseola

- pápulas

- afectación palmo-plantar = clavos luéticos + collarite abierto + signo Ollendorff

- condilomas planos

- placas mucosa boca/genitales

- alopecia sifilítica (tipo parvimaclata)

*correcta: d

. Una paciente de 70 años presenta entre otros síntomas, una anisocoria que creemos que forma parte de la clínica de una sífilis congénita, es decir una anisocoria de Argyll-Robertson. (2022 diciembre)

- a) Una meningo-radiculitis de los cordones posteriores de la médula.
- b) Es uno de los llamados "estigmas" (malformaciones congénitas de la sífilis hereditaria).
- c) Forma parte del cuadro conocido como tabes dorsal.
- d) Es un cuadro que también se puede ver en una sífilis terciaria.

→ pregunta un poco rara porque creo que debería de preguntar por la falsa que sería la b, el resto correctas

→ pupila de Argyll Robertson:

- pupila pequeña + bilateral + no reacciona a luz, + sí a acomodación/convergencia = "acomoda pero no reacciona"
- Patognomónica de neurosífilis => especialmente en la forma tabética (tabes dorsal) o en sífilis terciaria.

(Obviamente esta info la he sacado de ChatGPT, no de los apuntes)

→ sífilis terciaria + latente = neurosífilis:

- pupila Argyll-Robertson = reflejo fotomotor perdido + reflejo convergencia conservado
- tabes dorsal = puede causar articulación de Charcot

correcta: b (como la falsa)

. Una paciente heredosifilítica presenta entre otros síntomas la llamada anisocoria de Argyll-Robertson. Este signo clínico que se presenta en pacientes afectados de la forma congénita benigna tardía se debe a: (2021)

- a) Una meningo-radiculitis de los cordones posteriores de la médula.
- b) Es uno de los llamados "estigmas" (malformaciones congénitas de la sífilis hereditaria).
- c) Forma parte del cuadro conocido como tabes dorsal.
- d) Es un cuadro que también se puede ver en una sífilis terciaria.

→

*correcta: b (falsa)

. El tratamiento de elección para una sífilis cutánea primaria o latente de menos de seis meses de evolución es: (2024 diciembre) (2023 diciembre)

- a) Penicilina G benzatina 2.4 mill. UI dosis única o repartida.
- b) Penicilina G, intravenosa. 14-20 mill. UI/24 horas.
- c) Eritromicina 500 mg/6 horas 15 días.
- d) Penicilina G benzatina 2.4 mill. UI dosis semanal, tres dosis.

*correcta: a

. El tratamiento de elección para una sífilis cutánea primaria o latente de menos de seis meses de evolución es: (2022 diciembre) (2021) (evolución continua)

- a) Penicilina G benzatina 2.4 mill. UI dosis única.
- b) Penicilina G, intravenosa. 14-20 mill. UI/24 horas.
- c) Eritromicina 500 mg/6 horas 15 días.
- d) Penicilina G benzatina 2.4 mill. UI dosis semanal, tres dosis.

→ sífilis primaria/secundaria/latente precoz - tto = penicilina benzatina 2.4 mill Ud dosis única

*correcta: a

. Varón de 43 años consulta por un exantema máculo-papular eritematoso, no pruriginoso, en tronco y raíz de extremidades. Seis semanas antes había presentado una úlcera no dolorosa en escroto que curó espontáneamente en unas 3 semanas. Las serologías demostraron presencia de anticuerpos treponémicos y reagínicos a títulos altos pero la serología para VIH fue negativa. ¿Cuál es la actitud terapéutica correcta? (2019 julio)

- a) Administración única IM de Penicilina G Benzatina 2.4 millones UI.
- b) Administración de Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI IM una vez a la semana durante 3 semanas.
- c) Penicilina acuosa IV 24.000.000 / día durante 3 semanas.
- d) Penicilina G IV 20.000.
- e) No está indicada ninguna terapéutica previa a una punción lumbar.

*correcta: a

. Hombre de 36 años con prácticas sexuales de riesgo. Presenta un cuadro de 4 días de evolución de lesiones cutáneas no pruriginosas (ver imagen). No ha tomado medicación previamente y no tiene antecedente de alergias farmacológicas. Se

realiza serología para VIH que es negativa. La serología de sífilis antitreponema pallidum es positiva y RPR 1:32. Señale la respuesta correcta: (MIR 2025)

1. Se recomienda el análisis del líquido cefalorraquídeo.
 2. La azitromicina oral es un tratamiento alternativo eficaz.
 3. Se recomienda una valoración clínica y serológica (RPR) a los 6 y 12 meses después del tratamiento.
 4. Si los títulos de RPR permanecen positivos después de 12 meses está indicado administrar el tratamiento de nuevo.
- análisis LCR si VIH(+) + inmunodeprimido
→ azitro alternativa si alergia a penicilina
*correcta: 3

. Hombre que consulta por la aparición de linfadenopatías generalizadas no dolorosas y lesiones cutáneas maculosas, papulosas, papuloescamosas y pustulosas. Las máculas son de color rojo pálido o rosa, no pruriginosas, distribuidas por tronco, zonas proximales de extremidades y en palmas y plantas, coexisten en distintas fases de evolución. Refiere, además, malestar general, febrícula, odinofagia y cefalea. En los antecedentes personales figuran que fue diagnosticado de infección por VIH y abandonó el tratamiento. Reconoce que practica con frecuencia sexo con otros hombres. ¿Cuál de las siguientes respuestas es INCORRECTA en relación con la enfermedad que sospecha que padece?: (MIR 2024)

1. Puede cursar con uveítis y producir ceguera.
 2. Las lesiones cutáneas involucionan espontáneamente entre 1 y 6 meses.
 3. Una cifra baja de linfocitos CD4+ (<350 cel/microL) es un riesgo para desarrollar afectación del sistema nervioso central y puede estar indicado practicar una punción lumbar.
 4. La azitromicina es una buena opción para el tratamiento de la enfermedad, ya que la resistencia a los macrólidos es escasa.
- sífilis secundaria:
- manifiesta = exantema cutáneo + lesiones mucosas + síntomas sistémicos
 - desaparece espontáneamente tras 3-12sem
 - síntomas generales = fiebre + astenia + malestar + poliadenopatías
 - lesiones cutáneas = máculas (roseola en tronco) + papulas + afectación palmo-plantar
 - tto = penicilina
1. sífilis secundaria/terciaria = pueden presentar manifestación ocular
 2. sífilis secundaria = desaparece espontáneamente tras 3-12sem
 3. sífilis = sí bajas Ac (+) fácil que pille neurosífilis → [need] punción lumbar
 4. sífilis secundaria - tto = penicilina benzatina 2,4M Ud dosis única
- *correcta: 4

. Todas las siguientes pueden ser manifestaciones tardías de sífilis congénita, habitualmente no evidentes clínicamente en los 2 primeros años de vida. Indique la manifestación que NO es habitual en esta patología: (MIR)

1. Dientes de Hutchinson.
 2. Nariz en silla de montar.
 3. Queratitis intersticial.
 4. Cardiopatía congénita.
- sífilis congénita
- tardía = queratitis intersticial
 - estigmas sífilíticos = dientes Hutchinson + nariz en silla montar
- *correcta: d

. Un hombre de 45 años consulta por un exantema máculo-papular eritematoso, no pruriginoso, en tronco y raíz de extremidades, así como alteraciones visuales del ojo izquierdo con una exploración oftalmológica con lámpara de hendidura compatible con uveítis anterior. Seis semanas antes había presentado una úlcera escrotal no dolorosa que curó espontáneamente en el curso de 3 semanas. Un título elevado de anticuerpos treponémicos y reagínicos confirma el diagnóstico de sífilis. La serología para VIH es negativa. ¿Cuál es la actitud terapéutica más correcta? (MIR 2019)

1. Administración única intramuscular de penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades.
 2. Penicilina G benzatina 2,4 millones de unidades, 1 inyección intramuscular semanal durante 3 semanas.
 3. Penicilina acuosa, 24 millones de unidades al día (en 6 dosis intravenosas), durante 2 semanas.
 4. No puede tomarse una decisión terapéutica en este caso sin realizar antes una punción lumbar.
- sífilis 2ª + uveítis = >1dosis
→ neurosífilis / sífilis ocular / otosífilis - tto = penicilina G acuosa cristalina 18-24millones Ud al día

*correcta: 3

CHANCRO BLANDO

. Varón de 47 años con antecedentes de sífilis tratada adecuadamente hace 6 años. Tras contacto con profesional del sexo hace 5 días, comienza un surco balano-prepucial una lesión ulcerada, de bordes irregulares, fondo sucio, dolorosa, acompañada de adenopatía unilateral fluctuante. Su diagnóstico de presunción más probable sería: (2023 diciembre)

- a) Chancroide.
- b) Chancro sífilítico.
- c) Reinfeción por virus del herpes simple II.
- d) Reinfeción por *Treponem pallidum*.

→ chancro = úlcera dura (cartilaginosa) asintomática acompañado adenopatía - región genital/bucal (lengua/labios)

CHANCRO=CHANCROIDE

→ chancro blando = úlcera supurativa + periodo incubación 2-7d + dolorosa + adenopatías (inflamatoria)

*correcta: a

. Ante un paciente varón que unos 5-6 días después de un contacto sexual con una prostituta presenta una úlcera en surco balano-prepucial, grande, dolorosa, de fondo sucio y con los bordes despegados, las sospechas diagnósticas de acuerdo con la clínica nos orientan a: (evaluación continua)

- a) Herpes genital.
- b) Chancroide.
- c) Chancro sífilítico.
- d) Donovaniosis por *Klebsiella*.

*correcta: b

. En un caso de ETS ya totalmente demostrada hasta el cuadro clínico y agente etiológico que figuran en primer, ¿cuál de los siguientes es la elección correcta? (2024 diciembre)

- a) Uretritis/cervicitis - *Mycoplasma genitalium* - Ceftriaxona 250mg IM dosis única.
- b) Uretritis/cervicitis - *Gardnerella vaginalis* - Levofloxacino v.o. 500mg /24h/7d.
- c) Chancro blando - *Haemophilus ducreyi* - Azitromicina 1gr dosis única.
- d) Uretritis/cervicitis - *Chlamydia Trachomatis* - Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.

→ chancro blanco:

- agente patológico (bacteriano) = *Haemophilus Ducreyi*

- tto = azitromicina 1gr v.o. / ceftriaxona 250mg i.m. / ciprofloxacino 500mg/12h x3 v.o.

*correcta: c

9. ITS II: ÚLCERA GENITAL Y URETRITIS

. Podemos apreciar cuerpos de Donovan en: (2016 enero)

- a) Una neoplasia genital.
- b) Una infección genital por Candida Albicans.
- c) Una infección genital por Klebsiella granulomatis.
- d) Una infección genital por Chlamydia Trachomatis serotipos L1, L2 y L3.
- e) Una infección genital por Herpesvirus hominis serotipo II.

→ Granulomas inguinal = "donovaniosis" / "Granulomas venéreo"

- enfermedad bacteriana = Klebsiella Granulomatis

- dx = estudio histopatológico → identificar microorganismos [IN] histiocitos = cuerpos de Donovan

*correcta: c

. El tto de una paciente con adenopatía inguinal bilateral que refiere haber tenido una úlcera genital que apareció 14 días después del contagio, para lo que recibió tto tópico, y en la que identificó como agente causal una Klebsiella granulomatis, debe realizarse con: (2016 enero)

- a) Azitromicina 1g VO una vez por semana durante 3 semanas.
- b) Azitromicina 1g VO cada 24h durante 21 días.
- c) Ciprofloxacino 750mg cada 12h durante 21 días.
- d) Eritromicina 500mg cada 12h durante 21 días.
- e) Azitromicina 1g VO una vez por semana durante tres semanas y hasta que las adenopatías hayan curado totalmente

→ Granuloma inguinal = x Klebsiella granulomatis

- tto = azitromicina 1gr/sem VO hasta lesiones ulcerosas cicatricen (min 3sem)

*correcta: e

. ¿Qué supuesto de los siguientes es el más correcto ante un paciente con una úlcera genital? (evaluación continua)

- a) Debemos de iniciar el tratamiento sin esperar a los resultados de las pruebas.
- b) Son ITS que siempre son dolorosas.
- c) La presencia de adenopatías regionales es irrelevante.
- d) La causa infecciosa más frecuente de úlcera genital es el herpes simple.

→ herpes genital causado mayoría casos x = VHS-2

*correcta: d

. La causa más frecuente de úlceras genitales en jóvenes por enfermedades de transmisión sexual es: (2017)

- a) Treponema.
- b) Chlamydia trachomatis.
- c) Haemophilus Ducrey.
- d) Herpes genital.
- e) Candidiasis genital.

*correcta: d

. En los países industrializados, la causa conocida más frecuente de úlcera genital es: (2016 enero)

- a) Lues latente.
- b) Linfogranuloma venéreo.
- c) Herpética.
- d) Granuloma inguinal.
- e) Chancroide.

*correcta: c

. Varón de 29 años de edad, con antecedentes de sífilis tratada adecuadamente hace tres años. Desde hace 1 año presenta con elevada periodicidad, en surco balano-prepucial, brotes de lesiones vesiculosas que rápidamente evolucionan a erosiones policíclicas y dolorosas que desaparecen sin tratamiento en pocos días. Su diagnóstico de presunción sería: (2024 diciembre)

- a) Chancroide.
- b) Chancro sífilítico.
- c) Herpes simple recurrente.
- d) Enfermedad de Behçet.

*correcta: c

. Varón de 48 años de edad, con antecedentes de sífilis tratada adecuadamente hace tres años. Desde hace 1 año presenta con elevada periodicidad, en surco balanoprepucial, brotes de lesiones vesiculosas que rápidamente evolucionan a erosiones políciclicas urentes y desaparecen sin tratamiento en pocos días. Su diagnóstico de presunción sería: (2021)

- a) Chancroide.
- b) Chancro sífilítico.
- c) Herpes simple recurrente.
- d) Enfermedad de Behçet.

*correcta: c

*. En un caso de enfermedad inflamatoria pélvica en una mujer de 35 años, en la que se sospecha como causa probable una antigua cervicitis de transmisión sexual incorrectamente tratada, el tratamiento: (evaluación continua)

- a) Se tratan la Chlamydia y Neisseria y además se administra Metronidazol: 500 mg/12h/7d.
- b) Se trata la Chlamydia y además se administra ceftriaxona 250 mg IM dosis única.
- c) Se trata simplemente la Chlamydia trachomatis con Azitromicina 1g dosis única.
- d) Se tratan simultáneamente Neisseria, Chlamydia y flora mixta con anaerobios.

→ no lo encuentro

*correcta: d

. En un caso de cervicitis vaginal confirmada en el que tras dar todos los pasos diagnósticos adecuados, el único germen identificado es Neisseria gonorrhoeae, el tratamiento indicado es: (2021)

- a) Ceftriaxona 250 mg IM dosis única monitorizada.
- b) Ceftriaxona 250 mg IM y Metronidazol 2 gr V. O. en dosis única monitorizada.
- c) Ceftriaxona 250 mg IM y Azitromicina 1 gr V.O. en dosis única.
- d) Ceftriaxona 250 mg IM en dosis única y Penicilina G. Benzatina 2.4 millones UI/semana, tres semanas.

*correcta: c

. En un caso de cervicitis vaginal confirmada en el que, tras dar todos los pasos diagnósticos adecuados, el único germen identificado es Neisseria gonorrhoeae, el tratamiento indicado es: (evaluación continua)

- a) Ceftriaxona 250 mg IM dosis única y Penicilina G Benzatina 2.4 millones UI/semana, tres semanas.
- b) Ceftriaxona 250 mg IM dosis única y Azitromicina 1g vo dosis única.
- c) Ceftriaxona 250 mg IM dosis única y Metronidazol 2g vo dosis única.
- d) Ceftriaxona 250 mg IM dosis única.

→ gonococia - tto = empírico + cubrir Chlamydia = ceftriaxona 500mg IM dosis única + azitromicina 1gr VO dosis única / doxiciclina 100mg x7días (/ durante embarazo)

*correcta: b

. Paciente varón de 28 años de edad con antecedentes de ETS, gonococo en recto, acude a urgencias de dermatología por presentar secreción uretral escasa de aspecto traslúcido y dolor con la eyaculación. En la muestra del exudado uretral se observan 5 PMN por campo, no se aprecian diplococos gram negativos, pero la PCR resulta positiva para N gonorrhoeae y C trachomatis. (2020 julio)

- a) Se solicita un cultivo de orina.
- b) Hay un error en la toma de la muestra, se repite la tinción de Gram.
- c) Se decide recitar al paciente en 7 días para reevaluación del paciente.
- d) Se pauta ceftriaxona 250 mg dosis única y Azitromicina 1 gr oral dosis única.

*correcta: d

. La tinción de Gram del frotis de una úlcera de localización genital es útil en: (2016 enero)

- a) Es estudio de una posible ITS por Ureaplasma Urealyticum.
- b) El estudio de una posible ITS por Chlamydia trachomatis.
- c) El estudio de una posible ITS por Gardnerella vaginalis.
- d) El estudio de una posible ITS por Mycoplasma genitalium.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ (en clase dice que actualmente se usa PCR por lo menos he entendido yo cuando hablaba de clamidia, comprando q el uso de las tincion es en países en vías de desarrollo ya que sus OCR no están tan actualizadas y por tanto no son tan fiables)

Yo pondría correcta e

- ureaplasma urealyticum = NO visible a Gram x NO pared celular
- chlamydia trachomatis = bacteria intracelular obligada - NO Gram -> dx = PCR
- gardenerella vaginalis = Sí gram lpero! NO úlceras vaginalis (produce vaginosis bacteriana) -> gram en flujo vaginal, no en úlceras
- mycoplasma genitalum = NO pared celular -> NO tiñen con Gram

*correcta: c

. La tinción de Gram del frotis de una úlcera de localización genital es útil en: (2017)

- a) El estudio de una posible ITS por Ureaplasma urealyticum.
- b) El estudio de una posible ITS por Chlamydia trachomatis.
- c) El estudio de una posible ITS por Gardenerella vaginalis.
- d) El estudio de una posible ITS por Mycoplasma genitalum.
- e) En ninguna de las anteriores.

->

*correcta: c

. El agente etiológico más frecuente en las uretritis no gonocócicas es: (2022 diciembre)

- a) Chlamydia trachomatis.
- b) Ureaplasma urealyticum.
- c) Herpes simplex.
- d) Gardenerella vaginalis.

-> UCN (++)frec = Chlamydia Trachomatis

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes agentes infecciosos no causaría una uretritis de contagio sexual? (2021)

- a) Mycoplasma genitalium.
- b) Chlamydia trachomatis.
- c) Treponema pallidum.
- d) Herpes virus hominis I.

-> uretritis-cervicitis NO gonocócicas - microorganismos causantes:

- Chlamydia trachomatis
- Trichomonas vaginalis
- Ureaplasma urealyticum
- Mycoplasma genitalium
- VHS (virus Herpes simple = virus herpes hominis)

-> Treponema Pallidum = sífilis

*correcta: c

VIRUS PAPILOMA HUMANO

. En relación con las verrugas causadas por papilomavirus, señale la falsa: (2024 diciembre)

- a) En la infancia es frecuente un primer contagio a partir de animales domésticos.
- b) Los condilomas acuminados es una forma de verruga por papilomavirus que afecta a la región genital.
- c) Las verrugas causadas por algunos serotipos de papilomavirus, tan sólo presencia potencial oncogénica en relación con la exposición solar.
- d) Los condilomas acuminados están relacionados con el carcinoma de cuello uterino.

-> virus papiloma humano (VPH)

- contagio persona-persona
- infecciones persistentes = (+) riesgo cáncer cérvix
- clínica genital = condilomas acuminados

*correcta: a

. ¿A qué tipo de lesión elemental corresponden las verrugas planas juveniles? (2022 diciembre)

- a) Pápulas epidérmicas.

- b) Pápulas dérmicas.
- c) Tubérculos.
- d) Nódulos.

*correcta: a

. Las denominadas verrugas exofíticas plantares se caracterizan por: (evaluación continua)

- a) La dificultad para la deambulaci3n.
- b) El dolor a la maniobra de presi3n tangencial conocido como "signo del clavo de tapicero".
- c) La presencia de puntos negros al levantar el material querat3sico.
- d) La tendencia a agruparse "en mosaico" ocupando extensiones considerables de la planta.

→ virus papiloma humano (VPH)

- verrugas cutáneas comunes = plantares → mosaico

*correcta: d

. La resina de podofino en soluci3n alcoh3lica al 15%, se utiliza para el tratamiento t3pico de: (2023 diciembre)

- a) Verrugas genitales.
- b) Queratosis actínicas.
- c) Pápulas de Huntley.
- d) Mollusco contagioso.

→ VPH

- clínica = condilomas acuminados (verrugas genitales)

- tto - t3pico = imiquimod + podofilotoxina + sinatequinas

*correcta: a

Preguntar MIR vistas en clase

. Joven de 24 ańos que a los 3 días de un contacto sexual de riesgo presenta numerosas lesiones pustulosas, pequeńas, muy pruriginosas y que evolucionan a diminutas erosiones afectando todo el glande y cara interna del prepucio. Señale cuál es, entre las siguientes, la orientaci3n diagn3stica más probable: (2014 MIR)

1. Candidiasis genital.
2. Chancroide.
3. Sífilis secundaria.
4. Balanitis por Tricomonas.
5. Infecci3n fúngica por dermatofitos.

→ profe dice: posible confusi3n con VHS = úlceras → con el tiempo pueden convertirse en pústulas

*correcta: 1

. Un paciente acude a su m3dico por presentar secreci3n matinal uretral de aspecto purulento desde hace 2 semanas. En el momento que lo atiende no tiene secreci3n y el paciente se niega a que se le tome ninguna muestra intrauretral. ¿Cuál de los siguientes tratamientos considera más adecuado? (MIR 2017)

1. Penicilina benzatina + doxiciclina.
2. Cefixima + doxiciclina.
3. Espectenomicina + clindamicina.
4. Ceftriaxona + metronidazol.

→ yo le daría ceftriaxona + doxiciclina/azitromicina => seguían la cefixima es la alternativa a ceftriaxona

*correcta: 2

. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es una enfermedad de transmisi3n sexual producida por Chlamydia? (MIR 2018)

1. Perihepatitis.
2. Uretritis.
3. Chancroide.
4. Linfogranuloma venéreo.

→ linfogranuloma venéreo = x Chlamydia trachomatis

→ UCNG = (+)frec → Chlamydia

*correcta: 3

. En una paciente menor de edad, todas las infecciones siguientes se debe sospechar como causadas por contacto sexual, una vez que se ha descartado transmisión perinatal. Solo una de ellas tiene un origen probablemente niñas pequeñas. Indique cuál: (MIR 2020)

1. Neisseria gonorrhoeae faríngea.
2. Chlamydia trachomatis genital.
3. Molluscum contagiosum del área genital.
4. Trichomona vaginalis.

→ molluscum contagioso = solo se considera ITS en adultos en zona genital (NO en niños)

*correcta: 3

. Varón de 32 años que está recibiendo profilaxis pre-exposición al VIH. Consulta por presentar desde hace dos días proctalgia intensa, afectación del estado general y fiebre. En la exploración se palpan adenopatías inguinales y se observan las lesiones cutáneas perianales que se muestran en la imagen ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (MIR 2023)



1. Viruela del mono.
2. Herpes genital.
3. Sífilis primaria.
4. Lesiones por primoinfección por VIH.

→

*correcta: 1

Notas tomatadas en clase

*artritis reactiva (SS reiter) = afectación manos pies + balanitis x . Inmunológico y no extensión directa

*VPH = serotipos lesiones mucosa genitales 6 y 11 → 16= displasia intraepitelial y epidermicos que evolucionan a carcinomas

Lesiones mucosa oral = no tienen porque ser sexual pero tb pueden serlo

Pequeñas lesiones como verrugas de 2/3 elementos a múltiples. Afecta sobretodo a genitales externos y perianal.

No protege el preservativo

Carcinomas epidermoides de bajo grado = tumor de Bus... + ... +

Dx = clínico

	Granuloma inguinal	Linfogranuloma venéreo	Herpes genital	Gonococia	UCNG
agente patógeno	Klebsiella Granulomatosis	Chlamydia Trachomatis	VHS-2 > 1	Neisseria Gonorrhoeae	Chlamydia Trachomatis
lesión	úlceras	pápula/erosión genital curación espontánea	1º asintomático > sintomático (fiebre + adenopatías)	asintomática (mujeres) / infección puerta entrada	asintomática
clínica	lesiones exofíticas (masas tumorales + grandes úlceras)	adenopatía unilateral = crece rápido + ulcera (pus)	recurrencias = vesículas dolor-prurito	complicaciones: x contigüidad / sangre / RN (oftalmías neonatorum)	(=) GC (-) intensa
Dx	AP cuerpos Donovan histiocitos/macrófagos	Ag / cultivos / PCR (método elección)	clínica + PCR	tinción = GRAM diplococos G(-) [IN] PMN + azul metil cultivo / PCR (elección)	PCR - uretritis >5PMN - cervicitis >20PMN
Tto	azitromicina 1gr/sem ó 500mg/día v.o. duración hasta curación lesiones	doxiciclina 100mg/12h x3sem v.o.	antivirales (aciclovir/ valaciclovir/famciclovir)	empírico ceftriaxona 500mg IM + azitromicina/doxiciclina	doxiciclina 100gr/12h x7d azitromicina 1gr v.o.

10. PSORIASIS

. Las placas de psoriasis se caracterizan por presentar: (2017)

- a) Púrpura y descamación.
- b) Exudación y descamación.
- c) Eritema y descamación.
- d) Telangiectasias y descamación.
- e) Erosión y descamación.

→ psoriasis - 2 características principales:

1. Lesiones muy bien delimitadas
2. 2 componentes = componente enrojecimiento (eritema) + componente descamación (escama blanco-nacarada)

*correcta: c

. La lesión típica de la psoriasis se corresponde a: (2016 enero)

- a) Lesión eritomato-descamativa.
- b) Pápula eritomato-violácea.
- c) Lesión eritomato-edematosa sin eritema.
- d) Áreas de descamación furfurácea sin eritema.
- e) Nódulos extensos de disposición simétrica.

*correcta: a

. La eritrodermia en un paciente con historia previa de psoriasis, se caracteriza clínicamente por: (2016 enero)

- a) Eritema y vesiculación.
- b) Eritema y enatrema.
- c) Eritema y exudación.
- d) Eritema y descamación.
- e) Eritema exclusivamente.

*correcta: d

*. En la lesión psoriásica típica se describe todo lo siguiente excepto: (2016 enero)

- a) Sangrado puntiforme tras el raspado.
- b) Hipoestesia.
- c) Prurito.
- d) Leucoderma residual transitorio.
- e) Descamación no adherente.

→ psoriasis - clínica - raspado metódico de Brocq = rocío hemorrágico de Auspitz (sangrado puntiforme)

*correcta: b

*. La descamación de la psoriasis es típicamente: (2014 junio) (evaluación continua)

- a) Micácea.
- b) Untuosa.
- c) En grandes láminas.
- d) No adherente.

→ no lo encuentro

*correcta: d

. Con respecto a las formas de presentación de la psoriasis: (2023 diciembre)

- a) Las formas precoces tienen un curso más agresivo.

→ psoriasis - epidemiología = puede parecer en cualquier edad pero podemos dividir 2 grupos:

1. Tipo I / precoz = peor curso clínico (+) agresivo
2. Tipo II / tardía

. Uno de los siguientes grupos de fármacos no se ha implicado en el agravamiento o inducción de la psoriasis: (2020 julio)

- a) Litio.
- b) Antimalaricos.
- c) Betabloqueantes.

d) Betalactámicos.

→ psoriasis - etiopatogenia - factores ambientales => fármacos = antimaláricos + betabloqueantes + litio + interferón

*correcta: d

. Los siguientes factores pueden provocar un brote de psoriasis, EXCEPTO: [MIR]

1. Infecciones.
2. Factores hormonales.
3. Estrés.
4. Medicamentos.

*correcta: 2

. El raspado metódico de Brocq (signo de la bujía, signo de la membrana y fenómeno hemorrágico de Auspitz) es muy útil para el diagnóstico de una de estas enfermedades: [MIR]

1. Micosis fungoide.
2. Dermatitis seborreica.
3. Pitiriasis versicolor.
4. Psoriasis.

*correcta: 4

. ¿De cuál de las siguientes enfermedades eritemato-escamosas es característico el signo de Auspitz o "rocio hemorrágico"? [MIR]

1. Liquen ruber plano.
2. Pitiriasis rosada de Gibert.
3. Psoriasis.
4. Eccema seborreico.

*correcta: 3

. La llamada psoriasis en gotas es una variante de esta dermatosis caracterizada por: (2023 diciembre)

- a) Comienzo en los pliegues pero ya generalizada.
 - b) Placas diseminadas de pequeño tamaño y aparición abrupta.
 - c) Placas con predominio del componente queratósico.
 - d) Psoriasis con marcada participación ungueal.
- psoriasis en gotas = lesiones tamaño pequeño diseminadas de aparición aguda

*correcta: b

. El desencadenante típico de la psoriasis en gotas es: (2019 julio)

- a) Retirada brusca de corticosteroides sistémicos.
- b) Secundaria a fármacos.
- c) Estrés importante.
- d) Por fenómeno de Koebner.
- e) Infección estreptocócica.

→ psoriasis en gotas = típico en adolescentes + adultos jóvenes tras infecciones faríngeas x S.Pyogenes

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes forma clínicas de psoriasis se precede frecuentemente de una infección estreptocócica?: [MIR]

1. Vulgar.
2. En gotas.
3. Invertido o flexural.
4. Pustuloso.

*correcta: 2

. Mujer obesa de 32 años que acude por evolución poco satisfactoria de unas lesiones de 5 meses de evolución, que cursan por brotes afectando axilas, ingles y región submamaria provocándole intenso malestar. En sus antecedentes destaca haber padecido Diabetes gestacional y tiene una hermana con hipotiroidismo en tto. sustitutivo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2020 julio)

- a) Psoriasis invertida.

- b) Pitiriasis rosada de Gibert.
- c) Candidiasis.
- d) Dermatitis alérgica de contacto a textiles.

→ psoriasis

- etiopatogenia - factores ambientales - endocrino-metabólicos = hipocalcemia + embarazo
- psoriasis invertida = placas en zonas de pliegues (axilar, submamarias, ingles, interglútea)

*correcta: a

. La localización electiva de las lesiones de psoriasis inversa son: (evaluación continua)

- a) Las zonas extensores de brazos y piernas.
- b) Los grandes pliegues.
- c) Las zonas seborreicas.
- d) Las zonas descubiertas.

→ psoriasis invertida = placas en zonas de pliegues (axilar, submamarias, inglés, interglútea)

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes entidades no se incluye en el diagnóstico diferencial de las placas eritematosas de los grandes pliegues? (2020 julio)

- a) Neurodermitis.
- b) Psoriasis invertida.
- c) Liquen plano.
- d) Candidiasis.

→ psoriasis invertida - dx dif = candidiasis (+ otras pero no sale neurodermitis)

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes no es una manifestación característica de psoriasis ungueal? (evaluación continua)

- a) Uña en dedal.
- b) Mancha de aceite.
- c) Hiperqueratosis subungueal.
- d) Paroniquia.

→ psoriasis ungueal - alteraciones:

- piqueteado ("pitting")
- mancha aceite
- onicolisis
- hiperqueratosis subungueal
- onicodistrofia

*correcta: a

. ¿Cuál es la forma más frecuente de presentación de la artropatía psoriásica? (2019 julio)

- a) Cuadro que simula artritis reumatoide leve.
- b) Oligoartritis asimétrica de interfalángicas de manos y pies.
- c) Afectación asimétrica de codos, rodillas y cadera.
- d) Espondilitis anquilosante.
- e) Artritis mutilante de manos y pies.

*correcta: b

. La forma más frecuente de artropatía psoriásica es: (evaluación continua)

- a) Semejante a artritis reumatoide (simétrica).
- b) Oligoartritis asimétrica.
- c) Espondilitis anquilosante.
- d) Artritis mutilante.

→ artropatía psoriásica - patrones = 70% oligoartritis asimétrica (en articulaciones interfalángicas de manos y pies)

*correcta: b

. La HTA, dislipemia, obesidad abdominal y el hígado graso no alcohólico se correlacionan con las formas extensas de: (2022 diciembre)

- a) Dermatitis atópica.
- b) Psoriasis.
- c) Eritrodermia.
- d) Linfoma cutáneo de células T.

*correcta: b

. La psoriasis, como proceso inflamatorio crónico: (2019 julio)

- a) Es una enfermedad multisistémica.
- b) Los pacientes presentan mayor incidencia de esteatosis hepática no alcohólica.
- c) Los pacientes presentan mayor riesgo de morbilidad cardiovascular.
- d) Se asocia con frecuencia al síndrome metabólico.
- e) Todas son ciertas.

→ psoriasis - comorbilidades = hay evidencias epidemiológicas de asociación con procesos inflamatorios en otros órganos = importante asociación con inflamación crónica cutánea/sistémica xq es muy frec que presente sd metabólico y esteatosis hepática no alcohólica

*correcta: e

. En caso de duda diagnóstica, ¿cuál de las siguientes actuaciones sería la menos indicada?

(2020 julio)

- a) Cultivo en Sabouraud.
- b) Biopsia cutánea.
- c) Examen de todo el tegumento.
- d) Examen directo con KOH al 30%.

→ psoriasis - dx = clínica - si duda => biopsia

*correcto: b

. En la biopsia realizada a una lesión de psoriasis vulgar se aprecia: (evaluación continua)

- a) Cuerpos de inclusión localizados en los núcleos.
- b) Pústula espongiforme de Kogoj.
- c) Degeneración hidrópica de capa basal.
- d) Acantosis y papilomatosis.

*correcta: d

. Biopsia realizada a una lesión de Psoriasis Vulgar, se aprecia: (2014 junio)

- a) Degeneración hidrópica de la capa basal.
- b) Acantosis y papilomatosis.
- c) Pústula espongiforme de Kogoj.
- d) Cuerpos de inclusión en los núcleos.
- e) Atrofia vascular.

*correcta: b

. En una biopsia de una lesión de psoriasis, usted NO esperaría encontrar: (2017)

- a) Microabsceso de neutrófilos en la capa córnea.
- b) Dilatación vascular.
- c) Hipergranulosis.
- d) Paraqueratosis.
- e) Acantosis regular.

→ psoriasis - dx - manifestaciones histopatológicas:

- capa córnea = hiperqueratosis con paraqueratosis + microabscesos de Munro-Saboreaud
- capa espinosa = Acantosis interpapilar + atrofia suprapapilar = papilomatosis psoriasiforme
- psoriasis pustulosa = pústula espongiforme de Kogoj

*correcta: c

. Microabscesos de Munro-Sabouraud es muy sugestivo de: (2014 junio)

- a) Sarcoma de Kaposi.
- b) Psoriasis.

- c) Micosis fungoide.
- d) Angiosarcoma.
- e) Ninguno de los anteriores.

*correcta: b

. La pústula espongiforme de Kogoj se encuentra en: (2016 enero)

- a) Parapsoriasis.
- b) Linquen ruber plano.
- c) Psoriasis pustulosa.
- d) Micosis fungoide.
- e) Pitiriasis rubra pilaris.

*correcta: c

. Tras haber sido tratado durante 1 semana con prednisona oral a dosis altas por una crisis asmática, un paciente de 28 años acude por urgencias con un cuadro de eritema con pústulas generalizadas, malestar general y fiebre. En la analítica destaca la presencia de una marcada leucocitosis neutrofílica. Refiere haber padecido 4 episodios previos similares desde la adolescencia que motivaron ingreso hospitalario. Ante este cuadro, ¿qué sospecharía? (2022 diciembre)

- a) Psoriasis pustuloso generalizado de von Zumbusch.
- b) Inmunodepresión y piodermitis de repetición.
- c) Pitiriasis liquenoide aguda de Mucha-Habermann.
- d) Síndrome de la piel escaldada estafilocócica.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes es la forma más grave de afectación psoriásica? (2017)

- a) Zumbusch.
- b) Bloch Lapierre.
- c) Barber-Konisbeck.
- d) Hallopeau.
- e) Millian-Katchura.

→ psoriasis pustulosas = (-)frec + (+)graves

- formas generalizadas = tipo Von Zumbusch

*correcta: a

. Con respecto a la evolución de un paciente psoriásico, en principio podemos establecer que: (2023 diciembre)

- a) Las formas eruptivas de lesiones en gotas son muy persistentes.
- b) Las formas eruptivas de lesiones en gotas ceden espontáneamente.
- c) Las formas pustulosas palmoplantares responden bien al tratamiento.
- d) Las formas eruptivas en gotas se tratan con retinoides.

→ psoriasis en gotas = lesiones duran meses - pueden desaparecer espontáneamente sin tto

→ pustulosis palmoplantar = responden mal tto tópico

→ psoriasis - tto => retinoids tópicos = poco empleados porque pueden generar pústulas + irritación

*correcta: b

.Cuál de los siguientes tratamientos sería el más adecuado en un paciente con psoriasis extensa y artropatía: (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Metrotexato.
- b) Ciclosporina.
- c) RePUVA (retinoide+PUVA).
- d) Acitretino oral.

→ psoriasis - tto sistémica clásico => metrotexato = especialmente útil si acompaña a artropatía psoriásica

*correcta: a

. ¿Se pueden emplear fármacos biológicos como "anti-factor de necrosis tumoral" en dermatología? (2016 enero)

- a) Siempre, en psoriasis grave.
- b) En patología inflamatoria que precise ingreso hospitalario, en niños menores de 2 años, puede ser frecuente su uso.
- c) En ocasiones específicas ante cuadros de psoriasis grave y refractaria a otras pautas.

d) Todas las respuestas son falsas.

e) No se emplean este tipo de medicamentos en dermatología.

→ psoriasis palmo-plantar = x impacto calidad vida tto (+) agresivos → biológicos

* tb en psoriasis pustulosas = Von Zumbusch + palmoplantar

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relativas al acitretino, fármaco empleado en el tratamiento de la psoriasis, es FALSA: [MIR]

1. Se trata de un derivado de la vitamina A y su eficacia es mayor combinado con rayos ultravioleta.

2. Su efecto secundario más común es la sequedad de la piel y mucosas.

3. Si se usa en mujeres, precisa anticoncepción eficaz durante el tratamiento y dos años después.

4. Es el tratamiento de elección de la psoriasis de los pliegues.

→ psoriasis - tto - sistémico clásico = acitretio (retinoids) = teratogénico + combina con PUVA (RePUVA)

*correcta: 3

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto al tratamiento de la psoriasis? [MIR]

1. Los ultravioletas B se utilizan en el tratamiento de la psoriasis guttata.

2. El calcipotriol es un análogo de la vitamina D que se está utilizando por vía oral para el tratamiento de la psoriasis.

3. Los preparados a base de ditranol son irritantes.

4. Los ultravioleta A se pueden asociar a psoralenos vía oral y es opción de tratamiento para psoriasis moderadas-severas.

→ y tu dirás, el calcipotriol si que es un tratamiento, y estas en lo cierto, perooooo es un tratamiento tópico, cagate lorito

→ psoriasis - tto:

- tópico = emolientes + Queratoítucos + corticoides + derivados vitD (calcipotriol) + retinoides

- fototerapia = UVB banda estrecha + fotoquimioterapia (PUVA = UVA + psoralenos)

- sistémico = acitretino + metrotexato + ciclosporina A + apremilast

*correcta: 2

. La fotoquimioterapia (PUVA) en el tratamiento de la psoriasis está contraindicada en: [MIR]

1. Psoriasis pustulosa palmo-plantar.

2. Eritrodermia psoriásica.

3. Embarazo.

4. Tratamiento simultáneo con esteroides tópicos.

*correcta: 3

Caso clínico 2023 diciembre

Paciente de 48 años que presenta desde hace una semana la erupción que se ve en la foto de la izquierda, afectando a toda la planta de ambos pies, sin otra sintomatología cutánea. Interrogado refiere que hasta ahora tenía brotes esporádicos con pocas lesiones siempre en la localización que vemos en la imagen de la derecha. (No tenemos foto)

. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2023 diciembre)

a) Foliculitis por anaerobios.

b) Dermatitis alérgica de contacto.

c) Erisipela.

d) Pustulosis psoriásica localizada.

*correcta: d

. ¿Cuál es el agente etiológico y el tratamiento más adecuado? (2023 diciembre)

a) *Staphylococcus aureus* - Doxiciclina.

b) *Streptococcus* del grupo A - Penicilina.

c) Autoanticuerpos - Corticoides sistémicos.

d) Pustulosis psoriásica - Corticoterapia tópica.

*correcta: d

. ¿La lesión elemental clínica de este proceso es muy característica y realmente nos da el diagnóstico definitivo, de cuál de las siguientes se trata? (2023 diciembre)

a) Erosión.

- b) Pústula.
- c) Descamación.
- d) Queratosis.

→ cuidado con pensar que es la descamación o enrojecimiento que es de la psoriasis vulgar, en la psoriasis pustulosa la lesión elemental es la puntúa

*correcta: b

Caso clínico 2019 julio

. Mujer de 48 años de edad que refiere presencia de lesiones en palmas y plantas de unos 4 meses de evolución con evolución de mejoría y empeoramiento sin llegar a curar totalmente. A tratamiento desde hace 4 años con atorvastatina por una dislipemia y loracepam de manera irregular por ansiedad desde hace 2 años. Colecistectomizada. No refiere alergias farmacológicas conocidas. La lesión elemental clínica es una: (2019 julio)

- a) Pápula.
- b) Pústula.
- c) Vesícula.
- d) Mácula purpúrica
- e) Liquenificación.

→

*correcta: c

. El diagnóstico más probable es: (2019 julio)

- a) Eczema deshidrótico.
- b) Impétigo por S. Aureus.
- c) Pustulosis palmoplantar.
- d) Toxicodermia por benzodiazepinas.
- e) Queratodermia palmoplantar.

→

*correcta: c

Este cuadro se relaciona con: (2019 julio)

- a) Eczema de contacto.
- b) Toxicodermia.
- c) Piodermatitis.
- d) Psoriasis.
- e) Genodermatosis.

→

*correcta: d

¿Qué tratamiento considera que no está indicado en este caso? (2019 julio)

- a) Fototerapia.
- b) Fotoquimioterapia.
- c) Antibioterapia tópica.
- d) Corticoterapia tópica.
- e) Todos estos tratamientos son válidos.

→

*correcta: c

11. TRASTORNOS ERITEMATOESCAMOSOS

Fenómeno de Kepler = liquen plano + psoriasis

LIQUEN PLANO

. Las estrías de Wickham son propias de: (2019 julio)

- a) Psoriasis flexural.
- b) Pitiriasis rubra pilaris.
- c) Liquen ruber plano.
- d) Pitiriasis rosada.
- e) Pitiriasis liquenoide aguda (PLEVA).

→ liquen plano - lesiones = pápulas con estrías blanquecinas (se ven mejor al frotar con alcohol) = estrías de Wickham

*correcta: c

. La localización inicial más frecuente del liquen plano es en: (2017)

- a) Palmas y plantas.
- b) Superficie flexora de muñecas y antebrazos.
- c) Cuero cabelludo.
- d) Áreas fotoexpuestas.
- e) Ungueal.

→ liquen ruber = localizaciones (+) típicas: cara anterior muñecas + zona lumbosacra

*correcta: b

. Zonas de afectación del liquen plano: (2015 julio)

- a) Cara de flexión de la muñeca.
- b) Fosa antecubital.
- c) Región sacrolumbar.
- d) Todas.
- e) Ninguna.

→ liquen ruber - localización:

- (+) frec = cara anterior muñecas + zona lumbosacra
- flexura antebrazos + dorso manos + tobillos + mucosa oral/genital
- uñas + pelo

*correcta: d

. El liquen plano puede presentar: (2023 diciembre)

- a) Alopecia en catagen.
- b) Predominio de lesiones en áreas cubiertas.
- c) Desaparición permanente de la lámina ungueal.
- d) Quistes sebáceos en cuero cabelludo.

→ liquen ruber = puede afectar a uñas → provocando su atrofia + desaparición lámina ungueal

*correcta: c

. Señale lo verdadero respecto al liquen ruber plano (evaluación continua)

- a) La forma anular es típica de la afectación oral.
- b) No tiene capacidad de degeneración maligna.
- c) No deja alopecia cicatricial.
- d) Puede afectar a piel, pelo, uñas o mucosas.

→ liquen plano

- localización = parte anterior muñecas + mucosa oral + uñas + pelo (folículos pilosos = papulas foliculares)
- mucosa genital = forma anular (+)frec glánde
- liquen plano erosivo = NO cede espontáneamente = degeneración maligna (carcinoma epidermoide)
- afectación pelo = LP Pilar = deja alopecia cicatricial

*correcta: d

. Incorrecto del Liquen plano: (2014 junio)

- a) Hay formas de afectación ungueal.
- b) Lugares de elección son superficie flexora de muñecas y antebrazos.
- c) Puede ocasionar alopecia cicatricial.
- d) Lesiones mucosas son muy infrecuentes.
- e) Todas anteriores son falsas.

*correcta: d

. La pseudopelada de Brocq es un cuadro relacionado con: (2021)

- a) Psoriasis pustulosa anular.
- b) Liquen plano pilar.
- c) La poroqueratosis de Mibelli.
- d) Enfermedad de Darier.

→ liquen plano pilar (LP afecta pelo) = papulas foliculares pruriginosas → provocan caída pelo = alopecia cicatricial

- pseudopelada de Brocq = solo se ve cicatriz (NO papulas)

*correcta: b

. Cuando se habla de un infiltrado liquenoide, nos referimos a: (2017)

- a) El infiltrado inflamatorio rodea los anejos cutáneos.
- b) El infiltrado inflamatorio rodea los vasos dérmicos superficiales.
- c) El infiltrado inflamatorio se dispone en banda en la unión dermo-epidérmica.
- d) El infiltrado inflamatorio se dispone fundamentalmente en la capa córnea.
- e) El infiltrado inflamatorio afecta al panículo.

→ liquen ruber - histopatología = infiltrado en banda en unión dermoepidérmica

*correcta: c

. El liquen plano puede presentar: (2021)

- a) Alopecia temporal por efluvio anógeno.
- b) Predominio de lesiones en áreas cubiertas.
- c) Hiponiquias o ononiquias cicatriciales.
- d) Cuerpos coloides de Civatte en el estrato córneo.

→ LP

- si produce alopecia pero cicatricial

- lesiones en cara flexora (anterior) muñeca y antebrazos + tobillos + mucosa

- afecta uñas (LP ungueal) = atrofia + desaparición lámina ungueal

- histopatología

- epidermis ⇒ hiperqueratosis (estrato córneo) + hiper granulomatosis (estrato granulomatoso) + papilomatosis "dientes sierra" (x hiperplasia irregular)
- degeneración capa basal (hidrópica)
- infiltrado en banda en unión dermo-epidérmica

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones del liquen plano puede ser preneoplásica?: (2024 diciembre) (2020 julio)

- a) LP hipertrófico.
- b) LP pilar.
- c) Síndrome de Graham-Little-Piccardi-Lassueur.
- d) LP erosivo oral.

→ liquen plano erosivo = degeneración maligna = carcinoma epidermoide

*correcta: d

. En el tratamiento del liquen plano podemos llegar a utilizar cualquiera de los siguientes excepto: (evaluación continua)

- a) Fototerapia.
- b) Glucocorticoides tópicos.
- c) Antihistamínicos orales.
- d) Apremilast.

→ liquen plano - tto = antihistamínicos orales (para picor) + esteroides (1ª línea) + acitretino + fototerapia + inmunosupresores

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes afecciones se asocia con mayor frecuencia en el liquen plano oral? (2019 julio)

- Candidiasis.
- Carcinoma epidermoide.
- Gingivitis descamativa.
- Alergia a materiales de restauración dental.
- Esofagitis

*correcta: b

. La presencia de lesiones blanquecinas anulares y lineales persistentes en el dorso de la lengua y la mucosa yugal (tercio posterior) de un adulto sano, sin otras manifestaciones cutáneas, sugiere preferentemente el diagnóstico de: [MIR]

- Leucoplasia vellosa oral.
- Candidiasis.
- Papilomatosis florida oral.
- Liquen plano.

*correcta: 4

*notas clase

-reacciones alérgicas = aspecto liquenoide (parecido a liquen plano)

-Liquen = lesiones típicas papulosas planas pruriginosas color rojo-violáceo, más gruesas y queratosas en dorso manos y pies (pareciendo a placa psoriásica)

-DD = descartar sífilis 2ª (palma manos planta pies) + psoriasis

-dif liquen plano y tpxicodermia liquenoide = x histopatología

-5P = papulas + poligonal (morfología) + plana (superficie) + pruriginosa + purple (color morado)

Estrias blanquecinas que se ven mejor al frotar con alcohol = estrías de Whorl

-Localización = anterior muñecas, mucosa oral, pelo

-oral = única, leucoplasias (lesiones blancas en las mucosas) +

-Uñas = atrofian desapareciendo lámina ungueal con daño clínico: piel se proyecta cubriendo lecho ungueal (pterigium ungueo)

-etiología = desconocida + relación hepatitis C (sobre todo lesiones mucosas orales)

trastorno e autoinmune, en clínica se ven más desencadenados por estrés

-pronox = oral 5a + cutáneo 1a + erosivo (sino se tratan degeneración maligna en carcinoma epidermoide)

-tto = antihistamínico (para picor) + esteroides (1ª línea) + acitretino + fototerapia + inmunosupresores (parazinas mucosas)

-papulas foliculares en pelo = en cuero cabelludo dejan cicatriz = alopecia cicatricial

. Con relación a las manifestaciones clínicas del liquen plano, todas las respuestas son correctas, EXCEPTO: (MIR 2008)

- Distribución simétrica, en zonas flexurales.
- Prurito en la mayoría de los pacientes.
- La variante anular se localiza con preferencia en el pene.
- La variante hipertrófica se localiza preferentemente en el cuero cabelludo.
- La afectación oral aparece en los 2/3 de la totalidad de los casos.

→ liquen plano

- 4 = variante hipertrófica → manos (*)

*correcta: 4

. ¿En cuál de las siguientes enfermedades es más frecuente la alopecia cicatricial? (MIR 2009)

- Protoporfiria eritropoyética.
- Liquen ruber plano.
- Dermatitis atópica.
- Pitiriasis rosada.
- Eritema crónico migrans.

→

*correcta: 2

. Paciente que presenta desde hace 2 semanas una erupción pruriginosa constituida por múltiples pápulas eritematovioláceas poligonales, de superficie aplanada, localizadas preferentemente en cara anterior de muñecas, zona pretibial y área lumbar. Además presenta lesiones reticulares blanquecinas en mucosa yugal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (MIR 2012)

1. Pitiriasis versicolor.
2. Micosis fungoides.
3. Psoriasis en gotas.
4. Pitiriasis rosada de Gibert.
5. Liquen plano.

→ 5p

*correcta: 5

. El virus de la hepatitis C se ha descrito como uno de los factores implicados en la etiopatogenia de los siguientes procesos, EXCEPTO en uno: (MIR 2016)

1. Crioglobulinemia mixta.
2. Porfiria cutánea tarda.
3. Liquen plano.
4. Psoriasis pustulosa generalizada de von Zumbach.

→ lexeptol! Gracias por avisar meriiii

*correcta: 4

PITIRIASIS ROSADA de GIBERT

. Se sospecha que la causa de la pitiriasis rosada de Gibert es: (2024 diciembre)

- a) Viral.
- b) Autoinmune.
- c) Genética.
- d) Fúngica.

→ pitiriasis rosada de Gilbert - etiología = desconocida lpero! evidencias de posible desencadenante VH56/7

*cuidado que te has confundido e ibas a poner autoinmune, siendo esta la del Liquen Plano.

*correcta: a

. Placa heraldo se aprecia en: (2014 junio)

- a) Dermatitis seborreica.
- b) Pitiriasis versicolor.
- c) Herpes circinado.
- d) Pitiriasis rosada.

→ pitiriasis rosada Gilbert - clínica = precede 1-15d placa heraldo

*correcta: b

. Sobre la evolución de la Pitiriasis de Gibert: (2015 julio)

- a) Curación con tratamiento.
- b) Otras dos opciones.
- c) Resolución sin tratamiento en 2-3 meses.
- d) Resolución sin tratamiento en 6-8 meses.

→ pitiriasis rosada de Gilbert = desapareció espontánea 6-8sem

*correcta: c

. La biopsia es un procedimiento exploratorio fundamental en la pitiriasis rosada: (2023 diciembre)

- a) Cuando el diagnóstico clínico es muy dudoso y los datos histológicos se presumen indudables.
- b) No, porque hay el riesgo de focalización por el fenómeno isotópico de VVolf.
- c) Cuando se sospecha la posibilidad de cronificación del proceso.
- d) No lo es porque los hallazgos histológicos son poco precisos y no resuelve el problema.

→

*correcta: d

. Señalar la verdadera respecto a la pitiriasis rosada de Gibert (evaluación continua)

- a) La ausencia de placa heraldo descarta su diagnóstico.
- b) Hay formas atípicas purpúricas.
- c) Una opción terapéutica es el acitretino oral.
- d) Habitualmente dura unos 6 meses.

→ pitiriasis rosada Gilbert - clínica = formas atípicas → sin placa heraldo

- desaparición espontánea 6-8sem

- tto = sintomático (antihistamínicos/emolientes) + Aciclovir + Eritromicina

*correcta: b

. Una mujer de 20 años presenta, en primavera, una mancha circinada color salmón, con descamación en collarete localizada en el pecho. Pocos días después aparecen otras lesiones similares, pero más pequeñas, diseminadas por el tronco. Son asintomáticas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: [MIR]

- 1. Roséola sifilítica.
- 2. Pitiriasis rosada.
- 3. Herpes circinado.
- 4. Pitiriasis versicolor.

*correcta: 2

. Una mujer joven consulta porque, desde hace unas dos semanas, le han aparecido de forma eruptiva unas máculas y placas eritematosas en el tronco. Refiere que hubo una lesión más grande que precedió a las demás. Las lesiones presentan una descamación fina en la periferia y son discretamente pruriginosas. No existe afectación palmoplantar. La serología luética es negativa. ¿Qué tipo de pitiriasis, entre las siguientes, es el más probable?: [MIR]

- 1. P. versicolor.
- 2. P. rubra pilaris.
- 3. P. liquenoide y varioliforme aguda.
- 4. P. rosada.

*correcta: 4

*notas clase

-jovenes con erupción cutánea generalizada en zona de tronco en primavera y otoño

-lesion eritemato escamativa = placa blanquecina En el centro = placa Herald

-dx = serología de luvex

-placa heraldp

-en España simula un abeto = erupción disposición árbol navida

-DD = sífilis secundaria + tiña del cuerpo

-Etiología desconocida = asociada VHS 6 y

-desaparece 6-8sem

-tto = sintomáticos (ya que desaparece espontáneamente y son poco molestas) antihistamínicos + eritromicina o Aciclovir

PITIRIASIS RUBRA PILARIS

. Una erupción eritematoescamosa de inicio en cara y cuero cabelludo que se extiende a lo largo de 2 meses a tronco y miembros dejando islas de piel sana, con queratodermia palmoplantar de color anaranjado y alteraciones ungueales, debe hacerle pensar en: (2022 diciembre)

- a) Linfoma cutáneo de células T.
- b) Parapsoriasis en grandes placas.
- c) Psoriasis.
- d) Pitiriasis rubra pilaris.

*correcta: d

. ¿En qué dermatosis pensaría ante un paciente adulto en el que se instaura de manera progresiva en dirección cráneo-caudal un eritema generalizado acompañado de queratodermia palmoplantar anaranjada, alteraciones ungueales e islas de piel sana? (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Dermatitis atópica del adulto.
- b) Psoriasis eritrodérmica.
- c) Linfoma cutáneo de células T.
- d) Pitiriasis rubra pilaris.

→ pitiriasis rubra pilaris:

- erupción eritemato-descamativa en cuero cabelludo + cara => dirección cráneo-caudal
- varones 50a
- afectación palmoplantar típica anaranjada con queratosis
- afectación ungueal (-frec)

*correcta: d

. ¿En qué dermatosis pensaría ante un paciente adulto en el que se instaura de manera progresiva en dirección cráneo-caudal un eritema generalizado acompañado de queratodermia palmoplantar difusa (tilosis) anaranjada, alteraciones ungueales e islas de piel sana? (evaluación continua)

- a) Dermatitis atópica del adulto.
- b) Psoriasis eritrodérmica.
- c) Linfoma cutáneo de células T.
- d) Pitiriasis rubra pilaris.

*correcta: d

*notas clase

- erupción eritemato descamativa en cuero cabelludo y cara en varones 50a desarrollo cráneo caudal
- lesiones tinte más anaranjado
- afectación palmoplantar típica anaranjada con queratosis
- afectación ungueal menos frecuente
- tipo I clásica
- DD = psoriasis
- tto = (-) eficaz que psoriasis -> retinoids + metrotexato

Pitiriasis liquenoide (PARAPSORIASIS en gotas)

*Notas clase

- Nilo granos pruriginosos que dejan cicatriz. La parte central se cubre de escara necrótica que parecen en oleadas (lesiones más evolucionado y menos evolucionado)
- enfermedad poco frecuente
- lesiones recuerdan a cie URL a (y tb un poco a MPOX)
- estado general del Nilo bueno excepto forma mucho... que produce adenopatías en Nilo
- linfoproliferativa en niños que
- Pitiriasis liquenoide crónica = NO evoluciona a linfoma
- niños con fiebre y adenopatías = MTX -> sino: corticoides

PARAPSORIASIS

. ¿Cuál de las siguientes dermatosis puede evolucionar a un linfoma cutáneo de células T? (evaluación continua)

- a) Liqueur ruber plano.
- b) Pitiriasis amiantácea.
- c) Parapsoriasis en grandes placas.
- d) Pitiriasis liquenoide crónica

→ parapsoriasis - placas grandes = 10% evolucionan a Linfoma cutáneo de bajo grado de célula T (micosis fungoide)

*LP erosivo (mucosa oral) = CEC (pa recordar y no liarnos)

*correcta: c

. El parapsoriasis en grandes placas: (2020 julio)

- a) Es una forma atípica de psoriasis.

- b) Es una dermatosis eritematoescamosa de curso agudo, más frecuente en mujeres ancianas.
 - c) Es una dermatosis crónica relacionada con la micosis fungoide.
 - d) Es una dermatosis crónica, asintomática, que involuciona de modo espontáneo al cabo de varios años y no tiene más importancia que la estética, sobre todo en verano.
- parapsoriasis - en placas - grandes placas = pueden evolucionar a Linfoma cutáneo células T (micosis fungoide)
- *correcta: c

*Notas clase

- pequeñas placas = lesiones pequeño tamaño enfermedad inflamatoria crónica piel de origen desconocido que persiste durante años y termina por desaparecer
- placas grandes = lesiones eritematosas + afectan adultos 40-50a + asintomáticas + mejoran en verano + 10% evoluciona a micosis fungoide (Linfoma cutáneo de bajo grado de células T)
- PARAPSORIASIS en grandes placas
- si se hacen infiltrativas = sospecha lesión neoplásica = Linfoma

ERITRODERMIA

. En una eritrodermia aparecida en un paciente adulto hay que considerar todas estas causas, excepto: (2024 diciembre)

- a) Toxicodermia.
 - b) Eczemas.
 - c) Psoriasis.
 - d) Inmunodeficiencias.
- eritrodermia - causas adultos: eccemas → desconocida → psoriasis → toxicodermias → LCCT
- *correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes procesos cutáneos puede ocasionar una eritrodermia?

- a) Psoriasis vulgar.
 - b) Pitiriasis rubra pilaris.
 - c) Linfoma de células T.
 - d) A y b son correctas.
 - e) Las respuestas a, b y c son correctas.
- eritrodermia - causas (+)frec adultos = eccemas > idiopáticas (Linfoma) > psoriasis > toxicodermias > LCCT > otras
- *correcta: e

. Una de las siguientes afirmaciones es falsa acerca de la eritrodermia: (2023 diciembre)

- a) Diversas enfermedades cutáneas pueden evolucionar a eritrodermia.
 - b) Suele acompañarse de clínica extracutánea.
 - c) En niños suele estar producida por fármacos.
 - d) Puede ser la manifestación de un proceso maligno.
- eritrodermia:
- secundario a múltiples causas
 - causas (+)frec adultos = eccemas + idiopáticas (con el tiempo resultan ser linfomas) + psoriasis + toxicodermias + LCCG
 - causas (+)frec niños = ictiosis congénita + inmunodef + DA + dermatitis seborreica + psoriasis + toxicodermias + Sd sezary
 - clínica = repercusión sistémica (clínica sistémicas = caquexia, edemas, inmunosupresión, anemia, fallo cardíaco, ...)
- *correcta: c

*Notas clase

- mayoría superficie corporal con eritema y descamación
- pregúntanos por fármacos + enfermedad familiar de la piel
- eritrodermia = eritema >80% superficie piel
- secundario a múltiples desencadenantes = fármacos + psoriasis
- idiopática 25% = Linfoma
- EF = inespecífico
- tto = medidas soporte general => cuidado con tópicos en niños x elevada absorción sistémica

-inflamación piel = crecimiento ganglios = adenopatías -> no tiene porque ser manifestacion Linfoma

. Un paciente acude a urgencias por presentar una eritrodermia con fiebre y malestar general. En la exploración se aprecia en las uñas la presencia de piqueteado ungueal y unas zonas amarillentas distales en mancha de aceite. ¿Cuál es la enfermedad primaria que ha originado el cuadro? (MIR 2016)

1. Linfoma cutáneo.
2. Dermatitis atópica.
3. Psoriasis.
4. Ictiosis.

->

*correcta: 3

12. ECCEMAS

ECCEMAS EXÓGENOS

-Reacción inflamatoria piel x CONTACTO DIRECTO

-2 subtipos = forma irritativa (mecanismos tóxico, NO sensibilización Previa) + forma alérgica

-dermatitis irritativa aguda = límites muy claros + muy agudo (mucha inflamación con vesículas ampollas con contenido líquido)

Dermatitis contacto

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en la dermatitis del pañal? (2024 diciembre)

- a) Las manifestaciones del tipo alimentación del bebé.
- b) Es más frecuente en edad escolar.
- c) Puede asociarse a la presencia de infección por *Cándida*.
- d) Se trata con corticoides tópicos y pomadas multipropósito.

→ dermatitis de pañal

- empiema como dermatitis de contacto irritativa

- >48-72h = hongo *Candida Albicans*

- típica = 6-12 meses

*correcta: c

. Un eccema de contacto: (enero 2017)

- a) Es siempre de causa profesional.
- b) Es siempre irritativo.
- c) Nunca es alérgico.
- d) Es siempre alérgico.

→

*correcta: b

. Un camionero acude a consulta por lesiones de aspecto inflamatorio en zona perianal, escroto y muslos que le producen intenso picor. Este cuadro se ha intensificado después de la aplicación de una pomada con benzocaína por lo que requiere asistencia urgente. ¿Cuál sería su diagnóstico de presunción? (2019 julio)

- a) Pediculosis pubis.
- b) Dermatitis alérgica de contacto por anestésico local.
- c) Dermatitis irritativa de tipo profesional.
- d) Dermatitis seborreica.
- e) Periosis.

*correcta: b

. Un camionero acude a consulta por lesiones, de aspecto inflamatorio en zona perianal, escroto y muslos que le producen intenso picor. Este cuadro se ha intensificado después de la aplicación de una pomada con benzocaína por lo que requiere asistencia urgente. ¿Cuál sería su Diagnóstico de presunción? (evaluación continua)

- a) Dermatitis irritativa de tipo profesional.
- b) Dermatitis seborreica.
- c) Pediculosis pubis.
- d) Dermatitis alérgica de contacto por anestésico local.

→

*correcta: d

. Paciente laringectomizado acude a consulta por lesiones de aspecto inflamatorio en zona de alrededor del estoma, que le producen intenso picor. Este cuadro se ha iniciado después de la aplicación de una pomada con Benzocaína por lo que requiere asistencia urgente. Diagnóstico de presunción: (2014 junio)

- a) Metástasis.
- b) Dermatitis alérgica de contacto por anestésico local.

- c) Dermatitis irritativa.
- d) Dermatitis seborreica.
- e) Hiperplasia Pseudoepiteliomatosa.

→

*correcta: b

. En la patogenia de la dermatitis alérgica de contacto es de importancia la acción de: (2014 junio)

- a) Células de Langerhans.
- b) Queratinocito.
- c) Melanocito.
- d) Fibroblasto.
- e) Ninguna de las anteriores es válida.

→ dermatitis de contacto - alérgica => fase aferente/sensibilización

1. alérgeno penetra piel + se procesa
2. hapteno (alérgeno) + moléculas sup HLA en células Langerhans (CPA)
3. presentan Ag a LT
4. LT (Th1) diferencias/especializan/activan -> reconocerán Ag
5. LT [ON] en sangre

*correcta: a

. La sintomatología que presentan los pacientes durante la fase de sensibilización de los eczemas alérgicos al níquel en las manos es: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Ligera hipersensibilidad.
- b) Prurito leve.
- c) Dishidrosis por estrés.
- d) No presentan sintomatología.

→ dermatitis contacto - alérgica

- fase aferente/inducción/sensibilización = se activan las células T pero no la respuesta inflamatoria
- fase eferente/reexposición = activan T específicos -> respuesta inflamatoria = lesiones cutáneas

*correcta: d

. La sintomatología que presentan los pacientes con un terreno varicoso, durante la fase de sensibilización de un eczema alérgico a antiinflamatorios tópicos en las piernas es: (2021)

- a) Sensación de quemazón.
- b) Prurito moderado.
- c) Exudación copiosa.
- d) Siempre son asintomáticos.

*correcta: d

. La parte más importante para llegar al diagnóstico de eccema alérgico de contacto es: (evaluación continua)

- a) Las pruebas de contacto.
- b) La exploración física.
- c) La biopsia cutánea.
- d) La anamnesis.

→ eccema alérgico - dx = anamnesis rigurosa sobre posibles factores desencadenantes + pruebas epicutáneas

*correcta: d

. Precise el concepto de relevancia presente en la lectura de la prueba del parche en una dermatitis de contacto: (2016 enero)

- a) Parche positivo para un determinado alérgeno con demostración del mismo como agente causal.
- b) Parche positivo sin poder probar su relación con proceso causal.
- c) Ante una dermatitis alérgica de contacto, prueba positiva intradérmica.
- d) Ante una dermatitis alérgica de contacto, respuestas positiva a la lectura de los 15 min.
- e) Todas las respuestas son ciertas.

→ dermatitis contacto - dx = prueba del parche => en el cuadrado donde haya un eccema = ese alérgico al agente

*correcta: a

. Precise el concepto de relevancia presente en la lectura del patch-test: (2019 julio)

- a) Parche positivo para un alérgeno determinado con demostración del mismo en agente causal
- b) Parche positivo para un alérgeno sin encontrar relación con proceso actual.
- c) Ante una sospecha de dermatitis alérgica de contacto, respuesta positiva en la lectura realizada a los 30 minutos.
- d) Ante una respuesta positiva en la realización de una prueba intradérmica.
- e) Todas las respuestas son falsas.

→ dermatitis contacto - pruebas epicutaneas / pruebas del parche

- lectura 48/72h-96h

*correcta: a

. En un paciente con lesiones muy exudativas y húmedas presentadas en el curso de un eczema, preferimos que el tratamiento tópico se administre en forma de uno de los siguientes: (evaluación continua)

- a) Cremas con un alto contenido en aceite.
- b) Soluciones acuosas y emulsiones.
- c) Ungüento (excipiente graso).
- d) Pomadas (excipiente oleoso).

→ dermatitis contacto - tto = tras resolución brote se recomienda uso emolientes (evitan pérdida agua) + hidratantes (aportan agua, evitan xerosis)

*correcta: b

*notas clase

-no siempre bilateral pero si son posibles (mojas las dos manos)

-cuadro más agudo = unilateral / crónica = bilateral

-muy típica la púlpitos = contacto con la mayoría de irritantes

-dermatitis de contacto alérgica = fase aferente + eferente

- (+) frec alérgeno = níquel (presente en mucha joyería)

- localización (+) típicas = cara (te aplicas en los labios algo que te da alergia, párpados uno de los lugares más típicos) + calzados

-dermatitis fototóxica = no tienes que estar sensibilizado + recuerda que dura + causa más frec contacto con plantas + ideal tto corticoide sistémico

-dermatitis fotoalérgica = causa (+)frec AINES tópicos

-tto (dermatitis contacto) = preventivo (no ponerte pendiente da alergia) + corticoterapia (lo más importante para cortar la inflamación/brote) + antihistamínicos (para el brote) + emolientes hidratantes (una vez resuelto brote)

DERMATITIS ATÓPICA (ENDÓGENOS)

. En la etiopatogenia de la Dermatitis Atópica ¿qué considera de mayor influencia pronóstica? (evaluación continua)

- a) La lactancia artificial.
- b) Mutaciones en el gen de la Filagrina.
- c) El aseo exagerado con jabones ácidos.
- d) El microbioma de la piel.

→ dermatitis atópica - etiopatogenia

- disfunción barrera = base genética

- alteraciones composición lipídico estrato córnea

- mutaciones gen codifica filagrina (alteraciones composición proteica epidermis)

- incremento pérdida transepidermal agua

- trauma provocado x rascado permanente

- disbiosis microbiana = desequilibrio S.Aureus + alt peptides antimicrobianos = (+) propensos infectarse

- trastorno inmunoregulación

- inflamación predominante T2 (IL-4/13/31) → actúan sobre: linfocitos B = (+)IgE (20.000) / queratinocitos / nervios sensitivos periféricos (IL-31) = rascado = activan queratinocitos = alar minas activadas

- interacción neuroinmunes

*correcta: b

. En la etiopatogenia de la dermatitis atópica ¿qué considera de mayor influencia pronóstica? (2019 julio)

- a) El microbioma de la piel
- b) Mutaciones en el gen de la filagrina.
- c) El aseo exagerado con jabones ácidos.
- d) La lactancia artificial.
- e) Todas las respuestas son falsas.

*correcta: b

. La aparición de un pliegue extra de piel por debajo del párpado inferior es una característica de: [MIR]

- 1. Dermatitis seborreica.
- 2. Rosácea.
- 3. Pitiriasis rosada.
- 4. Dermatitis atópica.

→ dermatitis atópica - manifestaciones asociadas:

- fascies atópica = signo Dennie-Morgan (doble pliegue infraorbitario) + palidez perioral

*correcta: 4

. En un paciente adolescente, fenotipo III, diagnosticado de dermatitis atópica, la pitiriasis alba se corresponde con: (2019 julio)

- a) Infección superficial por levaduras.
- b) Depigmentación en placas.
- c) Placas hipopigmentadas y con descamación leve.
- d) Descamación en cuero cabelludo.
- e) Inicio de vitíligo.

→ eccemas endógenos - dermatitis atópica - manifestaciones asociadas:

- PITIRIASIS alba = máculas asintomáticas + redondeadas + blanquecinas + superficie finamente descamativa + rasposas tacto

*correcta: c

. El eczema dishidrótico se localiza habitualmente en: (2024 diciembre)

- a) Alrededor de los labios.
- b) En la superficie de los dedos.
- c) En las áreas fotoexpuestas.
- d) En flexuras.

→ dermatitis atópica - manifestaciones asociadas:

- dishidrosis = laterales dedos manos + plantas

*correcta: b

*. Gold Standard en el tratamiento tópico de la Dermatitis Atópica: (2014 junio)

- a) Inhibidores de Calcineurina.
- b) Antihistamínicos.
- c) Antibióticos.
- d) Corticoides.
- e) Queratolíticos.

→ dermatitis atópica - tto:

- evitar desencadenantes potenciales (aseo excesivo, irritantes como jersey lana, ...)
- aseo diario con geles sin detergentes ni perfumes, emolientes
- tto tópico = corticoides tópicos + inhibidores tópicos calcineurina (Tacrolimus/pimecrólimus)
- tto sistémico convencional = ciclosporina (>16a) + corticoides sistémicos (control brote)
- fototerapia UVB-BE

*correcta: d

.Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a los consejos para la vida diaria de un paciente atópico es falsa? (2014 junio)

- a) Evitar el contacto con animales, polvo, desodorantes y colonias, u otros irritantes químicos.
- b) Evitar las temperaturas extremas, los cambios bruscos de las mismas y situaciones que favorezcan la sudoración
- c) Mantener las uñas limpias y cortas para impedir las reacciones adversas por el rascado.
- d) Es necesario restringir alimentos debido a su capacidad inmunogénica por lo que se aconsejan dietas restrictivas.
- e) El aseo y los cuidados diarios, pauta proactiva, favorece un mejor control de las infecciones.

→ DA - tto = evitar potenciales desencadenantes = aseo excesivo

*correcta: d

*notas clase

-trastorno inflamatorio muy frec

-dx clínico

-siempre que hay eccema pensamos en prurito = prurito produce elevada morbilidad

-antecedentes personas muy importantes

-(+) riesgo de desarrollar comorbilidades del espectro atópica (asma, alergia alimentarias, ...) = concepto marcha atópica

-fases: lactante + infantil + adulto

-criterios menores / manifestaciones asociadas

- fascines atópica = signo

- Pityriasis alba = confunden con ? + Cambio coloración piel + son máculas + característica es mejillas bilateral y brazos

- intolerancia a la lana = "el niño no se quiere abrigar"

- quelitis

- queratosis folicular = queratinizado con salida folículos pilosebáceos

- xerosis cutánea = piel seca

- dermatitis plantar juvenil = duele + eritema brillante + tendencia formación grietas (dolor) + simétrico + cara plantar primeros dedos (puede afectar a todos incluso zona posterior dedos)

- dishidrosis = vesículas pequeño tamaño serosas densas características lateral dedos manos = cuñado las vesículas se rompen aparecen las escamocostras

-complicaciones

- infecciones bacterianas = piodermis = impétigo, forúnculo, celulitis

- infecciones víricas = molluscum contagiosum + erupción variceliforme de Kaposi (+preocupa) asociado a VIH (fiebre + paciente afectado)

- trastornos oculares = sobretodo ojo anterior y cataratas

DERMATITIS SEBORREICA (ENDÓGENOS)

. La dermatitis seborreica infantil: (evaluación continua)

a) Puede hacerse eritrodérmica.

b) Puede ser purpúrica.

c) Es pruriginosa.

d) No responde a corticoides tópicos.

→ dermatitis seborreica = en ocasiones puede diseminarse y convertirse en eritrodermia (<frec que DA)

*correcta: a

. Pregunta asociada a la imagen 10. Lactante de 25 días que presenta lesiones en la cara desde hace 2 días que se van acentuando. En la exploración se observan máculas eritematosas confluyentes, descamativas, con secreción serosa amarillenta, localizadas en ambas mejillas, surco nasogeniano, orejas y región retroauricular, frente y mentón. Resto de la exploración normal. ¿Qué diagnóstico es más probable?: [MIR]

1. Eritema toxoalérgico del recién nacido.

2. Dermatitis atópica.

3. Dermatitis seborreica.

4. Impétigo neonatal.

*correcta: 3

*notas clase

-enf inflamatoria

-etiopatogenia = predisposición genética + infecciones (hay dos bichos)

-eritematodescamativas + descamación + bilateral + zonas supraciliares + surco nasogeniano

-tto = corticoides tópicos +

-forma infantil = 6-8sem + resolución espontánea + "costra láctea" en cuero cabelludo (descamación adherida) + Presentación lesiones eritematodescamativas no respetan surco nasogeniano (de dermatitis atópica).

13. ACNÉ, ERUPCIÓN ACNEIFORME Y ROSÁCEA

ACNÉ

. La alteración primaria en la patogenia del acné es: (2020 julio)

- a) Un trastorno de la queratinización folicular.
- b) Una infección.
- c) Un trastorno endocrinológico.
- d) Una hiperproducción de sebo.

→ acné = proceso inflamatorio unidades pilosebáceas (UPS)

- alteración queratinización UPS = bloqueó secreción sebo = comedones

*correcta: a

. Cual de las siguientes alteraciones forma parte de la patogenia de cualquier forma de acné: (evaluación continua)

- a) Una hidrosadenitis simple.
- b) Un trastorno de la queratinización folicular.
- c) Una parasitación folicular por *Demodex folliculorum*.
- d) Una foliculitis por *Pityrosporon orbiculare*.

→

*correcta: b

. La alteración indispensable en la patogenia del acné es: (evaluación continua)

- a) El taponamiento mecánico a nivel del infundíbulo folicular.
- b) El estímulo androgénico.
- c) Una hiper secreción sebácea.
- d) Una queratinización anómala.

→

*correcta: b (yo diría que es la d)

. Cuál de los siguientes fármacos no produce exacerbación del acné: (2017 enero)

- a) Sales de litio.
- b) Corticoides tópicos.
- c) Corticoides sistémicos.
- d) Eritromicina sistémica.
- e) Ninguna es correcta.

→ acné farmacológico = litio + vitB + anticonvulsivantes (hidantoína) + isoniazida + glucocorticoides + yoduros + andrógenos + anti-EGFR (cetuximab, erlotinib, gefitinib)

*correcta: d

. Todas las lesiones que se describen a continuación se encuentran en el Acné excepto: (2021)

- a) Vesículas.
- b) Pústulas.
- c) Cicatrices tuneliformes.
- d) Quistes abscesificados.

→ acné - clínica = comedón (lesión obligada) + papulas + pústulas + quistes + abscesos + fístulas + cicatrices

*correcta: a

. Todas las lesiones que se describen a continuación se encuentran en el Acné excepto: (evaluación continua)

- a) Quistes abscesificados.
- b) Pústulas.
- c) Cicatrices tuneliformes.
- d) Vesículas.

*correcta: d

. Cual de las siguientes lesiones cutáneas no se encuentra en el acné? (2014 junio)

- a) Pápulas.
- b) Nódulos.
- c) Quistes.
- d) Pústulas.
- e) Vesículas.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes fármacos se utiliza en el tratamiento tópico del acné? (evaluación continua)

- a) Antihistamínicos.
- b) Propanolol.
- c) Eritromicina.
- d) Hidrocortisona.

*correcta: c

. Cuál de los siguientes fármacos se utilizan en el tratamiento tópico del acné: (2016 enero)

- a) Corticoides.
- b) Antifúngicos.
- c) Peróxido de benzoilo.
- d) Antihistamínicos.
- e) Todas son ciertas.

→ acné - tto ATB tópico = eritromicina + clindamicina + peróxido de benzoilo

*correcta: c

. Cuál de los siguientes fármacos se utilizan en el tratamiento tópico del acné: (2017 enero)

- a) Corticoides.
- b) Antifúngicos.
- c) Antihistamínicos.
- d) A y B son ciertas.
- e) Ninguna es cierta.

*correcta: e

. El acetato de ciproterona es un antiandrógeno que puede ser útil en: (2023 diciembre)

- a) El melasma inducido por anticoncepción oral.
- b) Pigmentación residual del pénfigo vulgar.
- c) Pigmentación residual del lupus vulgar.
- d) El acné de la mujer adulta.

→ acné - tto antiandrógenos:

- mujeres con acnes hormonodep + maduras
- contraceptivos con efectoantiandrogénico = con acetato de ciproterona + drospirenona + dienogest

*correcta: d

. El tratamiento de elección en el acné severo se realiza con: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Etreinato.
- b) Tetraciclinas.
- c) Isotretinoíno.
- d) Ácido clavulánico.

→ acné - tto retinoids sistémicos = isotretinoína → indicado: acnés graves + leves NO responden otros tto

*correcta: c

. El tratamiento de elección en el acné severo o acné resistente a antibióticos orales es: (evaluación continua)

- a) Isotretinoíno.
- b) Ácido retinoico.
- c) Metotrexate.
- d) Acitretino.

→ acné - tto:

- alt queratinizaicon (clave problema) =

- tópicos = queratolíticos / retinoides (preferente en mujeres NO embarazo)
 - sistémicos = retinoides (isotretinoína)
 - cutinubacterium
 - tópicos = antisépticos / POB (mancha) / eritromicina
 - sistémicos (minimizar uso x resistencias) = doxiciclina (pref x <efectos 2º) / minociclina / eritromicina (uso en verano doxi fotosensible) / azitromicina
 - andrógenos = tópicos -
- *correcta: a

. El llamado "acné cosmética" se caracteriza por: (2023 diciembre)

- Es un acné comedoniano localizado en la frente.
- Cursa con forúnculos odontogénicos.
- Está causado por el *Pityrosporon ovale*.
- Al igual que el esteroideo, no tiene comedones.

→

*correcta: a

. La isotretinoína es un fármaco que se emplea por vía oral para tratar el acné en algunos pacientes. ¿Cuál de las siguientes respuestas es FALSA?: [MIR]

- Puede elevar los niveles séricos de colesterol y triglicéridos.
- Produce casi siempre una importante sequedad de piel y mucosa.
- Es teratogénico y por ello es obligatorio que las mujeres que lo tomen realicen una anticoncepción durante al menos 2 años después de finalizado el tratamiento.
- Puede alterar el proceso de cicatrización de las heridas y facilitar la aparición de queloides.

→

*correcta: 3

. La isotretinoína oral es el tratamiento de elección en pacientes con acné severo, que no responde o lo hace discretamente a los tratamientos tópicos y tetraciclinas por vía oral. ¿Qué recomendación y/o control NO es necesario en su administración? (MIR 2009)

- Si el paciente es mujer, solicitar un test de embarazo antes de iniciar el tratamiento y recomendarle la utilización de al menos un método anticonceptivo seguro durante todo el tratamiento y hasta un mes después de terminarlo.
- Si el paciente es hombre, recomendarle el uso de un método anticonceptivo durante todo el tratamiento y hasta tres meses después de terminarlo.
- Controlar la función hepática y los niveles de triglicéridos y colesterol.
- Recomendarle que evite el sol.
- Recomendarle que se aplique sistemáticamente cremas emolientes en la piel y en la mucosa labial.

→

*correcta: 2

. ¿Cuál de estos fármacos está contraindicado en embarazadas por el riesgo de malformaciones congénitas? (MIR)

- Gentamicina.
- Dexametasona.
- Isotretinoína.
- Alfa-metildopa.

*correcta: 4

*notas clase

-conducto estrechado = queratinización → (+) andrógenos = (+) sebo = estrechamiento canal = comedón cerrado (punto blanco-amarillento)

-otros factores = genéticos + dietéticos + oclusión externa (evitar productos comedogénicos)

-evidencia científica dieta produce acné es muy baja

-clasificación = 1. Acné vulgar + 2. Acnés graves

1. Acné vulgar = comedoniano + papulas o + noduloquístico

2. Acné graves = conglobata + fulminans (puede ocurrir espontáneamente o desencadenado x isotreína)

3. Acné farmacológico

4. Otras = ocupacional (se ve poco, sujetos asfaltan contacto con alquitrán) + cosmético (x uso fotoprotectores) +
 -Acné comedionario = sí no hay comedón no hay acné (pero el comedón puede aparecer en otras ocasiones) siendo el comedón el punto negro + uso retinoides + acné conglobata (unión 2/3 comedones)
 Fase inflamatoria = pápulas + pústulas
 Acné hormono dependiente = mujeres pre-menstrual en ramas mandibulares y mentón
 Forma grave = acné conglobata
 -acneiforme = lesiones con forma de acné pero no tiene comedones (se ven papulas y pústulas pero no comedones)
 -acné mujer adulta = continuación acné adquirido en pubertad / aparece de novo a los 30a - localiza en ramas mandibulares y mentón hormono dependiente
 -acné escoriado = papulas pústulas y comedones originales no tienen muchas tienen más cicatrices por manipulación de lesiones mínimas -> observar ansiedad + TOC +
 -clora acné = acné x benzoxinas
 -acné infancia
 -dx = clínico -> mujeres androgenización + alteraciones menstruales = realizar estudio hormonal + eco Ginecológica
 -pronox =benigno mayoría +
 -NO tetraciclinas + retinoides = x riesgo hipertensión endocrina al)

ROSÁCEA

. El rinoforma aparece en pacientes con: (2021)

- Acné quístico.
- Cloracné.
- Acné infantorum.
- Rosácea fimatosa.

-> rosácea - clínica - estadio III = fimas (rinoformas)

*correcta: d

. De las siguientes lesiones observadas en la Rosácea, una de las siguientes respuestas es cierta: (2017 enero) (2016 enero)

- Telangiectasias.
- Pápulas.
- Pústulas.
- A, B y C son ciertas.
- Ninguna es verdad

-> rosácea - clínica:

- estadio I = eritema + telangiectasias (persistentes)
- estadio II = se añaden: pápulas + pústulas

*correcta: d

.Cuál de las siguientes lesiones cutáneas no se observa en la rosácea: (2017 enero)

- Pápulo-pústulas.
- Eritema.
- Telangiectasias.
- Comedones.
- Tumores.

-> según definición = clínicamente puede similar acné pero diferencia en ausencia comedones (aunque puede tener ambos cuadros => comedones NO excluyen) => comedones lesión acné por mucho que ambos cuadros aparezcan a la vez

-> tumores x rosácea fimatosa

*correcta: d

. ¿Cuál de estos procesos puede producir simultáneamente afectación ocular y cutánea? (MIR 2008)

- Acné vulgaris.
- Lupus eritematoso discoide.
- Dermatitis herpetiforme.

4. Rosácea.
5. Dermatomiositis.

*correcta: 4

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a la rosácea?: [MIR]

1. Es una erupción que se presenta predominantemente en cuello y escote.
2. Es más frecuente en la mujer que en el hombre.
3. El rinoftima es una variante con engrosamiento de la piel de la nariz.
4. Puede estar asociada a conjuntivitis y blefaritis.

→ rosácea:

- mujeres > hombres → le excepto! estadio III (firmas) = hombres > mujeres
- estadio III = gima → rinoftima
- clínica ocular = conjuntivitis + epiescleritis crónicas

*correcta: 1

. El metronidazol está indicado en el tratamiento de: [MIR]

1. Acné vulgar.
2. Acné conglobata.
3. Rosácea.
4. Acné esteroideo.

→ rosácea - tto tópico = metronidazol

*correcta: 3

ROSÁCEA notas clase

- Etiopatogenia = desregulación neuronas Torá
- factores desencadenantes = calor
- crisis flushing
- clínica cutánea = pero saves (crisis rubrefacción facial) + rosácea I (eritema + telangiectasias) + estadio II (pápulas + pústulas) + estadio III (firmas - rinoftima = engrosamiento piel, casi exclusivo varones)
- clínica cutánea = conjuntivitis + epiescleritis crónica
- normalmente en ausencia de comedones pero si los hay no lo descarta porque pueden sobreponerse acné y rosácea
- recuerda a lupus
- tto =
- eritema (fase vascular) = brimonidina tópica + láseres vasculares
- pápulo-pústulas = tópicos (ác azelaico + metronidazol + ivermectina) + orales (doxiciclina + isotretinoína [muy eficaz a dosis más bajas que en el acné])
- fumar = cirugía

DERMATITIS PERIORIFICIAL

*Notas clase

- algunos consideran tipo rosácea o variedad de la misma otros consideran otra enfermedad
- relacionado con uso esteroides tópicos
- enrojecimiento alrededor boca nariz ojos

HIDROSADENITIS

- oclusión folículo pilosebáceo en zonas de piel de contacto = axilas ingles informa, Atila región Inter glútea pliegues cutáneos
- => proceso inflamatorio supura tuvo crónico
- etiopatogenia = obesidad + tabaco
- fisiopatología = taponamiento
- pueden tener comedones
- grab impacto = lesiones dolorosas que exudan huelen mal

-casos graves = fístulas

-asociados a acné

-clasificación clínica (Hurley) => ecografía = escala de Wortsman

1. Estadio I = colección líquida (absceso)

2. Estadio II = con cicatrización + fístulas limitadas

3. Estadio III = fístulas confluyentes

-limita calidad vida por sobreinfecciones

-tto = bajar de peso + retinoides + tto biológicos (antiTNF, antiIL17, inmunosupresores) + Cx

. Las lesiones de "acné inversa" (enfermedad de Verneuil) generalmente se localizan en las axilas e ingles, pero además también puede afectar a: (2023 diciembre)

a) Cuello.

b) Tórax anterior.

c) Submamaria.

d) Hombros.

→ hidrosadenitis / acné inversa / enfermedad Verneuil = proceso inflamatorio crónico - afecta zonas intertriginosas (axilas + ingles + glúteos + inframarias)

*correcta: c

. La hidrosadenitis es una enfermedad que afecta primariamente a: [MIR]

1. Las glándulas mamarias.

2. La dermis.

3. El panículo adiposo.

4. Las unidades pilo-sebáceo-apocrinas.

→ hidrosadenitis = proceso inflamatorio supurativa crónico → afecta a zonas intertriginosas

- influye más inflamación folículo polisebáceo + oclusión

*correcta: 4

14. ALOPECIAS Y TRASTORNOS DE PIGMENTACIÓN

- Alopecia: caída/perdida patológica
- Calvicie = signo clínico

Tipos alopecia

- anomalías tallo piloso
- alopecia NO cicatricial = folículo indemne -> potencial recuperación
- alopecia cicatricial = destruye folículo -> NO reversible
- primarias = enfermedad en propio folículo
- secundaria = proceso no está en folículo -> infecciones (tiñas inflamatorias que producen destrucción folículo piloso)

Alopecia NO cicatriciales

1. Areata
2. Androgénica
3. Efluvio telógeno

ALOPECIA ANDROGENÉTICA

- pérdida crónica progresiva
- afecta a ambos sexos (casi igual en ambos sexos sólo que en mujeres es más leve)
- patogenia = predisposición genética mediada x DHT + (+)5 α -reductasa
- hallazgo ppl = miniaturización -> conversión pelo terminal a vello
- manifestación:
 - hombres = retroceso línea frontal -> escala Hamilton-Norwood
 - mujeres = mantiene línea frontal de implantación + disminuye óvalo central -> escala Ludwig
- *signo árbol de navidad = patrón alopecia mujer
- pruebas complementarias
 - tricograma (se arrancan 30/50 pelos) = evalúa ciclo pilosos (microscopio óptica) - determinan presencia afolículo liso
 - pruebas laboratorio = siempre dirigidas (que estas buscando tratando descartar) -> varón sano no pedir + mujeres si
 - mujeres = ferritina (en edad fértil) + función tiroidea + hiperandrogenia (si signos clínicos pedir testosterona plasmática + sulfato DHEA plasmática)
- tto hombres = si está muy avanzada no útil
- minoxidil tópico (oral)
- inhibidores 5 α reductasa = finasteride / dutasterida (fuera ficha)
- *tto continuó
- tto mujeres = minoxidil + andrógenos + 5 α -reductasa

. Las capas de Huxley y de Henle forman parte de: (2022 diciembre)

- a) La vaina epitelial externa folicular.
- b) La vaina epitelial interna folicular.
- c) El tallo piloso del pelo terminal.
- d) El infundíbulo folicular.

-> no visto este año

*correcta: b

. Las anomalías congénitas del tallo piloso son: (2023 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Alteraciones de la longitud del tallo piloso pero no de su estructura.
- b) Consideradas como simuladores de alopecia.
- c) Alopecias frontoparietales tempranas.
- d) Una alteración folicular pero no del tallo del pelo.

-> alopecia - clasificación:

- anomalías tallo piloso simulan alopecia (pseudoalopecia) = pelo se rompe/fractura - tipo vello muy finito que casi no se ve = apariencia alopecia

*correcta: b

. Causan alopecia no cicatricial definitiva: (2024 diciembre)

a) Efluvio Telógeno.

b) Quimioterapia.

c) Alopecia areata.

d) Alopecia androgénica.

→ alopecia NO cicatricial - alopecia androgenética = caída cabello crónica

- hombres = llega calvicie completa

*correcta: d

. El proceso de la alopecia androgénica en el hombre se caracteriza por: (evaluación continua)

a) Alteraciones en la porción extracutánea del tallo del pelo que conducen a un acortamiento de la duración del ciclo folicular.

b) El llamado arresto anagénico, fase en la que se detiene el desarrollo folicular.

c) Una miniaturización folicular biparietal independiente de la edad del sujeto.

d) Un proceso de miniaturización folicular prolongada que se manifiesta como disminución de la densidad de la cabellera.

→ alopecia androgénica - manifestaciones - hombres = miniaturización → conversión pelo terminal a vello

*correcta: d

ALOPECIA AREATA

-áreas alopécicas

-base autoinmune + componente inmunitario

-mecanismo patológico = infiltrado inflamatorio

-tipos = focal + total + universal

-2 signos clínicos = cabellos en puntos de exclamación + cabellos cadavéricos (rotos al ras folículo)

-asociada a afectación ungueal = líneas de Beau (detención crecimiento la Inma ungueal) + traquioniquia (uñas deslustradas, como si le dieras con una lima a las uñas)

-tto = abstención terapéutica → tópicos (corticoides/inmunoterapia) + intralesionales + sistémicos

. La alopecia areata es un proceso que NO se asocia con: (2016 enero)

a) Tiroiditis autoinmune.

b) Contacto con animales.

c) Dermatitis atópica.

d) Síndrome de Down.

e) Todas las respuestas son válidas.

→

*en clase no le ha dado mucha importancia

*correcta: b

EFLUVIO TELÓGENO

-causas fisiológicas = estrés

-tto = NO tto eficaz + proceso autolimitado

. La alopecia producida por citostáticos: (2017)

a) Es cicatricial.

b) Es un efluvio anagénico.

c) Es irreversible.

d) Es un efluvio telogénico no inflamatorio.

e) Es un efluvio telogénico inflamatorio.

→ según el profe no hay tto eficaz

*correcta: d (la dice b)

ALOPECIA CICATRICIALES

1. liquen eritematoso

2. liquen plano pilar

3. alopecia frontal fibrosante = variadas liquen plano pilar (no demostrado) -> signo: empieza en zona frontal y se va perdiendo => tto = corticoides + inhibidores 5alfa +

. Causa alopecia cicatricial: (2020 julio)

- a) Alopecia areata.
- b) Querion de Celso.
- c) Alopecia androgenética.
- d) Quimioterapia.

—>

*correcta: b

. Causan alopecia cicatricial el/la: (evaluación continua)

- a) Efluvio telógeno.
- b) Efluvio anágeno.
- c) Querion de Celso.
- d) Alopecia androgenética.

—>

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes considera que es una alopecia cicatricial secundaria extrafolicular?: (evaluación continua)

- a) Querion de Celso.
- b) Lupus cutáneo crónico.
- c) Liqueen plano pilar.
- d) Granuloma sarcoideo.

—>

*correcta: d

Puntos clave

- ciclo folículo piloso = 3 fases ppl = anágena (crecimiento) + catágena (transición) + telógeno (reposo)
- anomalías tallo piloso = cicatriciales (folículo indemne) + cicatriciales (folículo destruido)
- dx = evaluación clínica detalla + ...

ALTERACIONES PIGMENTACIÓN

-pigmentación normal piel

-hiperpigmentación = aumento melanina piel (x aumento melanina/ melanocitos) + melanina anómala ("incontinencia pigmento" cuando te quemas) + presencia dermis otros pigmentos (endógenos como hemosiderina, zona violácea por trauma que produce hematoma / exógenos como exceso carotenos)

Hiperpigmentación

- Origen melanico
- ejemplo color azulado x melanina = nevus azul .ñ.
- enfermedades = cloasma/melasma

Cloasma/melasma

-

- mujeres
- limitado a cara
- componente hormonal = ocurre tras parto, uso ACO
- x proceso fotoenvejecimiento
- tto = despigmentantes = hidroquinona + protección solar + laser (coadyuvante)

. El tratamiento del melasma (cloasma) debe incluir: (evaluación continua)

- a) Fotoprotección.
- b) Hidroxicina.
- c) Tratamiento quirúrgico.
- d) Hidrocortisona.

→ hiperpigmentaciones - cloasma/melasma => tto:

- despigmentantes = hidroquinona <5% + ácido tranexámico + ácido kojico
- protección solar diariamente (sol hace que se reactive y lo incrementa)
- láser

*correcta: a

Pigmentación post-inflamatoria

- patogénesis = incremento melanina / depósitos anormales tras inflamación
- enfermedad = dermatitis pigmentaria y púrpura por estasis venosa → extravasación sanguínea que produce hiperpigmentación x hemosiderina = pigmentación purpúrea

HIPOPIGMENTACIÓN

- etiopatogenia = congénitas < adquiridas
- congénitas = albinismo oculocutáneo (generalizado) + circunscritas (piebaldismo + nevus acrómico) +

Nevus

- anémico = zona delimitada de hipopigmentación + alteración de vasoconstricción continua en una zona circunscrita d ELA piel
- acrómico = melanocitos hipofuncionante (que producen poca melanina) zonas de vasodilatación (eritema transitorio)

hipo pigmentación adquirida

- vitíligo
- infecciones = lepra
- tumores = nevus de Sutton → proceso inflamatorio, reacción autoinmune contra el tumor

Vitíligo

- 1% población
- pico 10-30a
- mecanismo = defecto genético (por identificar, hipótesis autoinmune) = alteración metabolismo melanina (destrucción melanocitos) = Ag → reclutan células de Langerhans = [start] mecanismo autoinmune
- 80% Ac antimelanocitos sericos (no se suelen pedir)
- clínica
 - mácula acromicas = color blanco lechosos (acrómico = NO color) → NO pigmentación en esa zona concreta
- formas clínicas
 - no segmentario / vulgar = generalizado + afro facial
 - segmentario =

-NO segmentario

- zona acras + periocular + perioral + escroto + generalizado
- anomalías asociadas = piel normal, falta color solamente → asocia alteraciones tiroideas (hipotiroidismo + tiroiditis)
- tto
 - fotoprotectores = zona piel NO pigmenta no se defiende
 - cosméticos = maquillaje
 - despigmentación = para unificar color → hidroquinona
 - repigmentación = en el no segmentario → corticoides alta + Tracolumus (tópicos) / fototerapia + corticoides (sistémicos)
 - en vitíligo segmentario = corticoides, Tracolumus, fototerapia, trasplante autólogo melanocitos

. En los siguientes trastornos de la pigmentación la cantidad de melanocitos (señale la incorrecta): (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Es normal en el albinismo.
 - b) Está disminuida en el piebaldismo.
 - c) Está disminuida en el vitíligo.
 - d) Está aumentada en las manchas café con leche.
- hipopigmentaciones - disminución cantidad melanina:
- (-) número melanocitos = vitíligo
 - (-) síntesis melanina = albinismo (número normal melanocitos)
 - piebaldismo (hipopigmentación congénita circunscrita) = ausencia precursores melanocitos
- *correcta: d (gracias por la corrección sofiiii)

. Una lesión ocasionada exclusivamente por la pérdida de melanina se manifestará como: (2017)

- a) Una placa.
- b) Una pápula.
- c) Una mácula.
- d) Un léntigo.
- e) Una efélide.

→

*correcta: c

. El vitíligo presenta menor posibilidad de responder al tratamiento con fotoquimioterapia cuando afecta a: (2020 julio) (2019 julio)

- a) La cara.
- b) Las manos.
- c) El toráx.
- d) Los glúteos.
- e) Las piernas.

→ en clase no lo ha dicho

*correcta: b

. Donde son útiles los inhibidores de calcineurina en vitíligo: (2015 julio)

- a) Cara.
- b) Tórax.
- c) Pliegues.
- d) Dedos mano.

→

*correcta:

15. URTICARIA Y ANGIOEDEMA

-fisiopatología = mediado x IgE = desgrana Ali con mastocitos = liberación mediadores (ppl histamina) = a nivel receptores cutaneomucosos produce eritema-edema

-epidemiología = aislado 10%

-formas clínicas = decimos que son lo mismo - ¿diferencia? = urticaria superficial (dermis superficial media) / urticaria superficial o angioedema (dermis profunda/ hipodermis -> es más profundo el daño)

Urticaria superficial

-papulas edematoas + rosadas + eritematosas

-duración <24h

-cuándo desaparece la piel queda totalmente normal -> si queda pigmentada no será urticaria (si queda pigmento es que hay hemosiderina = vasculitis)

-prurito

Urticaria profunda

-edema intenso de la dermis profunda pudiendo llegar al tejido subcutáneo = edema tan masivo (causado x vasodilatación) = blanquea toda la zona al edema comprimir los vasos y producir vasoconstricción de los vasos (que en su día su vasodilatación fue lo que produjo el edema)

-Localiza con cara+labios+párpados

-desaparece <24h sin secuelas

-habones (elevación,piel) se ven blancos con eritema rosado de fondo

Urticaria crónica

-<6semanas

-espontánea / inducible (física = dermatografismo / no física = medicamentosa)

-Inducibles - física

1. dermatografismo

2. urticaria colinérgica

3. urticaria retardada por presión = manifestaciones sistémicas pudiendo ser grave + desencadenadas por presión (coger las bolsas, cinturón)

4. urticaria por frío = cubito en guante unos minutos levanta y ves que hace habón como prueba + estudio diferencial de crioglobulinemia (lab)

5. Otras = solar + acuagénica + calor (contacto objetos >43°C)

-inducibles NO físicas

- en minutos tras contacto sustancia-piel

- localizada

1. medicamentosa = ATB + AINES (COX1) +

2. alimenticia = urticaria aguda con frecuencia (raro que sea alérgica dependiente IgE) -> suele ser falsa alergia alimenticia x aporte de histamina (aminas biógenas) o .

3. infeccioso = agudas (<6sem evolución) asociada a enfermedad st víricas (VHB)/ crónicas raro

4. sistémicas

DX

-Aguda = Hª clínica + pruebas cutáneas (solo si por historia hay sospecha fundada -> det IgE específicas)

TTO

-suprimir desencadenante

-aumenta umbral actuación mastocitos

-bloqueo receptores para que no producen eritema edema => antihistamínicos

-tto fuera ficha = omalizumab-> muy útil cuando nada funciona

. Consideramos que anafilaxia es (señale la que considere correcta): (evaluación continua)

- a) Una reacción tendente a cronificarse que se manifiesta a nivel cutáneo por un cuadro de urticaria pigmentosa.
- b) Una reacción urticariforme citotóxica que se presenta a los pocos días de la administración de un fármaco.
- c) Una reacción de hipersensibilidad inmediata aguda que compromete el pronóstico vital.
- d) Una reacción de hipersensibilidad acompañada de urticaria y angioedema.

→ anafilaxia:

- reacción hipersensibilidad inmediata (tipo I = mediada x IgE) = aguda + sistémica + afecta >2órganos
- compromete pronóstico vital
- clínica = 90% casos asocia urticaria + angioedema (síntomas cutáneos)

*correcta: c

. Con respecto a las urticarias: (2017 enero) (2016 enero)

- a) Siempre es un cuadro exclusivamente cutáneo.
- b) Siempre es de etiología medicamentosa/alimentaria.
- c) Solo se presenta después de los 20 años de edad.
- d) La lesión elemental es el habón.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ urticaria/angioedema → lesión elemental = habón

*correcta: d

. En la patogenia de la urticaria aguda se produce un mecanismo de hipersensibilidad inmediata cuyo primer paso consiste en: (2024 diciembre) (2023 diciembre)

- a) La aparición de edema intersticial en forma de dermatografismo positivo.
- b) Una activación monoclonal de linfocitos de memoria.
- c) La aparición de un infiltrado perivascular eosinofílico.
- d) Una activación de los mastocitos.

*correcta: d

. En la patogenia de la urticaria aguda se produce un mecanismo de hipersensibilidad inmediata cuyo primer paso consiste en: (2022 diciembre) (2021)

- a) La aparición de edema intersticial en forma de dermatografismo positivo.
- b) Una activación monoclonal de linfocitos de memoria.
- c) La aparición de un infiltrado perivascular eosinofílico.
- d) Una activación inespecífica de los mastocitos.

→ urticaria/angioedema - fisiopatología:

1. activación + desgranulación → mastocitos (específica Ag o no)
2. liberación mediadores = histamina
3. manifestación cutánea = habón (eritema + edema)

*correcta: d

. Célula cuya función es más importante en la patogenia de la urticaria/angioedema: (2014 junio)

- a) Célula de Langerhans.
- b) Histiocito.
- c) Mastocito.
- d) Célula plasmática.
- e) Célula de Merckel.

→ urticaria/angioedema - fisiopatología = activación + desgranulación mastocitos

*correcta: c

. Los mastocitos pueden intervenir en diversos procesos dermatológicos y sistémicos, pero, ¿cual de los siguientes cometidos atribuiría a los mastocitos en la piel normal? (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) La melanogénesis post irradiación UVB.
- b) La respuesta mediada por células.
- c) Los procesos de reparación tisular.
- d) La respuesta inflamatoria.

*correcta: d

. En la histología de una urticaria aguda, no se encuentra: (evaluación continua)

- a) Vasodilatación.
- b) Leucocitoclastia.
- c) Edema dérmico.
- d) Infiltrado inflamatorio perivascular.

→ leucocito lastima = característico de vasculitis de vaso pequeño

*correcta: b

. Los mastocitos pueden intervenir en diversos procesos dermatológicos y sistémicos, pero, ¿cual de los siguientes cometidos atribuiría a los mastocitos en la piel normal? (2024 diciembre)

- a) La melanogénesis post irradiación UVB.
- b) La respuesta mediada por células.
- c) Los procesos de reparación tisular.
- d) La respuesta inflamatoria.

*correcta: d

. De modo consensuado la urticaria crónica se define cuando los brotes: (2024 diciembre)

- a) Persisten al menos seis días al mes.
- b) Persisten más de tres brotes de más de seis días tres meses.
- c) Son continuados durante al menos seis semanas.
- d) Tiene que sudar al menos seis meses de forma periódica.

→ urticaria crónica = episodios repetidos manera diaria (casi diaria) >6sem

*correcta: c

. Paciente de 18 años que, desde hace 6 meses, padece, tras realizar ejercicio, brotes de lesiones pruriginosas, eritematoedematosas, de pequeño tamaño, localizadas fundamentalmente en el tronco y que desaparecen en unos 30 minutos. ¿Qué diagnóstico es más probable?: [MIR]

- 1. Miliaria cristalina.
- 2. Liquen urticatus.
- 3. Eritema multiforme.
- 4. Urticaria colinérgica.

*correcta: 4

. En la urticaria colinérgica, señale la respuesta correcta: [MIR]

- 1. Existe un déficit de C1 inhibidor.
- 2. La prueba del "cubito de hielo" es positiva.
- 3. Aparece en algunos individuos tras esfuerzos físicos, calor o nerviosismo.
- 4. Requiere tratamiento con adrenalina.

→ urticaria crónica - x factores físicos → urticaria colinérgico

- lesiones paellas muy pruriginosas con halo eritematoso
- desencadenante = (+)Tª corporal (sudoración)
- posterior a esfuerzos físicos / ducha caliente / ingesta alimentos especiados / llanto
- desaparece 30-60min

*correcta: 3

. ¿Qué tratamiento considera de elección ante una urticaria aguda sin signos de alarma en una anamnesis reglada? (2019 julio)

- a) Antihistamínicos IV + Corticoide IM.
- b) Antihistamínicos orales: de primera generación + segunda generación.
- c) Antihistamínicos tópicos.
- d) Antihistamínicos orales de segunda generación
- e) Todas las opciones son válidas.

→ en clase no lo ha dicho, sólo que se usan antihistamínicos y sanseacabó

→ urticaria/angioedema - tto = antihistamínicos

- tto eferencia urticaria
- suelen dar 2ª/3ª generación (1ª desaconsejados)

*correcta: d

. Entre las indicaciones de Omalizumab se incluyen las siguientes a excepción de: (2019 julio)

- a) Urticaria crónica espontánea refractaria.
- b) Urticaria inducible por exposición solar.
- c) Angioedema por déficit congénito de C1 inhibidor.
- d) Todas las respuestas son ciertas.
- e) Todas las respuestas son falsas.

→ urticaria/angioedema - tto = Omalizumab → útil en paciente refractarios a otros tto

*correcta: c

ANGIOEDEMA

-tipos = histaminérgico / NO histaminérgico

-histaminérgico =alérgico / pseudoalérgico

-NO histaminérgico = idiopática + AINES/AAS + bradicinérgico

-deficit inhibidor C1 = (+) bradicina = receptores = angioedema

- hereditario = tipo 1/2

- Adquirido =

-AaE bradicinérgico = sospechar en pacientes toman IECA

-TTO = -zol

. En el angioedema por fármacos inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los niveles de bradicinina son elevados debido a: (2022 diciembre)

- a) Déficit de C1 inhibidor.
- b) Aumento de plasminógeno.
- c) Disminución de la degradación de bradicinina.
- d) Todas son correctas.

→ ECA = enzima ppl responsable degrada (inactivated) bradicina → [OFF] ECA = NO degrada bradicina = (+) acúmulo
bradicina = vasodilata + (+)Permeabilidad vascular = angioedema

*correcta: c

16. PÚRPURA, VASCULITIS Y SÍNDROMES NODULARES

VASCULITIS

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones clínicas NO esperaríamos encontrar en un paciente con una vasculitis sistémica primaria con afectación cutánea? (2024 diciembre)

- a) Púrpura palpable.
- b) Pústulas.
- c) Abscesos.
- d) Livedo reticular.

→ absceso = acumulación localizada pus + tejido necrótico → generalmente causada x infección bacteriana (que el sistema inmunitario ha encapsulado)

→ vasculitis = necrosis + ulceración (úlceras vasculíticas) ⇒ pero no típicamente cuadro absceso estéril primario.

- paciente con vasculitis desarrolla absceso = complicación secundaria (sobreinfección úlcera/herida) - NO manifestación clínica primaria propia inflamación vascular.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes lesiones considera que no se verían en la piel de un paciente con vasculitis? (evaluación continua)

- a) Equimosis o petequias.
- b) Úlceras de tamaño variable.
- c) Signo de Hertoge.
- d) Lesiones necróticas.

→ vasculitis:

- pequeño tamaño = púrpura palpable + lesiones urticariformes + vesículas hemorrágicas + pústulas + petequias

- mediano tamaño = livedo + púrpura retiforme + nódulos + úlceras + necrosis digital

*signo Hertoge / madurosis ⇒ pérdida cola ceja = característico lepra lepromatosa

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones esperaríamos encontrar en un paciente con una vasculitis sistémica primaria con afectación cutánea? (2022 diciembre)

- a) Púrpura palpable.
- b) Pústulas.
- c) Abscesos.
- d) Livedo reticularis.

*correcta: a

. Ante una sospecha de vasculitis cutánea, ¿qué manifestación clínica le parece la más frecuente? (2019 julio)

- a) Presencia de ampollas hemorrágicas.
- b) Presencia de púrpura palpable.
- c) Presencia de lesiones eritemato-violáceas que desaparecen a la vitropresión.
- d) Presencia de úlceras de fondo necrótico.
- e) Todas las respuestas son válidas.

→ vasculitis - manifestaciones cutáneas = púrpura palpable (lesiones elemental clínica pequeño tamaño)

*correcta: b

. Una de las siguientes afirmaciones es falsa acerca de la vasculitis leucocitoclástica: (2021 diciembre)

- a) Las lesiones suelen tener una distribución simétrica de predominio en extremidades inferiores y zonas declives.
- b) La manifestación clínica más frecuente es la púrpura palpable.
- c) Es forma clínica más frecuente de vasculitis cutánea.
- d) La causa más frecuente de vasculitis leucocitoclástica son las enfermedades del tejido conectivo.

→ vasculitis vaso pequeño = vasculitis leucocitoclástica:

- etiología = idiopáticas > fármacos (betalactámico) > infección (vías Respi altas) > enfermedades tejido conectivo > antígenos tumorales

- clínica = púrpura palpable → st en extremidades inferiores (zonas declives)

- mayoría episodios son cutáneos

*correcta: d

. Ante un paciente con lesiones de púrpura palpable en extremidades inferiores, la rutina diagnóstica conlleva todas las siguientes determinaciones analíticas menos una, señale cuál: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Serología de Lúes.
- b) Crioglobulinas.
- c) Sustancia intercelular concomitante.
- d) ANAs, anti-DNA, ENAs.

→ vasculitis vaso pequeño tamaño → manifestación ppl = púrpura palpable ⇒ dx:

- pacientes clínica cutánea = hemograma + bioquímica (función renal) + análisis orina
- pacientes lesiones crónicas/recurrentes/sistémicas:
 - hemograma + bioquímica (función renal, hepática) + análisis orina
 - serología hepatitis B/C + VIH + ASLO
 - ANA + FR + crioglobulinas

*esto de arriba es de los apuntes de este año pero para que lo sepas la sífilis puede desencadenar vasculitis de complejos inmunes.

*sustancia intercelular = colágeno/elastina en tejido conectivo → se observa en biopsia (NO en análisis sanguíneo)

*correcta:

. Un adolescente de 14 años de edad, que tras una infección de vías aéreas altas y una vez resuelto el cuadro comienza con artralgias, dolor abdominal y posterior aparición en ambas extremidades inferiores y región glútea de lesiones eritematosas palpables, que no desaparecen a la vitropresión. ¿Cuál es su diagnóstico de sospecha principal? (2019 julio)

- a) Psoriasis en gotas.
- b) Pírtiasis rosada de Gibert.
- c) Liqueñ ruber plano.
- d) Púrpura de Schölein-Henoch.
- e) Capilaritis linfocítica.

→ vasculitis vaso pequeño calibre

- origen complejos Ag-Ac = 20% infecciones → infecciones vías aéreas altas
- clínica = púrpura palpable → st en extremidades inferiores
- IgA = Púrpura de Schönlein-Henoch
 - forma (+) frec en niños
 - suele comenzar [after] infección vías respiratorias altas
 - clínica = rash purpúrico + artralgia/artritis + afectación GI (dolor abdominal/sangrado) + glomerulonefritis

*correcta: d

. Un de las siguientes repuestas es falsa respecto al síndrome de Schölein-Henoch: (2017) (206 enero)

- a) Suelen presentar una infección previa de las vías respiratorias.
- b) El reposo en cama beneficia a los pacientes.
- c) No se acompaña frecuentemente de dolores abdominales.
- d) Todas son verdad.
- e) Ninguna es cierta.

*correcta: c

. Cual no se da en la púrpura de Schönlein-Henoch: (2015 julio)

- a) Vasos pequeños.
- b) No necesitan reposo.
- c) Afectación abdominal.
- d) Afectación renal.
- e) Post-estreptococo.

*correcta: b

. La púrpura de Schönlein-Henoch suele cursar con las siguientes alteraciones excepto: (2014 junio)

- a) Artritis.
- b) Lesiones cutáneas purpúricas.
- c) Síntomas neurológicos.
- d) Síntomas gastrointestinales.

e) Nefritis.

→ vasculitis IgA - purpura de Schönlein-Henoch => clínica = rash purpúrico (púrpura palpable) + artralgia/artritis + afectación GI (dolor abdominal / sangrado) + glomerulonefritis.

*correcta: c

*. Mujer de 91 años con antecedentes personales de HTA, insuficiencia cardiaca congestiva y portadora de marcapasos por bloqueo AV. La paciente acudió a Urgencias por un cuadro de pérdida de visión bilateral de 48 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante. A la exploración física presentaba una midriasis asimétrica, arreactiva y bilateral con cambios sugestivos de neuritis óptica isquémica en el fondo de ojo. La analítica realizada en Urgencias mostró una anemia normocítica con hemoglobina (Hb) de 10,7 g/dl y VSG de 88 mm. La tomografía axial computarizada (TAC) cerebral no presentaba alteraciones reseñables. Qué lesiones cutáneas esperaría encontrar en esta paciente. (2020 julio) (evaluación continua)

a) Lesiones nodulares con collarite descamativo en ambas pantorrillas.

b) Lesiones necróticas en cuero cabelludo en región temporal.

c) Lesiones de livedo en extremidades inferiores.

d) Lesiones necróticas en pulpejo de dedos.

→ Mujer anciana + cefalea o pérdida visual + VSG elevada → piensa en arteritis temporal

- Lesión cutánea más típica → necrosis del cuero cabelludo en región temporal.

*no vista en clase este año

*correcta: b

PANICULITIS (Sd nodulares)

. Mujer de 23 años de edad sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por presentar 4 días de evolución de lesiones nodulares, dolorosas, localizadas en región pretibial, de distribución bilateral y simétrica, algunas de las lesiones muestran una tonalidad eritematosa y otras un aspecto más violáceo. Al interrogar a la paciente nos refiere episodio infeccioso de vías aéreas altas 7 días antes del comienzo del cuadro, ¿qué es cierto con respecto al cuadro que presenta la paciente?: (2023 diciembre)

a) Es muy probable que las lesiones se ulceren.

b) Debemos biopsiar una de las lesiones violáceas.

c) Debemos iniciar tratamiento con amoxicilina clavulánico intravenoso.

d) Debemos biopsiar una de las lesiones eritematosas.

→ eritema nodoso - dx = biopsia profunda lesión reciente (lesiones evolucionan de rojo vivo a tonalidad violácea = si queremos biopsia de lesión reciente le hacemos de la roja no de la morada)

*correcta: d

. Una mujer de 37 años sin antecedentes de interés salvo inicio de anticoncepción oral tres meses antes, presenta en piernas unas lesiones palpables, siendo la piel que las cubre levemente eritematosa. Dolorosas y de instauración rápida por lo que acude de forma urgente. ¿Qué sospecharía? (2019 julio)

a) Toxicodermia.

b) Síndrome nodular.

c) Necrosis grasa.

d) Dermatitis artefacto.

e) Ninguno de los procesos anteriores.

→ Paniculitis - eritema nodoso:

- presenciaron típica = erupción aguda nódulos subcutáneos eritematosos aspecto inflamatorio dolorosos bilaterales en región pretibial

- causas = fármacos (ACO)

*correcta: b

. Niña de 8 años de edad sin antecedentes de interés, tras un episodio de amigdalitis con fiebre de 40°C tratada con amoxicilina, cuando estaba recuperándose comienza de nuevo con febrícula acompañada de artralgias y aparición en ambas

piernas de lesiones aisladas, que asientan en tejido celular subcutáneo, dolorosas . ¿Cuál es la probable evolución del proceso (evaluación continua)

- a) Involución espontánea.
- b) Calcificación de las lesiones.
- c) Ulceración de las lesiones.
- d) Tendencia a la cronicación con presencia de brotes recurrentes.

→ lesiones dolores en las piernas post infección vías respiratorias altas = eritema nodoso → resolución espontánea

*correcta: a

. Señalar la dermatitis reactiva ante infección por estreptococos. (2015 julio)

- a) Eritema nodoso.
- b) Liquen plano.
- c) Otra.
- d) Ninguna.
- e) Todas.

→ eritema nodoso - causas:

- idiopático
- infección estreptocócica vías respiratorias altas (individuos jóvenes)
- otras infecciones = tuberculosis + mycoplasma + infecciones víricas
- fármacos = estrógenos + ACO + sulfonamidas + penicilina + bromuros + yoduros
- sarcoidosis
- Chron

*correcta: a

. La lesión elemental más frecuente de eritema nodoso es: (evaluación continua)

- a) Goma.
- b) Nódulo.
- c) Úlcera.
- d) Tubérculo.

→ está no la explicó por razones obvias ("nodoso")

*correcta: b

. Una mujer de 37 años sin antecedentes de interés, salvo inicio de anticoncepción oral tres meses antes, presenta en piernas unas lesiones palpables, siendo la piel que las cubre [...] eritematosa. Dolorosas y de instauración rápida [...] de forma urgente. ¿Qué sospecharías? (2021)

- a) Toxicodermia.
- b) Síndrome nodular.
- c) Necrosis grasa.
- d) Dermatitis artefacta.

→ eritema nodoso = erupción aguda de nódulos subcutáneos eritematosos de localización pretibial bilat

*correcta: b

. Ante un paciente con lesiones nodulares en extremidades inferiores de aparición progresiva y con tendencia a la ulceración, cuál de las siguientes entidades descartaría solo con la exploración física: (evaluación continua)

- a) Paniculitis por déficit de alfa 1 antitripsina.
- b) Eritema nodoso.
- c) Panarteritis nodosa.
- d) Paniculitis pancreática.

→ eritema nodoso - clínica = nódulos bilateral simétricos dolorosos eritematosos NO ulceran/cicatriz

- NO tienen tendencia ulceración

*correcta: b

. Señale qué afirmación es correcta, entre las siguientes, respecto al eritema nodoso: [MIR]

- 1. En la mayoría de los casos se descubre una causa aparente.
- 2. Puede afectar a la cara.
- 3. No es doloroso.

4. Desaparece dejando cicatriz.

*correcta: 2

. ¿Cuál de los siguientes cuadros está representado histológicamente por una paniculitis septal? (2021)

- a) Paniculitis pancreática.
- b) Lupus cutáneo crónico tipo lupus-paniculitis.
- c) Eritema nodoso paratuberculoso.
- d) Lupus tipo Irgeng-Kaposi.

→ Lojo con esta pregunta! yo he leído Paniculitis e histología, pienso en células fantasma y digo la correcta es pancreatitis nodoso, ole mi chirri. Dice paniculiti SEPTAL, la Paniculitis pancreática lobulillar (o septal/lobulillar)

→ Paniculitis - clasificación histológica

- predominio septal = eritema nodoso + Paniculitis x déficit alfa1antitripsina
- predominio lobulillar = Paniculitis pancreática + vasculitis nodular (eritema indurado)

*correcta: b

. En el eritema nodoso, la anatomía patológica se caracteriza por: [MIR]

- 1. Paniculitis lobulillar.
- 2. Acantólisis.
- 3. Paniculitis septal.
- 4. Espongiosis.

*correcta: 3

. Varón de 59 años de edad, diabético y bebedor de 2 litros de vino diarios, acude a urgencias por presentar de dos semanas de evolución, lesiones nodulares algunas de las cuales se han ulcerado drenando un líquido oleoso. En las pruebas complementarias se objetiva una glucemia de 287, GOT: 75 u/l, GPT: 87 u/l GGT 189 u/l y amilasa en suero de: 197 u/l. Cual considera qué es el diagnóstico más probable. (evaluación continua)

- a) Eritema indurado de Bazin.
- b) Paniculitis pancreática.
- c) Forunculosis.
- d) Lipodermatoesclerosis.

→ paniculitis pancreática:

- asociación: pancreatitis aguda/cronica (bebedor)
- liberación enzimas pancreática = lipasa + amilasa + tripsina
- clínica = nódulos: muy dolorosos + tienden ulcerarse + drenan material oleoso + predominio extremidades inferiores

*correcta: b

. Un hombre de 74 años acude a su consulta por presentar síndrome constitucional con pérdida de 5 KG de peso en el último mes, junto con astenia. Refiere que en las últimas tres semanas, además, ha observado la aparición de lesiones rojizas en piernas que en ocasiones drenan material oleoso, asociándose también a dolor abdominal y costal, así como dolor y rubor en tobillos y rodillas. Usted se decide a realizar una biopsia y observa que en el tejido celular subcutáneo aparecen células fantasma. Las manifestaciones clínicas del paciente y este hallazgo de la biopsia cutánea le llevarán a realizar una de las siguientes pruebas para hacer el diagnóstico definitivo: [MIR 2018]

- 1. Endoscopia digestiva: adenocarcinoma gástrico.
- 2. Tc abdominal: cáncer de páncreas.
- 3. TC torácico: sarcoidosis ganglionar (SME de Löfgren).
- 4. Cultivo de los nódulos cutáneo: tuberculosis cutánea (lupus vulgar).

→ lesiones rojizas drenan material oleoso + células fantasma AP = Paniculitis pancreática

*correcta: 2

. Varón de 60 años de edad que acude al hospital por dolor abdominal y presenta múltiples nódulos eritematosos en la parte anterior de ambas piernas. En un informe de anatomía patológica de una biopsia realizada en uno de esos nódulos, unos días antes, se describe una paniculitis sin vasculitis con necrosis grasa extensa. ¿Cuál sería su diagnóstico?: [MIR]

- 1. Eritema nodoso.
- 2. Eritema indurado de Bazin.
- 3. Paniculitis pancreática.
- 4. Paniculitis citofágica.

*correcta: 3

. Ante un paciente diagnosticado de síndrome nodular, ¿cuál de las siguientes pruebas complementarias no es relevante para establecer un diagnóstico? (2019 julio)

- a) Determinación de niveles de amilasa y lipasa.
- b) Radiología de tórax.
- c) Biopsia profunda de una lesión de reciente aparición.
- d) Mantoux.
- e) Anticuerpos antidesmogleína 1 y 3.

→ sd nodulares (paniculitis) = biopsia profunda (incisional) de lesión reciente (nunca evolucionada)

- eritema nodoso - dx = Rx tórax (x sarcoidosis)
- paniculitis pancreática = liberación enzimas pancreáticas (lipasa + amilasa + tripsina)
- paniculitis x déficit alfa-1-antitripsina - dx = determinación niveles A1AT (bajo)
- vasculitis nodular (eritema indurado) = origen tuberculoso (Mycobacterium Tuberculosis) - identificado x PCR lesiones

*correcta: e

. Definición de eritema de Bazin: (2015 julio)

- a) Eritema nodoso por M. TB.
- b) Vasculitis nodular por M. TB.
- c) Otras dos.
- d) Ninguna es correcta.

→ vasculitis nodular x origen tuberculoso = eritema i durado de Bazin

*correcta: b

17. TOXICODERMIAS

. Cuando decimos que una reacción adversa a fármacos es impredecible, nos referimos a que (evaluación continua)

- a) Se trata de una exacerbación de una enfermedad dermatológica preexistente.
- b) Se trata de una reacción inmunológica en la que el fármaco o sus metabolitos inducen una respuesta humoral o celular.
- c) Se trata de un efecto farmacológico adverso del tipo del arresto anágeno por quimioterapia.
- d) Se trata de una alteración metabólica tras la administración continuada de un fármaco.

→ reacción adversa a medicamentos - patogenia - reacciones a fármacos x mecanismos inmunológicos (impredecibles) = fármacos actúan como haptenos que inducen una respuesta específica celular/humoral.

*correcta: b

. Un ejemplo de toxicodermias mediadas por mecanismos no inmunológicos es la/el: (evaluación continua)

- a) Síndrome de Stevens-Johnson (Eritema Multiforme Mayor).
- b) Pénfigo medicamentoso.
- c) Síndrome de Urticaria/Angioedema.
- d) Cambio de coloración en la piel por amiodarona.

→ RAC - patogenia

- mecanismos inmunológicos = I (urticaria/angioedema) + II (pénfigo medicamentoso) + III (vasculitis) + IV (SSJ/NET/DRESS)
- mecanismos NO inmunológicos = toxicidad acumulada (aminoradona = coloración grisácea área facial) → pueden provocar cambio coloración piel

*al leer x segunda vez no me acordaba así que utilizad el ingenio del descarte, sabes que el eritema multiforme relacionado con VHS requiere un mecanismo inmune, la urticaria con sus mastocitos tb y el pénfigo autoinmune. Luego tb te digo si la piel te cambia de color hasta por comer más zanahorias pues por compuestos farmacológicos más.

*correcta: d

. ¿Cual de los siguientes tipos de toxicodermia es más frecuente?. (2020 julio)

- a) Erupciones liquenoides.
- b) Vasculitis.
- c) Erupciones exantemáticas.
- d) Erupciones urticariformes.

→ RAC - exantema medicamentosos = RAC (+) frec

*correcta: c

. Para llegar al diagnóstico, ¿qué pruebas le parecen interesantes? (2019 julio)

- a) Estudio fotobiológico para descartar fotosensibilidad sistémica.
- b) Estudio de alergia de contacto mediante pruebas del parche/ fotoparche.
- c) Estudio de alergia mediante prick-test.
- d) Las respuestas B y C son las verdaderas.
- e) Las respuestas A y B son válidas.

*prick test solo útil para alergias inmediatas I

*correcta: e

. ¿Qué tratamiento aconsejaría en este momento? (2019 julio)

- a) Repetiría pauta aconsejada en servicio de urgencias.
- b) Antihistamínico tópico.
- c) Vaselina estéril.
- d) Corticoide tópico de baja intensidad durante 7 días.
- e) Ninguna de las respuestas es válida.

*correcta: d

. En su historia clínica, ¿qué dato no es orientador, en este caso, para un diagnóstico? (2019 julio)

- a) Aplicación de productos tópicos en la cara.
- b) Ingesta previa o no de antibiótico.
- c) Antecedentes de problema similar ante exposición solar.
- d) Coexistencia con asma alérgica por ácaros.
- e) Posibilidad de contacto con plantas.

→ asma no relación con fototoxicidad

*correcta: d

FOTOSENSIBILIDAD

-quemadura 1er/2º grado

-reacciones alérgica =

parapso + trianguko debajo mentón + detrás alergias = NO afectadas → sol influyendo

-fármacos fotosensibilizantes = diapo nueva →

. Una mujer de 36 años de edad, tratada por acné rosácea con doxicilina oral y filtro de protección solar, acude de forma preferente por erupción eritematosa y descamativa, edema moderado y en cara, dorso de manos y antebrazos, de inicio 72 horas antes, tras haber realizado una excursión al campo el pasado mes de mayo. Tratada con corticoide + Polaramine IV en PAC hace 49 horas. El diagnóstico más probable es: (2019 julio)

a) Erupción polimorfa lumínica.

b) Urticaria solar.

c) Alergia al sol.

d) Reacción fototóxica.

e) Reacción fotoalérgica.

→ fotosensibilidad - fototoxicidad:

- fármaco fototóxico + exposición UV

- clínica = zonas ha dado sol (fotoexpuestas) + aspecto quemadura solar exagerada (descamativa)

- etiología - fármacos = doxicilina (tetraciclina-ATB) => frec x uso acné (suspender tto en verano)

→ fotoalergia = 1-3 días post exposición + afectación en áreas expuestas + cuadro eccematosa (no tipo quemadura)

*correcta: c

EXANTEMA FIJO MEDICAMENTOSO

-aparece 1/2sem postfarmaco

-tarda dx = paciente Duce "cuando tomé x siempre me sale una mancha ya je ore en el mismo sitio"

-placa eritemato-vilodea = cuando se aparece deja mancha

-localizaciones = área genital, cara, manos y labios

-lesiones diseminadas con ampollas → com0coa dx (DD)

Reacciones cutáneas adversas (+) grave

1. PUSTULOSIS AGUDA GENERALIZADA EXANTEMÁTICA (PAGE)

-plogues (mamarios, axilares)

-leucocitosis + neutrofilia

-fiebre + exantema pustulosos (eritema generalizado pustuloso)

-DD = psoriasis buzumku (no lo he entendido)

-fármacos responsables = ATB (>)

-cuadros desencadenados x virus st en niños como parvovirus (tb CMV + VEB)

-paciente necesita ingreso hospitalario x mal estado general

-tto = retirar fármaco + baños + corticoides vía sistémica

*pústulas asépticas

. Paciente de 45 años de edad a tratamiento desde hace 5 días con ciprofloxacino por una infección urinaria comienza de forma brusca con fiebre de 38 °C, malestar general y lesiones eritematosas en ingles y axilas sobre las cuales se observan pequeñas lesiones de contenido purulento. El diagnóstico más probable es: (2021)

a) Eritema exudativo multiforme.

b) Sobreinfección por Candida albicans.

c) Pustulosis exantemática aguda generalizada.

d) Psoriasis invertida pustulosa.

→ pustulosis aguda generalizada exantemática (PAGE)

- aparición post3-5d ATB

- fiebre alta + lesiones eritemato-edematosas faciales + exantema grandes pliegues se cubre de pústulas asépticas

*correcta: c

2. ERITEMA Medicamentoso CON EOSINOFILIA Y SÍNTOMAS SISTÉMICOS = DRESS

-importante investigar desde hace tiempo fármaco produce cuadro sintomático

-pueden hacer brotes que suben transaminasas

-mucha reactivación de virus de la familia del herpes

-anticonvulsivantes + allopurinol (frecuentes) -> tb pantoprazol entre otros

-Max estado general + fiebre + exantema mácula-papulosos de pequeños elementos que suelen confluir + suele tener afectación con eritema y edema en área facial (muy característico)

-con mucha frecuencia acaban produciendo eritrodermia

-alt lab (característica) = leucocitosis con eosinofilia (típico) + elevación transaminasas (ALT) + linfocitos atípicos

-afectación cutánea + daños análisis+ afectación hepática -> tb afectación pulmonar + desarrollo hipotiroidismo (trás resolución caso)

-erupción cutánea + fiebre + afectación facial + adenopatías + lab: eosinofilia + linfocitos atípicos + elevación trans

-tto = eliminar fármaco + ingreso + medidas soporte + cuidado piel (baños calientes asépticos) + corticoides sistémicos (con escenas lento para evitar rebrotes) -> sino corticoides = ciclosporina

. Varón de 58 años de edad que inicia tratamiento con alopurinol. Tres semanas más tarde comienza con edema facial, fiebre y rash maculoso generalizado, acompañado de poliadenopatías. En la analítica destaca GPT 168 U/L, GOT 210 U/L y eosinofilia de 1300microL. Es muy probable que presenta un cuadro clínico de: (evaluación continua)

a) Infección por Parvovirus B19.

b) Reacción anafiláctica.

c) Síndrome de DRESS.

d) Pustulosis Aguda Exantemática Generalizada.

-> exantema medicamentoso con eosinofilia y síntomas sistémicos (DRESS)

- latencia prolongada = 2-8sem

- agente causal = allopurinol (+ antiepilépticos)

- síntomas = erupción cutánea >50% (eritema -> eritrodermia) + característico acompañe eritema-edema facial + linfadenopatías

- anomalías lab = leucocitosis eosinofílica + linfocitosis atípica + (+)ALT/GPT (>50)

- ¿cuando sospechar DRESS?

- erupción cutánea rápido desarrollo

- fiebre

- adenopatías

- alt analítica = eosinofilia + linfocitos atípicos + elevación transas

*correcta: c

. La presencia de fiebre, eritema y afectación de órganos internos que se produce de 2 a 4 semanas después de una medicación de minociclina o fenitoína son propios de un síndrome denominado: (2019 julio)

a) Lupus inducido por fármacos.

b) Reacción tipo enfermedad del suero.

c) Eritema elevatum diutinum.

d) Síndrome de hipersensibilidad.

e) Síndrome de mialgia/eosinofilia.

-> DRESS:

- reacción hipersensibilidad

- latencia prolongada = 2-8sem

- agente causal = fenitoína

- síntomas = erupción cutánea + fiebre + afectación multisistémica

*correcta: d

. Paciente de 43 años de edad a tratamiento con estatinas por dislipemia desde hace 4 años, 6 semanas antes de la consulta se le ha pautado lamotrigina tras una crisis comicial. Acude a urgencias por presentar de una semana de evolución, fiebre, malestar general y lesiones cutáneas máculo-papulosas, eritematosas, que afectan a área facial, tronco y extremidades, respetando mucosas, en la analítica se objetiva una GOT 234 UI/L, GGT 328 UI/L, 19.230 leucocitos en sangre

periférica con 18% de eosinófilo. En la exploración física general se palpan adenopatías submandibulares, axilares e inguinales. ¿Cuál es la actitud clínica a adoptar en primer lugar?: (2023 diciembre)

- a) Debemos iniciar tratamiento con antibioticoterapia sistémica y reposición de líquidos.
- b) Es importante solicitar un frotis de sangre periférica para descartar proceso hematológico.
- c) La retirada de lamotrigina es el primer paso a seguir en esta paciente.
- d) Debemos realizar una biopsia de una adenopatía.

→ fiebre + maculas eritematosas + adenopatías + AS: leucocitosis eosinofílica y ALT/GPT>50 = DRESS

→ Sd DRESS - tto:

- retirada fármaco + ingreso
- medidas soporte
- corticoides sistémicos 1º → 2º ciclosporina

*correcta: c

3. SD STEVENS JONSHON (SSJ) = NECROLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA

-Son lo mismo

-aprender porcentajes

-inicio = 7-20d

-piel duele mucho

-inicio = lesiones erosivas en mucosas

-signo nikolsky = positivo → Tura do de la piel en? y se despeg

-analítica = anemia + alteraciones hidroelectrolíticas + elevación transaminasas (menores que en DrESS)

-pacient como gran quemadero = barrera

-pacientes tratados en UCI

-pacientes que estaban A tto con petrolizumab

-tto = retirada fármaco + gran quemado (cuidado dermatológicos)

. El síndrome de Stevens-Johnson: (2020 julio)

- a) Nunca afecta a las mucosas.
- b) Se considera una forma clínica de pénfigo.
- c) Es una forma grave de eritema multiforme.
- d) Todas son ciertas.

→ sd Stevens-Jonshon (SSJ) + necrolisis epidérmica tóxica (NET)

- reacción cutánea adversa (+) grave
- afectación mucosa muy frec
- comparte con pénfigo el despegamiento epidérmica (nikolsky positivo)

*correcta: c

. Varón de 67 años de edad, jubilado, diagnosticado de HTA y estreñimiento crónico, hace una semana tras empeoramiento de su estreñimiento comienza con un laxante que no había tomado anteriormente. Acude al Servicio de Dermatología un erupción generalizada, acompañada de erosiones en mucosa oral y despegamiento epidérmico que afecta a más del 30% de la superficie corporal, acompañado de malestar general, fiebre y postración. El diagnóstico inicial es: (evaluación continua)

- a) Eritema exudativo multiforme Mayor.
- b) Síndrome de Stevens-Johnson.
- c) Síndrome de DRESS.
- d) Necrolisis epidérmica tóxica.

→ NET:

- >30% superficie corporal afectada x desprendimiento epidérmico
- síntomas = malestar general + fiebre + erosiones mucosa oral + despegamiento epidérmico (nikolsky positivo)

*correcta: d

. Respecto al síndrome de Stevens-Johnson es verdad: (2014 junio)

- a) Afectación de mucosas es constante.
- b) Es de carácter crónico.
- c) Afecta exclusivamente al sexo masculino.
- d) Alteración histológica característica es la acantolisis.
- e) Lesiones cutáneas son raras.

*correcta: a

. Ante un paciente con un exantema máculo-papuloso de origen medicamentoso cuál de los siguientes signos clínicos no constituye un criterio de alarma: (2023 diciembre)

- a) Eritema y edema facial.
- b) Lesiones erosivas en cavidad oral.
- c) Despegamiento epidérmico a la tracción lateral sobre piel sana perilesional.
- d) Lesiones eritematosas confluyentes en flancos.

→ exantema medicamentoso = afectación facial + lesiones edematosas → signo mal pronóstico + gravedad

→ SSJ → NET = forma (+) grave

- erosiones dolorosas mucosa oral

- nikolsky (+) = tracción lateral piel despeg epidermis

*correcta: d

Caso clínico 2022 diciembre

. Varón de 61 años fumador de 20 cigarrillos diarios desde los 20 años, a tratamiento con Pembrolizumab por un cáncer de pulmón, los remiten al Servicio de Dermatología desde Oncología porque el paciente presenta lesiones cutáneas que han aparecido tras el tercer ciclo de tratamiento. Se inician con dolor ocular, molestias al orinar y erosiones dolorosas en cavidad oral, se acompañan de lesiones maculo-papulosis eritematosas y fiebre. Con estos datos pensaría en: (2022 diciembre)

- a) Infección urinaria con bacteriemia en paciente inmunodeprimido.
- b) Infección diseminada por herpes virus.
- c) Reacción cutánea adversa a fármacos.
- d) Pénfigo.

*correcta: c

. En las siguientes 48h el paciente desarrolla áreas denudadas que afectan al 20% de la superficie corporal, acompañado de sensación de dolor en la piel, la tracción lateral de la piel sana provoca despegamiento cutáneo. Nos encontramos ante: (2022 diciembre)

- a) Un eritema exudativo multiforme mayor.
- b) Una necrólisis epidérmica tóxica.
- c) Un síndrome de Stevens Johnson.
- d) Un síndrome overlap.

→ SSJ/NET = erosiones dolorosas mucosa oral + nikolsky (+)

- 20-30% superficie corporal afectada = indeterminado / superposición

*correcta: d

. ¿De las siguientes aseveraciones con respecto al caso clínico planteado cuál no es cierta? (2022 diciembre)

- a) La supresión del fármaco es la medida terapéutica más eficaz en estos pacientes.
- b) La biopsia cutánea mostrara una ampolla subepidérmica.
- c) Adoptar medidas de protección de la barrera cutánea es imprescindible para el manejo de estos pacientes.
- d) La presencia de una neoplasia subyacente es un factor de mal pronóstico.

→ nikolsky (+) = ampolla epidermis

*correcta: b

. El síndrome de Stevens-Johnson es una forma grave de: [MIR]

- 1. Psoriasis.
- 2. Lupus eritematoso.
- 3. Toxicodermia
- 4. Eritema crónico migratorio.

*correcta: 3

. Hombre de 60 años en tratamiento con carbamazepina por padecer epilepsia y que presenta fiebre (38,8°C), odinofagia, conjuntivitis, lesiones cutáneas parduzcas extendidas en una gran parte de la superficie corporal, de aspecto similar a una diana y que se acompañan de desprendimiento epidérmico (superior al 30%) al menor roce. Es muy probable que esté presentando un cuadro clínico de: [MIR]

- 1. Urticaria aguda de causa farmacológica.

2. Eritema exudativo menor secundario a fármacos.
3. Síndrome de Stevens-Johnson farmacológico.
4. Necrosis tóxica epidérmica.

*correcta: 4

ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME

- lesiones morfológica diana = lesiones típicas tp diana (herpes iris de D)
- localización = Doris manis
- menor = secundario a VHS I recidivante + lesiones diana + no mucosa + no recidivante
- mayoría = lesiones mucosa + síntomas sistémicos (puede necesitar ingreso)

. La patogenia más frecuente et con respecto al Eritema Exudativo Multiforme Minos (también llamados de Von Hebra): (2024 diciembre)

- a) Infección por virus del Orf.
- b) Infección por virus Herpes Simple.
- c) Administración de fármacos.
- d) Faringitis estreptocócica.

→ madre mía está enfermedad tiene más nombres que apellidos un vasco

→ eritema Exudativo multiforme Menor = reacción cutánea - desencadenante (+frec) VHS

*correcta: b

. Una erupción de lesiones en herpes iris se asocia generalmente con una infección por: (2017)

- a) Virus Varicela Zoster.
- b) Virus Herpes Simple.
- c) Citomegalovirus.
- d) Virus Herpes tipo 8.
- e) Virus de Epstein-Barr.

*correcta: b

. El eritema polimorfo, también llamado eritema exudativo multiforme, es un cuadro reactivo cutáneo que puede verse en el curso de algunas viriasis. Indique la respuesta que sugiere este diagnóstico: (2024 diciembre)

- a) Lesiones blanquecinas lineales en forma de red de localización en mucosas.
- b) Máculas eritematosas y pigmentadas de disposición irregular localizadas en tronco.
- c) Lesiones eritemato-escamosas de localización en grandes pliegues.
- d) Máculas redondeadas eritemato-violáceas, que presentan vesiculación central y aspecto de anillos concéntricos blanquecinos unos y eritematosos otros, en forma de dona.



*correcta: d

. La patogenia más frecuente con respecto al Eritema Exudativo Multiforme Minos (también llamado Von Hebra) es: (2024 diciembre)

- a) Infección por virus Orf.
- b) Infección por virus Herpes simple.
- c) Administración de fármacos.
- d) Faringitis estreptocócica.

*correcta: b

. Indique la respuesta que mejor define la lesión elemental clínica de un eritema polimorfo, también llamado eritema exudativo multiforme o herpes iris de Bateman: (evaluación continua)

- a) Lesiones eritematosas urticariformes elevadas y simétricas, localizadas en tronco y raíz de miembros que se extienden centrífugamente y tienden a curar por su centro, adoptando morfologías anulares, arciformes o policíclicas.
- b) Pápulas eritematosas y violáceas, agrupadas, de superficie lisa con el centro deprimido y ligeramente descamativo localizadas en pliegues.
- c) Máculas hiperpigmentadas de color gris ceniza, localizadas principalmente en el tronco y a menudo dispuestas en forma lineal siguiendo las líneas de tensión de la piel.
- d) Lesiones simétricas en dorso y palmas de las manos, papulosas redondeadas, con centro purpúrico-hemorrágico, a veces vesiculoso, rodeado de dos anillos concéntricos uno intermedio de aspecto cianótico y otro en el borde rojo brillante.

→ eritema educativo multiforme:

- comienza como pápula eritematosa redondeada = lesión en diana
- lesión en diana = zonas concéntricas de diferentes colores = zona central oscura/purpúrica + zona exterior roja → a veces desarrollan aros concéntrico de diferentes tonalidades (herpes iris de Bateman)

*correcta: d

*. Entre los rasgos histológicos esenciales del eritema polimorfo mayor figura: (2023 diciembre) (2022 diciembre) (2021)

- a) La ausencia de capa córnea.
- b) La orto y disqueratosis.
- c) El edema intercelular en los estratos malpighianos altos.
- d) Los queratinocitos necróticos en la capa basal.

*correcta: d

. Ante un paciente con una Reacción Adversa Cutánea a Fármacos, cuál de las siguientes aseveraciones es falsa: (2024 diciembre) (2021)

- a) La retirada precoz del fármaco implicado mejora la morbilidad del cuadro.
- b) La presencia de edema facial no es un signo de mal pronóstico.
- c) Determinados genotipos de HLA predisponen a alguna reacción adversa cutánea grave.
- d) Los pacientes con Necrosis Epidérmica Tóxica requieren manejo en UCI.

→ RAC

- exantemas medicamentoso = afectación facial + edema → signo mal pronóstico + gravedad
- SSJ/NET = implicados genotipos HLA → NET + sd overlap [need] UCI

*correcta: b

. Ante un paciente con una Reacción Adversa Cutánea a Fármacos cuál de las siguientes aseveraciones es falsa: (2022 diciembre)

- a) La retirada precoz de fármaco implicado mejora la morbilidad del cuadro
- b) La presencia de edema facial no es un factor de mal pronóstico.
- c) Determinado genotipo de HLA predisponen a algunas reacciones adversas cutáneas graves.
- d) Los pacientes con NET requieren manejo quirúrgico.

*correcta: b

. Ante un paciente con una Reacción Adversa Cutánea a Fármacos cuál de las siguientes aseveraciones no es cierta (evaluación continua)

- a) La retirada precoz de fármaco implicado mejora la morbilidad del cuadro.
- b) La presencia de edema facial no es un dato de mal pronóstico.
- c) Los pacientes con Necrosis Epidérmica Tóxica requieren manejo en UCI.
- d) Determinado genotipos de HLA predisponen a algunas reacciones adversas cutáneas graves.

→ NET

- se han implicado ciertos genotipos específicos HLA
- tto = ingreso quemados/UCI + retirada fármaco responsable lo (+) precoz (unció ha demostrado mejorar supervivencia)
- RAC - dx = signos alarma → edema facial

*correcta: b

18. MANIFESTACIONES CUTÁNEAS EN ENFERMEDADES METABÓLICAS, ENDOCRINAS Y PORFIRIAS

ACANTOSIS NIGRICANS

. Una mujer grávida de 20 semanas, obesa, fototipo III, es remitida para valoración por presentar hiperpigmentación melánica en grandes pliegues, con exageración líneas habituales de la piel y superficie aterciopelada a la palpación. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2021) (2019 julio)

- a) Lique pigmentoso.
- b) Urticaria pigmentosa.
- c) Dermatitis de contacto.
- d) Pseudoacantosis nigricans.
- e) Acanthosis nigricans.

→ acanthosis nigricans:

- placas cutáneas simétrica = color oscuro + parduzcas + superficie vellosa/verrucosa
- localización preferente = pliegues axilares + inguinales + nuca → bilateralidad
- marcador endocrinopatías (diabetes insulinoresistente + obesidad + sd metabólico)

*correcta: e

*. La presencia de una hiperpigmentación pardusca. Adquirida, de aspecto aterciopelado en los grandes pliegues, no se asocia de forma habitual con: (2016 enero)

- a) Diabetes.
- b) Síndrome eosinofílico.
- c) S. Cushing.
- d) Adenocarcinoma gástrico.
- e) Cualquiera de los anteriores.

→ Acanthosis nigricans = marcador endocrino → DM + sd Cushing + ...

*correcta: b

. Un paciente varón de 45 años, de profesión camionero, que está siendo estudiado en medicina interna por astenia, remitido para valoración de lesiones de aspecto oscuro en grandes pliegues y cuello, muy sugestivas de acanthosis nigricans. ¿Cuál de los siguientes pasos realizaría en primer lugar un dermatólogo? (2021)

- a) Realización de una biopsia diagnóstica.
- b) Comprobar los niveles de glucosa en sangre.
- c) Explorar las mucosas accesibles a la vista.
- d) Comprobar la sensibilidad térmica.

*. Un paciente de 32 años, obeso, con probable síndrome metabólico, remitido para valoración de lesiones de aspecto oscuro en grandes pliegues y cuello, con exageración de las líneas habituales de la piel y superficie de aspecto aterciopelado como podemos ver en la imagen. ¿Cuál de los siguientes pasos sería el primero a realizar? (evaluación continua)

- a) Calcular el índice de masa corporal del sujeto.
- b) Explorar las mucosas accesibles a la vista.
- c) Estudio del metabolismo lipídico.
- d) Realización de una biopsia diagnóstica.

→ Acanthosis nigricans = forma: metabólica + paraneoplásico → inspección mucosas para diferenciarlas (si están afectadas sería indicativo cuadro paraneoplásico)

*correcta: b

. La presencia de una pigmentación parduzca en los grandes pliegues (cuello, axilas, ingles) con hiperqueratosis, plegamiento y engrosamiento aterciopelado de la piel, se denomina: [MIR]

- 1. Tinea nigra.
- 2. Ictiosis simple.
- 3. Acanthosis nigricans.
- 4. Acroqueratoelastoidosis.

*correcta: 3

NECROBIOSIS LIPOÍDICA

. De las siguientes dermatosis, ¿cuál de ellas hace necesario descartar una diabetes mellitus? (evaluación continua)

- a) Porfiria.
- b) Necrobiosis lipoidica.
- c) Angiodermatitis necrótica de la pierna.
- d) Pseudoesclerodermia.
- e) Psoriasis.

→ necrobiosis lipoidica = 5% pacientes afectados DM

- asociada muy típicamente a DM = ante una necrobiosis lipoidica siempre debemos pensar en DM

*correcta: b

. Paciente varón obeso de 73 años de edad, que acude a consulta para tto de una lesión queratósica a punto de ulcerarse, en un punto de apoyo de 5º metatarsiano de pie derecho. La exploración muestra entre otros signos tróficos, lesiones maculosas, de límites netos, que simulan traumatismos en región anterior de ambas piernas. ¿qué proceso muy común ha de descartar? (2016 enero)

- a) Diabetes.
- b) Infección por papiloma-virus.
- c) Déficit de vitamina D.
- d) Síndromes tabéticos.
- e) Sífilis.

→ necrobiosis lipoidica

- papulas-placas bien delimitadas + eritemato-amarillentas + telangiectasias

- localización preferente = cara anterior piernas bilateral

→ pie diabético = úlceras cutáneas en puntos apoyo → mal perforante plantar

*correcta: a

. La necrobiosis lipoidica se asocia preferentemente con: [MIR]

- 1. Micosis fungoide.
- 2. Diabetes mellitus.
- 3. Necrosis epidérmica tóxica.
- 4. Xantomatosis.

*correcta: 2

. La necrobiosis lipoidica es una dermatopatía característica, pero no exclusiva de: [MIR]

- 1. La carotinemia.
- 2. Hipercolesterinemia.
- 3. Fenilcetonuria.
- 4. La diabetes.

*correcta: 4

. La localización más común de las lesiones de necrobiosis lipoidica es: [MIR]

- 1. Cuero cabelludo.
- 2. Región dorso-lumbar.
- 3. Superficie anterior de la pierna.
- 4. Palmas y plantas.

*correcta: 3

BULLOSIS DIABETICORUM

.

PIE DIABÉTICO

. Paciente varón obeso de 73 años de edad, que acude a consulta para tto de una lesión queratósica a punto de ulcerarse, en un punto de apoyo de 5º metatarsiano de pie derecho. La exploración muestra entre otros signos tróficos, lesiones

maculosas, de límites netos, que simulan taumatismos en región anterior de ambas piernas, ¿qué proceso muy común ha de descartar? (2016 enero)

- a) Diabetes.
- b) Infección por papiloma-virus.
- c) Déficit de vitamina D.
- d) Síndromes tabéticos.
- e) Sífilis.

→ Pie diabético

- microangiopatía diabética = neuropatía periférica sensitiva x afectación "vasos nervorum" → úlceras cutáneas en puntos apoyo = mal perforante plantar

*correcta: a

ESCLERODERMIA

-hombres edad media = piel no se puede pellizcar espalda alta

XANTOMAS

. Un varón de 61 años, diabético ID, es remitido para el estudio de una erupción brusca de elementos papulosos, palpables, amarillo-anaranjados, asintomáticos, en nalgas y zonas de extensión de extremidades. ¿Cuál sería el diagnóstico correcto?: (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Granuloma anular diseminado.
- b) Necrobiosis lipóidica.
- c) Foliculitis.
- d) Xantomas eruptivos.

→ xantomas eruptivos

- papulas rojoamarillentas

- aparición brusca

- dolorosas + pruriginosas

- localización preferente = nalgas + caras extensoras extremidades

- asocia = dislipemias con hiperquilomicronemia (DM, alcohol, estrógenos, efectos genéticos)

*correcta: d

. Un varón de 61 años, diabético ID, es remitido para el estudio de una erupción de elementos papulosos, palpables, amarillo-anaranjados, asintomáticos, en nalgas y zonas de extensión de extremidades. ¿Cuál sería el diagnóstico correcto? (2019 julio)

- a) Foliculitis.
- b) Reacción por picadura de artrópodo.
- c) Xantoma eruptivo.
- d) Gota.
- e) Mastocitosis.

*correcta: c

GRANULOMAS ANULAR

. Señale en las siguientes dermatosis, cuál no suele ser pruriginosa: (2017 enero)

- a) Dermatitis seborreica.
- b) Dermatitis herpetiforme.
- c) Granuloma anular.
- d) Liquen plano.
- e) Penfigoide ampolloso.

→ granuloma anular = papulas asintomáticas

*correcta: c

. Varón de 35 años que consulta por lesiones papulosas de disposición arciforme, asintomáticas en el dorso de mano. Se le informa de que es un proceso benigno. La biopsia cutánea pone de manifiesto, entre otros signos, necrobiosis del colágeno. El diagnóstico más probable es: (2021) (2019 julio)

- a) Liquen plano.
- b) Xantoma tuberoso.
- c) Sarcoidosis.
- d) Granuloma anular.
- e) Todas las respuestas son falsas.

→ granuloma anular

- pápulas (color piel/rojizas/eritematosas) - disponen en círculos/anillos incompletos
- asintomáticas
- forma localizada (niños/adultos jóvenes) = superficies extensoras articulaciones → dedos pies + mano
- AP = reacción granulomatosa en torno haces colágeno degenerados en la dermis

*correcta: d

→ ENFERMEDADES CARENCIALES

PELAGRA

. Una mujer de 56 años, alcohólica, acude por eritema en cara y cuello de unos meses de evolución, que en los últimos días, coincidiendo con inicio del verano se extiende a antebrazos y dorso de manos con aparición de ampollas. En las últimas 48 horas se encuentra cansada, irritable y refiere cuadro diarreico. ¿cuál es su primera sospecha diagnóstica? (evaluación continua)

- a) Porfiria cutánea tarda.
- b) Escorbuto.
- c) Déficit de oligoelectrolitos.
- d) Déficit de ácido nicotínico.

→ pelagra = déficit B3 (niacina = ácido nicotínico)

- factores predisponentes = alcoholismo
- clínica = dermatosis + demencia + diarrea
- dermatosis foto distribuida = manos + antebrazos + escote ("collar de Casal" → placas eritematosas + edematosas + bien delimitadas + simétricas ("simulando quemadura solar"))

*puede haber lesión de contenido líquido (ampolla) = no es lo más común (pregunta que hice en clase)

Yo leo esto con el tiempo y digo joder que bien lo hago cuando quiero, luego se me olvidan las llaves dentro de casa.

*correcta: d

. El llamado "collar de Casal" es una manifestación común de: (2023 diciembre)

- a) Un déficit de ácido nicotínico.
- b) Una morfea en banda.
- c) Una porfiria hepatocutánea tarda.
- d) Protoporfiria eritropoyética.

→ pelagra (déficit ácido nicotínico = B3) - dermatosis:

- fotodistribuida = lesiones características escote → collar casal
- afectación mucosas

*correcta: a

ESCORBUTO

-lesiones perifoliculares = hiperqueratosis + púrpura perifolicular → extremidades

ACRODERMATITIS ENTEROPÁTICA

-paciente tipo = lactante deja pecho debuta con lesiones al dejar el pecho y transicionar a alimentación mixta, aparece con lesiones periorificiales

. Un paciente presenta diarrea, alopecia y una erupción eritemato descamativa, periorificial mientras recibe nutrición parenteral. La biopsia muestra entre otros datos, una hiperplasia psoriasiforme. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de esta erupción? (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Déficit de vitamina A.
- b) Déficit de tocoferol.
- c) Déficit de biotina.
- d) Déficit de zinc.

→ acrodermatitis enteropática

- enfermedad debuta al abandonar lactancia materna
- manifestaciones clínicas = dermatosis periorificial (erupción vesícula-a pollos a sobre piel eritematosa) + alopecia difusa-progresiva + diarrea
- hipocinquemia (+)prevalente
- (-) absorción intestinal congénita x déficit proteína transportadora en mucosa intestinal

*correcta: d

. Un paciente presenta diarrea, alopecia y una erupción periorificial mientras recibe nutrición parenteral. La biopsia muestra entre otros datos, una hiperplasia psoriasiforme. ¿Cuál de las siguientes es la causa más probable de esta erupción? (2019 julio)

- a) Déficit de vitamina A.
- b) Déficit de tocoferol.
- c) Déficit de zinc.
- d) Toxicidad por plomo.
- e) Déficit de biotina.

*correcta: c

. Varón de 20 años de edad, vegano, con cuadro de fotosensibilidad, gingivitis hemorrágica y queilitis angular. Si sospecha algún tipo de carencia nutricional, ¿qué estudios séricos le parecen interesantes? (2016 enero)

- a) Determinación de ácido ascórbico.
- b) Determinación de ácido nítrico.
- c) Determinación de zinc.
- d) Todas las respuestas son ciertas.
- e) Las respuestas a y b son falsas.

→ enfermedades carenciales:

- déficit ácido nítrico (B3) = PELAGRA => fotosensibilidad
- déficit ácido ascórbico (C) = ESCORBUTO => gingivitis hemorrágica
- déficit zinc = ACRODERMATITIS ENTEROPÁTICA => queilitis angular

*correcta: d

. Uno de los siguientes procesos es debido a una alteración metabólica del zinc. Señálelo: [MIR]

- 1. Acrodermatitis enteropática.
- 2. Dermatitis herpetiforme.
- 3. Amiloidosis.
- 4. Necrobiosis lipóidica.

*correcta: 1

PORFIRIAS

-deficiencias enzimáticas = error síntesis grupo hemo

. ¿Qué déficit enzimático está implicado en la porfiria cutánea tarda? (2019 julio)

- a) Uroporfirinógeno III sintetasa.
- b) Uroporfirinógeno decarboxilasa.
- c) Porfobilinógeno desaminasa.
- d) Ferroquelatasa.
- e) ALA deshidratasa.

→ porfiria hepatocutánea tarda = déficit Uroporfirinógeno-decarboxilasa hepática - influenciada x alteraciones metabolismo hierro

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes considera que es el factor desencadenante más frecuente de porfiria hepatocutánea tarda espontánea? (2022 diciembre)

- a) El alcohol.
- b) Los estrógenos.
- c) La dieta pobre en aporte proteico.
- d) El virus de la hepatitis C

. ¿Cuál de las siguientes considera que es el factor desencadenante más frecuente de porfiria hepatocutánea tarda esporádica? (2024 diciembre) (2021)

- a) La ingesta habitual del equivalente a ,as de un litro de vino/día.
- b) Dieta deficiente o competitivas ricas en leucine (maíz, sorgo)
- c) La dieta pobre en aporte proteico.
- d) Dietas deficientes en niacina.

→ porfiria - hepatocutánea tarda → factores predisponentes hepáticos:

- alcoholismo crónico
- VHC / VIH
- estrógenos
- hemocromatosis

*has podido pensar en dieta deficiente proteínas al ser un problema deficiente de enzima síntesis grupo hemo pero al final de cuentas el déficit enzimático es por un problema metabólico

*varón bebedor + fragilidad cutánea dorso manos + ampollas y erosiones + hipertrichosis malar + quiste milium (pésqueros quistes blancos) en cicatrices manos = porfiria cutánea tarda

*correcta: a

. Se considera enfermedad foto-agravada obligatoria: (2016 enero)

- a) Protoporfiria eritropoyética.
- b) Lupus vulgar.
- c) Porfiria aguda intermitente.
- d) Deficiencia de ácido ascórbico.
- e) Todas las respuestas son falsas.

→ porfirias = deficiencia actividad enzimas síntesis grupo hemo

- depósito porfirinas en piel = fotosensibilidad

*correcta: a

. La hipertrichosis adquirida de la cara, especialmente notoria a nivel de los pómulos y cola de la ceja, junta con ampollas en el dorso de la mano es una manifestación frecuente de: (2023 diciembre)

- a) Diabetes.
- b) Melasma inducido por anticonceptivos.
- c) Lepra leprotomatosa tratada.
- d) Porfiria cutánea tarda.

→ porfiria hepatocutánea tarda - clínica:

- lesiones localizadas en zonas fotoexpuestas (fotosensibilidad) = dorso manos + cara + cuero cabelludo
- ampollas serosas tensas y hemorrágicas
- fascies características = hipertrichosis malar

*correcta: d

. La porfiria cutánea tarda se puede manifestar todo lo siguiente, excepto: (2024 diciembre)

- a) Fragilidad cutánea en áreas fotoexpuestas.
- b) Alopecia en la región del vertex.
- c) Hipertrichosis de la cola de la ceja.
- d) Poiquilodermia y quistes de milium.

→ fragilidad cutánea dorso manos + ampollas y erosiones + hipertrichosis malar + quiste milium (pésqueros quistes blancos) en cicatrices manos = porfiria cutánea tarda

*correcta: b

. Ante una reacción cutánea de inicio al comienzo del verano con lesiones de contenido líquido en zonas no protegidas por la ropa, en paciente varón de 40 años y profesión albañil, diagnosticado de etilismo crónico, ¿qué descartarías en primer lugar? (2016 enero)

- a) Dermatitis de contacto de tipo profesional.
- b) Penfigoide cicatricial.
- c) Porfiria cutánea tardía en actividad.
- d) Las respuestas b y c son verdaderas.
- e) Las respuestas a y b son ciertas.

→ porfiria hepatocutánea tarda

- predominio = hombre mediana edad (40-50a)
- factores predisponentes hepáticos = alcoholismo crónico + VHC/MH + estrógenos + hemocromatosis
- manifestaciones clínicas = lesiones localizadas zonas fotoexpuestas → ampollas tensas + serosas + hemorrágicas

*correcta: c

. El tratamiento mediante flebotomías secuenciales está indicado en: (2019 julio)

- a) Dermatosis que cursan con fotosensibilidad.
- b) Ante la presencia de pacientes con esta clínica (dermatosis que cursan con fotosensibilidad) y tasa de protoporfirinas elevadas en sangre.
- c) Si un paciente presenta porfiria cutánea tarda en actividad.
- d) Las respuestas A y B son ciertas.
- e) Las respuestas B y C son válidas.

→ porfiria hematocutánea tarda:

- uroporfirinas acumuladas en piel
- manifestaciones clínicas = fotosensibilidad → lesiones localizadas en zonas fotoexpuestas
- tto = evitar factores desencadenantes + fotoprotección + flebotomías/quelantes hierro + cloroquina oral

*correcta: e

. La reducción de la actividad hepática de la uroporfirinógeno-decarboxilasa se produce en la: [MIR]

- 1. Porfiria eritropoyética congénita.
- 2. Porfiria aguda intermitente.
- 3. Porfiria variegata.
- 4. Porfiria cutánea tarda.

*correcta: 4

. Adulto de 47 años, bebedor abundante, acude a la consulta por aparición de pequeñas lesiones ampollosas en el dorso de la mano por traumatismos mínimos. A la exploración se observa también una hiperpigmentación difusa y una hipertrichosis facial. El diagnóstico más probable es: [MIR]

- 1. Pénfigo vulgar.
- 2. Dermatitis herpetiforme.
- 3. Porfiria cutánea tarda.
- 4. Epidermólisis ampollosa simple.

*correcta: 3

19. LUPUS ERITEMATOSO CUTÁNEO Y DERMATOMIOSITIS

LUPUS ERITEMATOSO

. En el lupus eritematoso cutáneo la hiperqueratosis predomina en: (2024 diciembre)

- a) El acrosiringio.
- b) El infundíbulo folicular.
- c) En los orificios de las glándulas apocríais.
- d) En la epidermis interfolicular.

→ recuerda infundíbulo parte externa folículo, donde se acumula la queratina

*correcta: b

. El lupus eritematoso cutáneo crónico (discoide) se caracteriza por: (2016 enero)

- a) Marcada tendencia a la atrofia cicatricial residual.
- b) Posibilidad de daño renal.
- c) Presentarse preferentemente en varones.
- d) Presencia histológica de vasculitis leucocitoclástica.
- e) Muy buena respuesta al tto con corticoides orales.

→ lupus eritematoso cutáneo crónico - lesiones cutáneas = curación con atrofia + cicatrización definitiva + alopecia cicatricial

*correcta: a

. En el lupus eritematoso cutáneo la hiperqueratosis se produce de preferencia a nivel de: (2023 diciembre)

- a) Epidermis interfolicular.
- b) Infundíbulos foliculares.
- c) Orificios de las glándulas sudoríparas.
- d) Orificios de glándulas ecrinas.

*correcta: b

. Localización típica de la hiperqueratosis en el LEC: (2015 julio)

- a) Infundíbulo folicular.
- b) Orificio de salida del conducto de glándulas ecrinas.
- c) Orificio de salida del conducto glándulas apocrinas.
- d) Otras dos.

→ lupus eritematoso cutáneo crónico - lesiones cutáneas = evolución progresiva → formando escamas gruesas + tapones córneos = acumulación queratina en orificios foliculares

*correcta: a

. En el lupus eritematoso cutáneo crónico profundo tipo Irgam-Kaposi, la hiperqueratosis se produce de preferencia a nivel de: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Epidermis interfolicular.
- b) Infundíbulos foliculares.
- c) Orificios glándulas sudoríparas.
- d) No hay hiperqueratosis.

→ Paniculitis lúpica (lupus eritematoso cutáneo crónico profundo) = inflamación tejido celular subcutáneo (grasa)

*correcta: d

. ¿Qué lesión elemental clínica primaria indica actividad del proceso en un paciente con Lupus Eritematoso Cutáneo Crónico? (evaluación continua)

- a) Trastornos pigmentarios.
- b) Afectación de la concha del pabellón auricular.
- c) Atrofia cutánea.
- d) Eritema telangiectásico perilesional.

→ LECC => lesiones cutáneas = eritematosas + descamativas+ atróficas + cicatriciales + que dejan alteraciones pigmentarias residuales => evolucionan en fases:

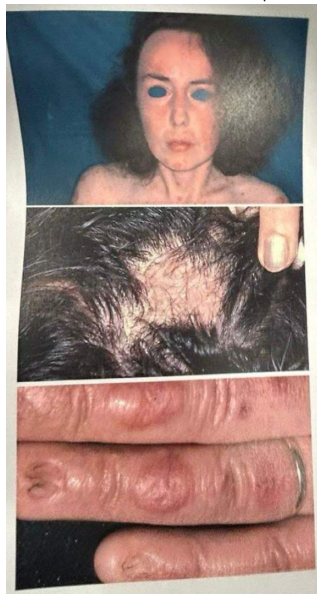
1. Inicial (activa) = eritema bien delimitado + descamación adherente.
2. Intermedia = aparición telangiectasias + hiperqueratosis folicular.
3. Final (inactiva) = atrofia + hipo/hiperpigmentación + alopecia cicatricial (en cuero cabelludo).

(Info sacada de chatGPT)

*correcta: d

Caso clínico 2024 diciembre

Una mujer de 37 años acude a consulta por presentar lesiones faciales que se van acentuando progresivamente en los dos últimos años afectando progresivamente a toda la zona media facial desde la frente al mentón. Además de ello, al explorarla, advertimos que en el dorso de los dedos de las manos, tiene unas lesiones que podemos ver en la imagen y que han ido extendiéndose progresivamente, le dijeron que podrían ser sabañones, pero persisten en verano. También se aprecia en cuero cabelludo una placa alopécica.



. ¿Con estas lesiones clínicas, cuál sería el diagnóstico más probable? (2024 diciembre)

- a) Lupus cutáneo agudo.
- b) Lupus cutáneo crónico.
- c) Lupus pernio de Besnier.
- d) Psoriasis anular.

→ LECC

- lesiones cutáneas evolucionan de forma progresiva
- lesiones a la resolución = cicatriz atrófica → lesiones pelo = alopecia cicatricial

*correcta: b

. De acuerdo con su diagnóstico de sospecha, en el protocolo diagnóstico Inicial, le pediría: (2024 diciembre)

- a) Estudio radiológico de las manos.
- b) Determinación de niveles de hormona TSH y Mantoux.
- c) Biopsia cutánea y analítica con enzima convertidora de la angiotensina
- d) Biopsia cutánea y analítica con ANAs.

→ Lupus cutáneo - dx:

1. biopsia IFD = depósitos IgG + C3 unión dermoepidérmica = banda lúpica
2. analítica ANAs = descartar LES oculto (20% LECC ANAs+)

*correcta: d

. De acuerdo con la hipótesis diagnóstica, propondría un tratamiento inicial: (2024 diciembre)

- a) Corticoides orales
- b) Tuberculoestáticos.
- c) Antipalúdicos de síntesis.
- d) Análogos vitamina A.

*correcta: c

Fin caso clínico

. Lesiones más características de LECS: (2015 julio)

- a) Renales.
- b) Neurológicas.
- c) Cutáneas.
- d) Otras dos.

*correcta: c

. En el lupus eritematoso cutáneo subagudo tipo anular del adulto, se considera que las lesiones que poseen mayor transcendencia clínica son las: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Renales.
- b) Neurológicas.
- c) Cutáneas.
- d) Endocárdicas.

→ LECS = 3 tipos lesiones cutáneas:

1. LECS anular = papulas/placas eritemato escamativas anulares agudas
2. LECS psoriasiforme = papulas/placas eritemato descamativas psoriasiformes
3. erosiones sobre áreas mucosas eritematosas

*correcta: c

. Qué diferencia la erupción maculopapulosa generalizada del LES de la presente en Dermatomiositis: (2014 junio)

- a) Coloración de la erupción.
- b) Tendencia a la hiperpigmentación en el LES.
- c) Son idénticas.
- d) La de la Dermatomiositis es pruriginosa.
- e) La tendencia a la atrofia de la erupción lúpica.

→ [IA] DD:

- LES = eritema malar (alas mariposa) + tendencia atrofia
- dermatomiositis = papulas Gottron + erupción heliotropo + eritema chal/V

*correcta: c

.Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta: (2023 diciembre)

- a) El signo de Nikolsky es positivo en aquellas dermatosis que presentan acantolisis.
- b) Las lesiones del lupus eritematoso cutáneo discoide localizadas en cuero cabelludo en su evolución pueden dejar áreas de alopecia cicatricial.
- c) La presencia de fotosensibilidad es patognómica del lupus cutáneo subagudo anular.
- d) La dermatomiositis amiopática puede ser paraneoplásica.

→ paso x paso:

- acantolisis (yo ya no sé ni lo que es) = pérdida conexión/cohesión entre queratinocitos (células epidermis) x destrucción desmosomas
- signo Nikolsky (desprendimiento epidérmico al frotar la piel) se observa en enfermedades con acantólisis = pénfigo vulgar + necrosis epidérmica (síndrome de Stevens-Johnson, necrólisis epidérmica tóxica)
- lupus discoide = LECC = cura dejando cicatriz → afecta zonas fotoexpuestas = cuero cabelludo (alopecia cicatricial)
- fotosensibilidad = la tienen todos los lupus además de dermatomiositis, reacciones farmacológicas, porfiria cutánea tarda, = por lo que patognómico patognómico poco
- dermatomiositis = paraneoplásica (>60a) + amiopática (solo lesiones cutáneas) = pueden coexistir, diferenciamos entre niños y adultos (siendo estas las paraneoplásicas) pero luego tanto una como otra pueden no tener enfermedad muscular y solo lesiones cutáneas).

*correcta: c

.Cuál de los siguientes anticuerpos confirmaría el diagnóstico de lupus eritematoso subagudo: (2020 julio)

- a) Anti RNP.
- b) Anti Ro.
- c) Anti SM.
- d) Anti centrómero.

*correcta: b

.Cuál de los siguientes anticuerpos confirmaría el diagnóstico de lupus eritematoso subagudo: (2021) (evaluación continua)

- a) Anti Scl-70.
- b) Anti filagrina.
- c) Anti Ro.
- d) Anti centrómero.

→ lupus eritematosos subagudo = Ac anti-Ro (70%) + ANAs (90%) + anti-La (30%) + Ac anti-histonas (LECS inducido x fármacos)

*correcta: c

. Con respecto a las determinaciones de anticuerpos en pacientes afectados de lupus cutáneo agudo. (evaluación continua)

- a) Los anticuerpos frente a la proteína recombinante B del centrómero indican afectación renal.
- b) Tienen títulos altos de anticuerpos anti-Ro (SSA).
- c) Se detectan con técnicas de inmunofluorescencia directa.
- d) Los anticuerpos anti DNA de doble hélice son muy específicos de LES.

→ LECA = ANAs + Ac anti-ADN doble cadena + anti-Sm + hipocomplementemia

*correcta: d

. En un paciente diagnosticado de Lupus Cutáneo Crónico, a tratamiento con hidroxicloroquina por presentar múltiples lesiones de lupus discoide en mejillas, frente, concha del pabellón auricular y ángulo mandibular, debemos monitorizar regularmente. (2021) (evaluación continua)

- a) Fondo de ojo.
- b) La función hepática.
- c) Proteínas en orina.
- d) La función renal.

→ LECC/S - tto = antipalúdicos sistémicos (1ª línea = hidroxicloroquina) → toxicidad ocular

*correcta: a

. En un paciente diagnosticado de Lupus Cutáneo Crónico, a tratamiento con hidroxicloroquina desde hace largo tiempo por presentar varias lesiones de lupus discoide en polo cefálico, es importante destacar con regularidad aparición de: (2022 diciembre)

- a) Microproteinuria.
- b) Pigmentación progresiva del iris.
- c) Aparición de máculas pigmentarias retinianas.
- d) Banda lúpica en unión dermoepidérmica.

→

*correcta: c

. Los antipalúdicos se consideran un tratamiento de elección en todos los siguientes excepto: (evaluación continua)

- a) Lupus eritematoso cutáneo subagudo.
- b) Porfiria.
- c) Lupus eritematoso túbido.
- d) Pelagra.

→ pelagra = ¡peligro! te falta Niacina → tto: tomas niacina (B3)

*correcta: d

. Hombre de 45 años de edad, que trabaja como oficinista y este año en primavera, coincidiendo con los días de ola de calor que se experimentaron recientemente, comienza con lesiones en zonas expuestas de cara, en la nuca y en las caras laterales, porción antero-inferior del cuello y escote y brazos hasta por encima del codo. Son lesiones de coloración rosada, de morfología anular, y a pesar de ser tratadas con corticoide tópico (prednicarbate), siguen saliendo otras similares mientras que las más antiguas van perdiendo la morfología anular y adoptan una coloración más apagada, levemente descamativa, sobre todo en los contornos policíclicos, extendiéndose a la totalidad de la superficie anterior del tronco y espalda respetando la cara interna de miembros superiores y las caras laterales del tórax. No se advierte queratosis folicular y las escamas se desprenden con facilidad. No presenta otros signos objetivos evidentes ni refiere síntomas subjetivos de prurito o dolor. Su

estado general es excelente. El paciente refiere que el año pasado, coincidiendo con sus vacaciones en la playa, le aparecieron unas lesiones similares, menos extensas, que fueron desapareciendo hasta que sólo persistieron un par de meses en la región interescapular, desapareciendo sin realizar tratamiento. Como eran pocas, no les dio importancia ni las consultó. Con esta clínica y evolución, elija el más probable entre los siguientes supuestos clínicos: (2019 julio)

- a) Se trata de una dermatofitosis generalizada contagiada del perro que acaba de recoger de la perrera por haberse afiliado al partido animalista.
- b) Podría tratarse de un eczema de morfología anular diseminado por lo que hay que indagar sobre fotoprotectores.
- c) Podría tratarse de una psoriasis de morfología anular sin signos del raspado metódico.
- d) Podría tratarse de una toxicodermia que recuerda clínicamente al eritema polimorfo.
- e) Cualquiera de las respuestas B, C y D, además de un proceso autoinmune, deben ser incluidos en el diagnóstico diferencial.

→ apunta = Lupus Eritematoso Cutáneo Subagudo (LECS = autoinmune) → clínica lesiones anulares / policíclicas / descamativas = requiere diferenciarlo:

- eczema anular = tiña incógnita + granuloma anular
- psoriasis anular
- eritema anular centrífugo (paraneoplásico/toxicodermia)

*correcta: e

. Suponiendo que el diagnóstico diferencial que resulta de los enunciados de las opciones B, C y D en la pregunta anterior no está completo, ¿cuál de los siguientes pasos nos llevaría al diagnóstico que falta? (2019 julio)

- a) Realizar cultivos de esos raspados cutáneos y del perro de la cuñada.
- b) Hacer una buena anamnesis indagando no solo los fotoprotectores, sino cualquier producto tópico utilizado, aplicar corticoterapia tópica y realizar pruebas epicutáneas de contacto.
- c) Hacer una buena anamnesis indagando antecedentes familiares de psoriasis, explorando minuciosamente toda la superficie cutánea y la posibilidad de una infección faringoamigdalina previa.
- d) Hacer una buena anamnesis sobre medicación previa que pudiera haber tomado, realizar una biopsia de una lesión reciente.
- e) Realizar una biopsia de una lesión reciente con inmunofluorescencia.

→

*correcta: e, la cambio x la "d" (simplemente por ser más completa)

. De haber realizado todas las pruebas anteriores y repasando cuidadosamente la anamnesis reflejada en la primera pregunta, ¿qué esperaríamos encontrar como resultados? (2019 julio)

- a) Cultivos negativos para dermatofitos, anamnesis sobre productos tópicos negativa y epicutáneas con positividad alta al níquel que no es probable que sea relevante.
- b) No estigmas psoriásicos pero sí que tiene parientes en segundo grado con psoriasis. No ha tenido episodios infecciosos previos ni ha utilizado medicación previa alguna.
- c) En la analítica encontramos positividad para HLA-B8, HLA-DR3, DQw2 y DRw52 lo que nos orienta a un proceso autoinmune.
- d) Títulos altos de anticuerpos anti-Ro (SSA) con títulos bajos de anti-La (SSB) así como datos de activación policlonal de células B.
- e) Las opciones C y D son ciertas y confirmarían un diagnóstico de proceso autoinmune, y los resultados referidos en la opciones A y B no lo descartan por lo que todas son correctas confirmando un LECS-A.

→

*correcta: e

DERMATOMIOSITIS

. ¿Cuál de las siguientes enfermedades puede tener un carácter paraneoplásico en el sentido de que puede ser la primera manifestación de un proceso tumoral maligno? (2023 diciembre)

- a) Penfigoide ampolloso.
- b) Dermatitis de Duhring.
- c) Liquen simple crónico.
- d) Dermatomiositis.

→ dermatomiositis - forma adulto = paraneoplásica → pacientes >60a riesgo neoplasia x6

*correcta: d

. En un paciente adulto con pápulas de Gottron y eritema heliotropo, ¿cuál de las siguientes patologías se asocia con mayor frecuencia? (2021)

- a) Asociación a neoplasia interna.
- b) Parálisis de músculos respiratorios.
- c) Artritis deformante de grandes articulaciones.
- d) Engrosamiento palmar de la piel de las manos.

*correcta: a

. En la afectación cutánea patognomónica de la dermatomiositis no se encuentra. (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Eritema periungueal con vasos tortuosos evidentes a la dermoscopia.
- b) Edema y eritema de párpados, escote, cara posterior de cuello y región interescapular.
- c) Lesiones eritematosas palpables de contenido sólido en superficie dorsal de articulaciones de dedos.
- d) Anillo violáceo alrededor de las lesiones indicando actividad ("lilac ring").

→ dermatomiositis - lesiones cutáneas

- papulas de Gottron = papulas/placas eritematovioláceas (descamativas) - localizan prominencias óseas articulares manos
- exantema heliotropo = eritema-edema violáceo - afecta simétrica 4 párpados
- eritema violáceo confluyente evoluciona a poiquilodermia - localiza = tronco (signo cha) + V escote (fotodistribuido)
- eritema + descamación → cuero cabelludo
- pliegue ungueal = eritema difuso + telangiectasias + hipertrofia cuticular con infartos hemorrágicos

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones es criterio mayor de Dermatomiositis? (evaluación continua)

- a) Rash Heliotropo.
- b) Pápulas de Gottron.
- c) Telangiectasias periungueales.
- d) Eritema y cambios poiquilodérmicos dispuestos en forma de "esclavina".

*correcta: b

. Las manifestaciones cutáneas característica de la dermatomiositis incluyen todas las siguientes excepto: (2024 diciembre)

- a) Eritema en heliotropo en párpados.
- b) Edema periorbital.
- c) Cambios cutáneos poiquilodérmicos en cuello.
- d) Piqueteado ungueal.

→ dermatomiositis - lesiones cutáneas específicas:

1. papulas Gottron (papulas eritematovioláceas descamativas en prominencias Oseas articulares manos)
2. exantema heliotropo = eritema-edema violáceo simétrico 4 párpados
3. eritema violáceo concluyente = poiquilodermia
4. pliegue ungueal = eritema difuso periungueal + telangiectasias + hipertrofia cuticular

*piqueteado ungueal = psoriasis

*correcta: d

. En la afectación cutánea patognomónica de la dermatomiositis no se encuentra: (2019 julio)

- a) Anillo azulado alrededor de las lesiones ("lilac ring").
- b) Eritema periungueal.
- c) Edema de párpados.
- d) Poiquilodermia.
- e) Lesiones eritematoedematosas en superficie dorsal de articulaciones de dedos.

*correcta: a

. Señalar cual NO es signo cutáneo de dermatomiositis: (2015 julio)

- a) Eritema en esclavina
- b) Eritema palpebral en antifaz
- c) Lesiones palmares...

d) Otra.

e) Todas.

→ dermatomiositis - lesiones cutáneas específicas:

- pápulas Gottron = papulas/placas eritematovioláceas descamativas - prominencias oseas articulares (maños-codos-rodillas)

- exantema heliotropo

- poiquilodermia = 1/3sup tronco (signo chal) + V escote + parte post cuello + superficies extensión extremidades

- eritema + descamación => cuero cabelludo

- pliegue ungueal = eritema difuso periungueal + telangiectasias + hipertrofia cuticular => cutícula hemorrágica + engrosada

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos ha de estar siempre presente para el diagnóstico de dermatomiositis? (evaluación continua)

a) Biopsia muscular con infiltrados linfocitarios.

b) Elevación de la creatín-quinasa.

c) Erupción cutánea.

d) Debilidad muscular.

→

*correcta: c

. Señalar cuál NO es criterio diagnóstico de dermatomiositis: (2015 julio)

a) Elevación de niveles séricos de enzimas musculares.

b) Elevación de niveles séricos de marcadores de daño renal.

c) Erupción cutánea típica.

d) Electromiograma anormal.

→ dermatomiositis - pruebas complementarias => para confirmar miositis:

- elevación: CK + aldolasa + LDH + GOT + GPT

- electromiografía patológica

- biopsia muscular patológica = vacuolas ribeteadas

*correcta: b

. El dx de la dermatomiositis se basa en: (2016 enero)

a) Las lesiones clínicas.

b) La miopatía.

c) Realizar una biopsia muscular.

d) Los resultados del ECG.

e) Los valores de la CPK fraccionada.

→

*correcta: a

. La disfagia que afecta a tercio superior de esófago y está causada por enfermedad muscular, es característica de: (2021) (2019 julio)

a) Síndrome CREST.

b) Dermatomiositis.

c) Enfermedad mixta del tejido conectivo.

d) Esclerosis sistémica.

e) Lupus eritematoso sistémico.

→ lojo piojo! Yo la primera vez que la leo digo BUAH se de CREST ase una PERO NO => esófago:

- 1/3 sup = músculo estriado <- comprometido x miopatía inflamatoria DERMATOMIOSITIS

- 2/3 med/inf = músculo liso <- comprometido x Sd CREST

*correcta: b

Caso clínico 2023 diciembre

Mujer de 45 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés acude a consulta por presentar desde hace 4 semanas cansancio general con dificultad para levantarse, subir escaleras o levantar los brazos. Al explorarla se advierten

las lesiones que se aprecian en las imágenes, que refiere le aparecieron hace unos dos meses y van aumentando en intensidad acompañándose en prurito intenso en cuero cabelludo. La paciente reconoce tener febrícula vespertina, malestar general y artromialgias.

. ¿Cuál de las siguientes define mejor las lesiones de las tres imágenes?: (2023 diciembre)

- a) Eritema en alas de mariposa, pápulas de Gottron y mano de mecánico.
- b) Eritema de Heliotropo, pápulas de Gottron y signo de manicura.
- c) Eritema en esclavina, pápulas de Gottron y signo de manicura.
- d) Eritema heliotropo, pápulas de Gottron y mano de mecánico.

→ dermatomiositis = miositis = cuadro debilidad muscular proximal + simétrica progresiva + dolor

- típicas: astenia + debilidad cinturas => pacientes refuerce NO capaces levantarse silla / alzar brazos para peinarse / beber taza

*correcta: b (porque la corrección lo dice)

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera la correcta?: (2023 diciembre)

- a) Se trata de las manifestaciones cutáneas de una enfermedad sistémica ya que son manifestaciones cutáneas secundarias a una polimiositis.
- b) Estos pacientes pueden tener ese cuadro clínico como cortejo paraneoplásico.
- c) Los tres pilares del tratamiento son la fotoprotección, la aplicación tópica de corticoides y la administración oral inhibidores JAK.
- d) Se adopta una actitud expectante hasta que el paciente desarrolle complicaciones suficientes para que cumpla criterios de dermatomiositis.

→ dermatomiositis:

- enfermedad inflamatoria piel + músculo estriado
- lesiones piel = forma debut
- forma adulto = paraneoplásico
- tto = fotoprotección + corticoiterapia sistémica + inmunosupresores → tto innovador = Rituximab (antiCD20) + tofacitinib (inhibidores Jak-stat) + anifrolumab (Ac monoclonal inhibidor INF 1)

*mira chocho a una enfermedad autoinmune no le vengas con corticoides tópicos que es como un vaso de agua en un incendio

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes pruebas no incluiría en el petitorio inicial? (2023 diciembre)

- a) Placa de tórax.
- b) Enzima aldolasa.
- c) Enzima convertidora de la angiotensina.
- d) Enzima creatin-fosfoquinasa.

→ dermatomiositis - pruebas complementarias - miositis:

- (+) CK / alveolada / LDH / GOT / GPT
- RNM
- electromiografía
- biopsia muscular (vacuolas ribeteadas)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos consideraría adecuado para lesiones dermatológicas de esta paciente? (2023 diciembre)

- a) Corticoides sistémicos.
- b) Azatioprina.
- c) Bexaroteno.
- d) Ciclofosfamida.

*correcta: a

20. ESCLERODERMIA + LEA + ERITRODERMIA

ESCLERODERMIA

-esclerosis = endurecimiento cutáneo

1. Sistémicas = difusa + localizada

- difusa = tronco + 4 extremidades + áreas proximales (codo rodilla) -> tb puede iniciarse zona distal dedos => bilateralidad

- localizada = piel entre metacarpo metatarsal + sd CREST

-cuadro común autoinmune

-Puede afectar a muchos órganos (pulmón, corazón, riñones, tubo digestivo y piel)

-(>)mujeres

-predisposición genética

-fenómeno Raynaud = 1palidez (vasoespasmo) 2cirosis (isquemia) 3hiperemia (reperusión)

-características cutáneas = cara sin rímulas (NO pliegues) + nariz adelgazada y puntiaguda + microstomía (labios adelgazando (pragares = pliegues cutáneos labios) + telangiectasias (coloración roja venosa bordes irregulares, múltiples en cara y manos) + piel en sal y pimienta (hiperpigmentación en áreas hipopigmentadas)

Piel indurada sin pliegues ni arrugas (ni un pelo)

Vasos nutren matriz sellan aparato ungueal donde se ven alteraciones circulación visible con capilaroscopia

Piel sobre articulaciones es muy frágil por su poca capacidad elástica

Necrosis isquémica pulpejos

Evasión y acortamiento distal = manos NO útiles

- difusa = rápido progreso + afectación visceral grave precoz + AcAntiScl70 (más asociado y más positivo pero puede ser de localizada e incluso negativa en una difusa, es más característico, chinpón)

- localizada = acroesclerosis + esclerodactilia + esclerosis facial +progreso lento +

-tto = multidisciplinar

2. Localizadas (morfea)

3. Esclerodermiformes

. ¿Cuál de los siguientes enunciados considera que es correcto en la esclerodermia sistémica? (2020 julio) (evaluación continua)

a) Existe una alta frecuencia de afectación del SNC.

b) La presencia de Ac anti-Scl-70 indica buen pronóstico.

c) Los Ac anticentromero se detecta con mayor frecuencia en las formas limitadas como el CREST.

d) Sólo los pacientes con overlap Esclerodermia/Lupus eritematoso son Ac anti-Scl 70 +.

-> esclerodermia localizada sistémica = Ac anticentromero (+característico)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes enunciados considera que es correcto en la esclerodermia sistémica? (2019 julio)

a) Sólo los pacientes con overlap Esclerodermia/Lupus eritematoso son Ac anti-Scl 70+.

b) Los Ac anticentromero se detectan con mayor frecuencia en limitadas como el CREST.

c) Existe una alta frecuencia de afectación del SNC.

d) La presencia de Ac anti-Scl-70 indica buen pronóstico.

e) Ninguna de las anteriores es correcta.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes patrones de anticuerpos descartaría una esclerodermia cutánea difusa en una paciente que presenta máculas telangiectásicas en región malar? (evaluación continua)

a) Anti centromero positivos.

b) Anticuerpos antinucleares antifibrilarina y anti-topoisomerasa I positivos.

c) Patrón nucleolar antiRNA.

d) Anti Scl-70 y antiRNA polimerasa positivos.

-> Ac anticentromeros (+) característicos forma localizada

*correcta: a

. Si al explorar detenidamente a una mujer, observamos "máculas telangiectásicas" que desaparecen a la vitropresión en ambas zonas malares, pérdida de los pliegues del dorso de las articulaciones distales de los dedos y cicatrices estelares antiguas en pulpejos de los dedos. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?: (2022 diciembre) (2021)

- a) Esclerodermia difusa.
- b) Esclerodermia limitada.
- c) Morfea localizada.
- d) Pseudoesclerodermia.

*correcta: b

. Al leer la historia clínica de un paciente, encontramos la anotación "presenta máculas telangiectásicas en ambas zonas malares y cicatrices estelares antiguas en pulpejos de los dedos. Resto de la exploración dermatológica sin hallazgos significativos", ¿cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable? (evaluación continua)

- a) Esclerodermia difusa.
- b) Pseudoesclerodermia.
- c) Esclerodermia limitada.
- d) Morfea localizada.

→ esclerodermia - clínica =

- telangiectasias
- necrosis isquémica pulpejos = cicatrices estrelladas

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones no forma parte del síndrome CREST?: (evaluación continua)

- a) Mácula telangiectásica.
- b) Arañas vasculares.
- c) Calcinosis cutis.
- d) Acro-Esclerodactilia.

*correcta: b

. En el síndrome de CREST se describe todo lo siguiente, excepto: (evaluación continua)

- a) Calcinosis cutis.
- b) Mácula telangiectásica.
- c) Esclerosis mediotorácica.
- d) Esclerodactilia.

→ sd CREST:

- calcinosis
- fenómeno Raynaud
- estenosis esofágica
- esclerodactilia
- telangiectasias

*correcta: c

ESCLERODERMIA localizada

- NO enfermedad sistémica asociada (NO raynaud) = NO parámetros lab
- trastorno tejido conjuntivo limitado a piel
- fase inflamatoria activa (infiltrado pero vascular) + fase esclerosis (
- tipos = morfea en placa + lineal

Morfea en placas

- (+)frec
- centro color blanco nacarada (parecido porcelana) + borde/anillo eritematovioláceo + superficie lisa y brillante

Esclerodermia localizada

- forma más frecuente en la infancia
- Localización = frontoparietal + extremidades

Tto

-inmunosupresores = pulso corticoides + MTX

. La forma clínica más frecuente de Morfea es (evaluación continua)

- a) Esclerodermia lineal.
- b) Morfea en placas.
- c) Morfea generalizada.
- d) Morfea en gotas.

→ esclerodermia localizada - morfea en placas = forma clínica (+)frec

*correcta: b

. El halo o anillo congestivo liliáceo en la morfea en placas: (2022 diciembre)

- a) Constituye la zona activa en las lesiones en expansión.
- b) Es la expresión inflamatoria del período involutivo.
- c) Aparece solamente en las morfeas localizadas en el tronco y significa buen pronóstico.
- d) Solamente se ve en las formas ampollosas.

*correcta: a

. La morfea presenta: (2017)

- a) Marcada hiperqueratosis en el estudio histológico.
- b) Eritema y telangiectasias periungueales.
- c) Edema y eritema en párpados.
- d) Anillo perilesional blanquecino de Woronoff.
- e) Anillo perilesional liliáceo ("iliac ring").

*correcta: e

. La morfea presenta: (2016 enero)

- a) Marcada hiperqueratosis en estudio histológico.
- b) Eritema y telangiectasias periungueales.
- c) Edema y eritema en párpados.
- d) Anillo perilesional blanquecino de Woronoff.
- e) Anillo perilesional liliáceo ("iliac ring").

→ Esclerodermia localizada - morfea en placas:

- placas induradas + superficie lisa-brillante + color blanco nacarado + difícil pellizcar
- borde eritematovioláceo (en fase inicial inflamatoria) => fase activa = borde violáceo (anillo violáceo)

*correcta: e

.Cuál de las siguientes formas clínicas de morfea es más frecuente en niños: (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Morfea profunda.
- b) Morfea generalizada.
- c) Morfea lineal.
- d) Morfea en placas.

→ esclerodermia lineal = forma frecuente infancia

*correcta: c

. Niño de 5 años de edad, que desde hace seis meses presenta una lesión deprimida, de aspecto atrófico, que progresivamente se va extendiendo desde la frente hacia arriba. Su primer diagnóstico sería: (2021)

- a) Morfea lineal.
- b) Liquen escleroatrófico.
- c) Atrofia de Pasini y Pierini.
- d) Morfea panesclerótica.

→ morfea/esclerodermia lineal:

- frec infancia
- lesiones profundas pueden alcanzar TCS
- "coup de sabre" (sablazo) = frontoparietal +/- hemiatrofia facial

*correcta: a

. Señalar cuál NO es un tipo de morfea: (2015 julio)

- a) Acroesclerosis.
- b) En placas generalizada.
- c) En gotas.
- d) Subcutánea.
- e) Lineal.

→ Icuidadol acroesclerodermia = esclerodermia sistémica limitada (que NO= esclerodermia localizada/morfea)

*correcta: a

ESCLERODERMIA LOCALIZADA - LIQUEN ESCLEROSOS Y ATRÓFICA (LEA)

- lesiones anogenitales
- progress lento = vulva fusion labios mayores y menores (morbilidad x inflamación crónica)
- Equimosis = hemorragia
- en la Mila hacer biopsia para saber que estamos ante un cuadro inflamatorio
- inflamatorio crónico = riesgo desarrollo carcinoma baso-celular
- tto corticoides tópicos potentes
- cuadro frecuente (se ve todos los meses en consulta)

ERITRODERMIA

- eritema + descamación → generalizada => afectan >90% superficie corporal
- (+) permeabilidad capilar = vasodilatación = edema
- termorregulador alterada x fallo barrera = paciente tiritando
- enfermedades dermatológicas asociadas = dermatitis atópica + psoriasis + Linfoma cutáneo celular T eritrodermic + se Sézary + dermatitis seborreica del lactante + sarna noruega + PRP
- dx etiológico difícil x estudio AP = inespecífico

. ¿Cuál de los siguientes procesos cutáneos puede ocasionar una eritrodermia?

- a) Psoriasis vulgar.
- b) Pitiriasis rubra pilaris.
- c) Linfoma de células T.
- d) A y b son correctas.
- e) Las respuestas a, b y c son correctas.

→ eritrodermia - enfermedades dermatológicas asociadas:

- | | |
|---|--------------------------------------|
| - dermatitis atópica | - dermatitis seborreica del lactante |
| - psoriasis | - sarna noruega |
| - linfoma cutáneo celular T eritrodermica | - PRP |
| - sd Sézary | |

*correcta: e

22. ENFERMEDADES AMPOLLOSAS AUTOINMUNES

-2 grupos = pénfigo + penfigoide

-ampollas

- subepodermicas = tensas que aunqu se rompen tienen un techo muy mantenido

- Intraepidérmicas = flácidas con capa fina en el techo q da aspecto que se cae + se rompen fácilmente lo q hace q se ven erosiones y no ampollas

PÉNFIGOS

-pénfigo vulgar = enfermedad grave + tasa mortalidad alta (se morían todos hasta descubrimiento corticoides) + 40-60a (No pregunta haplotipos)

- pénfigo superficial endémico favorecido por agente externo como picadura mosquito

- factores = radiación, infecciones, pero no datos fiables de relación directa

- desmogleína = localizan en la unión intercelular de los queratinocitos

- autoAc = Ig (1 y 4) → se unen a desmogleinas = funcionalidad unión se pierde = separación queratinocitos = queratolisis?

- afectación mucosa muy frecuente (75% debutan con manifestaciones orales)

- manifiestan con: dolor → eritema (enanterma = se enrojece la mucosa) → ampolla (en la cavidad oral con dientes y lengua se rompen) → erosiones sangrantes y dolorosas que son las que predominan ya que las ampollas se rompen → costras

- localizan = cuero cabelludo + ? ⇒ respetan palmas y plantas

- Signo nikolsky positivo = tracción lateral piel sana que favorece despegamientos = positivo x queratolisis?

- Signo de Asboe-Hansen positivo

- perionoxis (daño cutícula)

- Pénfigo vegetante

• Tipo Neumann = lesiones cuyo centro tienen un tejido de reepitelización q es vegetante

• Tipo Hallopeau = acanto lisis suprabasal pero no suele haber ampollas, si lesiones vesículo pústula Oseas a nivel del cuero cabelludo e inglés (muy poco frecuente)

. Existen varias formas clínicas de pénfigo, pero en todas ellas el mecanismo primario de formación de ampollas se evidencia por: (2023 diciembre)

a) Espongiosis.

b) Acantolisis.

c) Dermolisis.

d) Desestructuración.

*correcta: b

. Con independencia de la forma clínica, en el pénfigo, el mecanismo de formación de las ampollas es: (2022 diciembre)

a) Espongiosis.

b) Acantolisis.

c) Dermolisis.

d) Degeneración granulosa.

→ enfermedades ampollas autoinmune - def:

- autoAc [vs] Ag funcionales uniones intercelulares entre queratinocitos / unión dermoepidérmica

- = pérdida cohesión entre queratinocitos = acantolisis

*correcta: b

. El signo de Nikolsky permite explorar: (2024 diciembre)

a) El daño actínico.

b) El fotoenvejecimiento.

c) La malignidad de la lesión.

d) La cohesión entre los queratinocitos epidérmicos.

→ signo Nikolsky:

- (+) si al hacer presión tangencial sobre piel = despegamiento cutáneo

- (+) en todos pénfigos x acantolisis (pérdida cohesión queratinocitos)

*correcta: d

. El signo de Nikolski observado en el pénfigo vulgar: (2021)

- a) No se produce en las mucosas.
- b) Se debe a los anticuerpos antidesmogleína 3.
- c) Se debe a anticuerpos anti-fibrillas de anclaje.
- d) Consiste en una disqueratosis corneide.

→ pénfigo - patogenia = acantolisis x IgG + desmosomas 1/3 (moléculas adhesión intercelular queratinocitos = signo Nikolsky (+)

*correcta: b

. Encontramos el signo de Nikolsky en: (2017)

- a) Bullosis diabeticorum.
- b) Urticaria pigmentosa ampollosa.
- c) Dermatitis herpetiforme de Duhring-Brocq.
- d) Penfigoide de Lever.
- e) Pénfigo vulgar.

→ signo nikolsky = positivo en todos los pénfigos

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes lesiones elementales primarias se puede apreciar por disminución de cohesión de los desmosomas? (2017)

- a) Una erosión.
- b) Una úlcera.
- c) Una escama.
- d) Un quiste.
- e) Una ampolla.

→ pénfigo => acantolisis produce pérdida unión queratinocitos = ampollas intradérmicas

*correcta: e

. Los antígenos contra los que se dirigen los anticuerpos del pénfigo se localizan en: (2017)

- a) Los hemidesmosomas.
- b) Las microfibrillas de la membrana basal.
- c) Los desmosomas.
- d) La queratina.
- e) La lámina lúcida de la membrana basal.

→ pénfigo - patogenia = acantolisis inducida x: unión Ac IgG (1/4 st) + molécula adhesión intercelular localizadas en desmosomas

*correcta: c

. La presencia exclusiva de autoanticuerpos antidesmogleína 3 se observa en: (2020 julio) (evaluación continua)

- a) Pénfigo vulgar de mucosas.
- b) Pénfigo vulgar cutáneomucoso.
- c) Pénfigo foliáceo.
- d) Pénfigo seborreico.

*correcta: a

. Presencia sólo de AutoAcs Antidesmogleína 3 se observa en: (2014 junio)

- a) Pénfigo seborreico
- b) Pénfigo foliácea.
- c) Pénfigo Vulgar Cutáneomucoso.
- d) Penfigoide herpetiforme.
- e) Pénfigo vulgar de mucosas.

→ pénfigo - patogenia = ppl Ac -> desmogleína 3 = predominante en pénfigo vulgar mucoso

*correcta: e

. ¿Qué lesión histopatológica produce el pénfigo vulgar en la piel?: [MIR]

1. Una ampolla intraepidérmica.
2. Una dermatitis liquenoide.

3. Una vasculitis cutánea.
4. Una ampolla subepidérmica.

*correcta: 1

. Mujer de 50 años sin antecedentes de interés, que presenta desde hace 3 meses unas lesiones dolorosas en la boca (lengua, paladar, mucosa oral) que no han mejorado a pesar de haber realizado múltiples tratamientos tópicos. Las lesiones dificultan la ingesta y refiere haber perdido 7kg de peso. En las últimas semanas han aparecido unas lesiones en el tronco y en la exploración se observan varias erosiones y alguna costra. Al frotar alrededor de las erosiones la piel vecina se despega fácilmente. ¿Cuál de los hallazgos no encontraríamos en la paciente? (MIR 2020)

1. Depósitos de IgG y C3 en la membrana basal.
2. Depósitos IgG y C3 intercelulares.
3. Anticuerpos frente a la desmogleína 1.
4. Anticuerpos frente a la desmogleína 1 y 3.



→ pénfigo vulgar = ampollas en mucosas + Nikolsky (+) = Ac [vs] desmogleina (uniones intercelulares queratinocitos)
 → penfigoide ampoloso - IFD = depósitos lineales IgG + C3 en MB

*correcta: 3

. Las ampollas del pénfigo vulgar se caracterizan por: [MIR]

1. Aparecer sobre piel aparentemente sana.
2. Su contenido hemorrágico.
3. Ser tensas y resistentes a la rotura.
4. Ser intersamente prutiginosas.

*correcta: 1

. ¿En cuál de las siguientes enfermedades cutáneas aparecen auto-anticuerpos IgG contra la superficie de los queratinocitos? [MIR]

1. Penfigo vulgar.
2. Penfigoide.
3. Dermatitis herpetiforme.
4. Dermatitis atópica.

*correcta: 1

. ¿En cuál de los siguientes procesos se encuentran anticuerpos IgG circulantes contra la sustancia intercelular epitelial? [MIR]

1. Pénfigo benigno familiar.
2. Pénfigo vulgar.
3. Penfigoide ampoloso.
4. Epidermólisis ampollosa adquirida.

*correcta: 2

. Cuando se observa una inmunofluorescencia directa positiva en la piel lesional y perilesional afectando a la sustancia intercelular de la epidermis, podemos hacer el diagnóstico de: [MIR]

1. Penfigoide ampollar.
2. Dermatitis herpetiforme.
3. Epidermólisis ampollar.
4. Pénfigo vulgar.

*correcta: 4

Pénfigo foliáceo

- superficial + NO manifestaciones mucosas + Signo nikolsky muy positivo
- lesión muy frágiles (+) que en pénfigo vulgar
- erosionéis superficiales y costras respeta mucosas
- tipos'
 - pénfigo eritematosos (sme señora usher) = IF (+) de lupus (ANAs) con Acantosis I y AutoAc contra hemo desmogleína 1
 - pénfigo foliáceo endémico (fogo selvage) =

. El pénfigo eritematoso es una variante del: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Pénfigo de Neumann.
- b) Pénfigo vegetante.
- c) Pénfigo benigno familiar de Hailey-Hailey.
- d) Pénfigo foliáceo.

→ pénfigo foliáceo - variantes clínicas:

- pénfigo eritematoso (sd Senear-Usher)
- Pénfigo foliáceo endémico (Fogo Selvagem)

*correcta: d

. Además del pénfigo vulgar, encontramos hendiduras suprabasales con acantolisis en el/la (evaluación continua)

- a) Penfigoide de mucosas.
- b) Penfigo foliaceo eritematoso.
- c) Enfermedad de Darier.
- d) Enfermedad de Duhring-Brocq.

*correcta: b + c

*me corrijo, la IA dice que la lesión s superficial, NO suprabasal = correcta c

Pénfigo herpetiforme

- recuerda a dermatitis herpetiforme = dermatitis ampollosa subepidermica -
- lesiones (parecidas a herpes) = vesículas y ampollas dispuestas en ramilletes/rosetas erosiones y costras

Pénfigo paraneoplásico

- Linfoma NH + leucemia linfática crónica
- acompaña/después enfermedad neoplásica
- otras veces precede = si vemos lesiones buscamos neoplasia
- clínica = estomatitis erosiva grave
- autoanticuerpos = múltiples antígenos celulares → st desmopláquina (proteínas unión intercelular a nivel desmosoma)
- lesiones parecen a otras entidades

. El pénfigo paraneoplásico se ha asociado a: (2017)

- a) Carcinoma de colon.
- b) Procesos linfoproliferativos.
- c) Carcinoma de células pequeñas de pulmón.
- d) Carcinoma de páncreas.
- e) Carcinoma de mama y tiroides.

*correcta: b

Pénfigo IgA

- 2 variedades
- mas que ampollas se ven lesiones de vesículas y pústulas + rara lesión mucosas
- entidad poco frecuente y difícil dx
- necesita detectar Ac en centros investigación

Pénfigo x fármacos

- siempre que paciente venga con pénfigo fármaco
- st en pénfigo foláceo pero también se da en el vulgar
- a pesar de suspender fármaco y como autoAc ya se han formado no desaparece pénfigo

DX

1.sospecha clínica = anamnesis hªclínica EF

- histología + IFD + serología
- biopsia = lesión precoz (fórmol) + lesión evolucionado no sirve por reepitelización
- Prueba dx (+) rentable = IFD de biopsia de piel sana próxima a la ampolla (creo)
- Depósitos pericelular intraepidérmicos IgC (C3, PV y PF)
- Desmogleína 1 = foláceo (no lesiones mucosas porque desmogleína no mucosa)
- desmogleína 3 (+ 1) = pénfigo vulgar

. Respecto al Pénfigo vulgar, señale la respuesta verdadera: (evaluación continua)

- a) Los anticuerpos IgG contra la glicoproteína desmosómica de 130-kD denominada desmogleína 3, permiten valorar la respuesta al tratamiento esteroideo.
 - b) Las ampollas a nivel cutáneo siempre preceden a las aparecidas en mucosas.
 - c) El diagnóstico debe basarse en la clínica, la histología, y en los estudios de determinación de anticuerpos mediante IFD.
 - d) En las pruebas de inmunofluorescencia indirecta de los casos con afectación mucosa se identifican autoanticuerpos antidesmogleínas 1 y 3 y en los cutáneo-mucosos hay solamente autoanticuerpos antidesmogleína 3.
- pénfigo - dx = hallazgos clínicos + histológicos + inmunopatológicos (IFD) + serológicos (IFI/ELISA)

*correcta: c

. El substrato utilizado en la inmunofluorescencia directa de las enfermedades ampollosas es: (2021) (evaluación continua)

- a) Piel de origen animal comercializada.
 - b) Piel de un donante sano.
 - c) Piel humana comercializada.
 - d) Piel del propio paciente.
- pénfigo - dx - IFD = tomar piel sana perilesional próxima a ampolla (NO de la ampolla) - remitir en fresco

*correcta: d

. Varón de 64 años de edad, diabético e hipertenso a tratamiento con metformina y enalapril desde hace más de 10 años, es remitido al Servicio de Dermatología por su Médico de Atención Primaria por presentar desde hace un mes heridas en la boca, sangrantes y dolorosas que no han respondido a antifúngicos orales, desde hace dos semanas comienza con lesiones de contenido líquido, que se rompen con facilidad dejando áreas denudadas y sangrantes. ¿Qué hallazgo esperaría encontrar en el estudio de Inmunofluorescencia directa? (2023 diciembre)

- a) Depósitos intraepidérmicos IgG.
- b) Depósitos lineales IgG y C3 en la unión dermo-epidérmica.
- c) Depósitos granulares de IgA en las papilas dérmicas.
- d) La inmunofluorescencia directa será negativa.

→ Pénfigo vulgar:

- clínica = lesiones comienzan mucosa oral (dolor → eritema → ampolla → erosión) → rompen con facilidad = eriones dolores y sangrantes.
- dx - biopsia - IFD (piel sana perilesional) = depósitos perifoliculares intradérmicos IgG +/- C3

*correcta: a

Tto

-control enfermedad = Rituximab + corticoides

-últimas guías fármaco elección = Rituximab (tto pénfigo vulgar)

*pacientes no Rituximab x otras patología o vacunas no en ella => iniciamos corticoides incluso bolos -

. En términos generales, al comienzo del pénfigo, el tratamiento electivo es: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Corticoides a dosis inicialmente elevadas por vía oral.
- b) Azatioprina por vía oral a dosis no hepatotóxicas.
- c) Metotrexato a dosis no hepatotóxicas.
- d) Corticoides por vía oral a dosis progresivas que se mantienen algunas semanas una vez lograda la remisión.

*correcta: a

. En términos generales, al comienzo del pénfigo, el tratamiento electivo es: (2023 diciembre)

- a) Corticoides a dosis inicialmente elevadas por vía oral.
- b) Azatioprina por vía oral a dosis no hepatotóxicas.
- c) Metotrexato a dosis no hepatotóxicas.
- d) Inhibidores JAK quinasa como el 2.

→ pénfigo - tto = corticoides sistémicos a dosis altas.

22. ENFERMEDADES MUCOCUTÁNEAS AMPOLLOSAS AUTOINMUNE II: PENFIGOIDE

PENFIGOIDE AMPOLLOSO (examen)

- enfermedad ampollosa autoinmune
- prevalencia haplotipo HLA-DQB1
- asociaciones (quiere que lo aprendamos) =
 - inhibidores dipeptil peptidas a 4 (vildagliptina, linagliptina) = paciente diabéticos
 - anti PD1/PDL1 (tramolisumab) = pacientes oncológicos
- Ag dirigen autoanticuerpos = Ag 180kD (colágeno 17/Ag2) -> componente intra/extracelular= parte extracelular es la más importante porque es la más accesible => es dx y su Fe para control terapéutico
- *tb contra Ag 230kD (Ag1) = intracelular

Patogenia

- autoanticuerpos no patogenos por sí mismos, actúan mediando respuesta inflamatoria
- Ag (180>230) + Ac = [on] complemento = citoquinas- atraen células inflamatorias (PMN) = mediadores pro inflamatorios = daño MB
- (pénfigo vulgar daño perse de los Ac, aquí es indirecto x cascada proinflamatorias)

Manifestaciones clínicas

- prurito (pre lesiones cutáneas)
- lesiones cutáneas - fase prodrómica:
 1. Fase preampolloso
 2. Fase ampollosa => localiza raíz MMII (pliegues inguinocruarles) + ploegues axilares
- pocas lesiones en mucosa
- ampollas tensas
- signo nikolsky negativo
- variantes clínicas = pretibial + dishidrosiforme (eccema deshidrogeno eccema en palmas y caras laterales dedos, Penfigoide lesiones hemorragias en palma dorso y cara interna dedos) + vesicular + infantil (secundarias a vacunaciones)

Pacientes

- lesiones urticariformes en diana (lesiones por rascado)
- lesiones eccetomatoso
- placas eritemato-edematosas (muy pruriginosas)
- ampollas de contenido hemorrágico, seroso
- quistes Milio = aparecen cuando epitelio san a partir de folículos (se pueden ver en pénfigo ampollosa pero más típicos de .?)

PA dx

- clínicia = pacientes >60a, prurito, placas urticaria les
- pruebas confirmación
 - biopsia cutánea HE = de lesión intacta (vesicula/borde ampolloso)
 - IFD sobre piel del paciente piel perilesiomal -> en fresco
 - determinación en suero de autoAc circulantes (IFI/ELISA)
- *HISTOLOGÍA = ampollas subepidérmica + infiltrado inflantario superficial (espsinofilica). Lesión urticariforme = espongiforme

Pronóstico y tto

- se da en personas mayores con comorbilidades lo que complica el pronox aunque suele ser bueno
- sin tto alta morbimortalidad
- factor pronóstico más importante es el estado general
- tto = cuidados generales = baños + fomentaciones con abtisépticos (muy importante prevenir infecciones por ser puerta de entrada por lo que importante proteger y vigilar los signos de infección -> alerta s.aureus)
- casos graves/extensos = corticoides tópicos alta potencia / micofenolato > azatriopina (x efectos 2º)

. ¿Los autoanticuerpos AGPB2, dirigidos contra el colágeno tipo XVII que conecta con las fibrillas de anclaje, en qué proceso son patogénicos? (evaluación continua)

a) Penfigoide ampoloso.

b) Epidermolisis ampolosa adquirida.

c) Pénfigo foliáceo.

d) Dermatitis herpetiforme.

→ penfigoide ampoloso - patogenia - Ac dirigen contra:

- Ag 180kD / colágeno XVII (BP180kD) = Ag2 del PA

→ otros:

- pénfigo foliaceo = autoAc IgG [vs] desmogleina 1 (desmosomas queratinocitos piel)

- dermatitis herpetiforme = autoAc IgA [vs] transglutaminasa epidérmica

- epidermolisis ampolosa adquirida = autoAc IgG [vs] colágeno VII (fibras anclaje epidermis-dermis)

*correcta: a

. ¿El antígeno 180 del penfigoide ampoloso se localiza en?: (2023 diciembre)

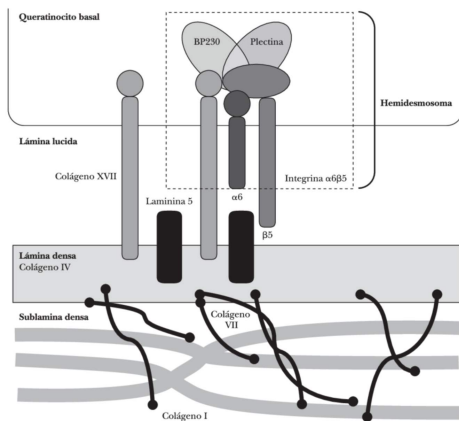
a) Hemidesmosomas.

b) Lámina densa.

c) Lámina lúcida.

d) Capa granulosa.

→ a ver la realidad es que el antígeno 180 o colágeno XVII se extiende desde la placa de los hemidesmosomas hasta la lámina densa (entre medias está la lámina lúcida).



*correcta: c (yo pondría a)

. ¿Dónde se localizan los antígenos del penfigoide?. (evaluación continua)

a) En la lámina densa.

b) En la lámina lúcida.

c) Hemidesmosomas.

d) En la capa granulosa.

*correcta: c

. Dónde se localizan Ags del Penfigoide: (2014 junio)

a) Hemidesmosomas de células de la capa basal.

b) En lámina densa.

c) En lámina lúcida.

d) En capa granulosa.

e) En las uniones intercelulares de la capa espinosa.

→ penfigoide ampoloso - patogenia = autoAc [VS] Ag 180/230kD → en placa hemidesmosomas

*correcta: a

. Respecto al Penfigoide Ampoloso es falso: (evaluación continua)

a) Se presenta preferentemente en ancianos.

b) Es muy pruriginoso.

c) La AP muestra un gran infiltrado eosinofílico.

d) La IFD permanece positiva durante años.

→ penfigoide ampolloso:

- típico personas edad avanzada
- síntoma fundamental = prurito
- dx - histología = dermis infiltrado inflamatorio con muchísimos Eosinófilos (muy característico)
 - IFD = fundamental dx (no dice nada de que esté positiva x años)

*correcta: d

. Una mujer de 80 años acude a su médico por picor generalizado. En la exploración advierte lesiones eritemato-edematosas entremezcladas con alguna de contenido líquido, de preferencia en tronco y en extremidades inferiores. Al no responder a los antihistamínicos orales pautados y sin comorbilidades que justifiquen esta patología, ¿cuál sería su diagnóstico de presunción? (2019 julio)

a) Enfermedad de Paget extramamaria.

b) Toxicodermia.

c) Escabiosis.

d) Dermatitis herpetiforme.

e) Penfigoide ampolloso.

→ penfigoide ampolloso:

- edad avanzada
- clínica = fase preampollosa con lesiones eritematoedematosas + fase ampollosa → localizan en grandes pliegues + extremidades + tronco
- tto = corticoides

*correcta: e

. ¿Qué prueba complementaria no le parece adecuada para llegar al diagnóstico? (2019 julio)

a) Estudio de anticuerpos contra la membrana basal.

b) Estudio de anticuerpos contra la sustancia celular intraepidérmica.

c) Estudio histopatológico de lesión con contenido líquido y evolución reciente.

d) Estudio de material de la lesión con microscopio de campo oscuro.

e) Estudios mediante inmunofluorescencia directa e inmunofluorescencia indirecta.

→ PA - dx =

- histología = infiltrado inflamatorio (dermis) → espongiosis eosinofílica
 - biopsia de lesión intacta / borde lesión contenido líquido reciente aparición (piel perilesional)
- IFD = depósitos lineales IgG + C3
- serología - IFI = anticuerpos circulantes IgG dirigidos contra MB
- serología - ELISA = Ac contra antígeno Penfigoide 180kDa/230kDa

*correcta: d

. Mujer institucionalizada, sin antecedentes médicos de interés, que es remitida por presencia de prurito generalizado y lesiones diseminadas erito-edematosas de aspecto figurado entremezcladas con alguna lesión de contenido líquido, que no responde a los antihistamínicos orales. Estos signos y síntomas pueden ser probables signos premonitores de: (2016 enero)

a) Dermatitis herpetiforme.

b) DM descontrolada.

c) Enfermedad de Paget extramamaria.

d) Penfigoide ampolloso.

e) Sarna costrosa.

*correcta: d

. Qué pruebas complementarias le parece más adecuada para llegar al dx en la paciente anterior: (2016 enero)

a) Ninguna, aconsejaría actitud expectante.

b) Biopsia de borde lesional o de lesión de contenido líquido menos de 48h.

c) Descartar síndrome paraneoplásico.

d) Estudio de autoanticuerpos contra sustancia intercelular intraepidérmica.

e) Todas las respuestas son falsas.

→ te has liado y querías poner el estudio de Ac pero prueba indirecta IFD (se hace sobre piel perilesional)

*correcta: b

. Qué características suelen tener las Ampollas del Penfigoide de localización (¿distal?) en extremidades: (2014 junio)

- a) Más frágiles.
- b) Mayor tendencia a ser purulentas.
- c) Tendencia a ser hemorrágicas.
- d) No ser inflamatorias.
- e) Nada de lo anterior.

→

*correcta: c

. Paciente de 85 años de edad, diabético mal controlado con metformina acude a las consultas de Dermatología derivado por su médico de atención primaria por presentar prurito intenso generalizado de dos meses de evolución, mal controlado con antihistamínicos, desde hace dos semanas ha desarrollado lesiones de contenido líquido seroso y serohemático en eritematosas, no presenta lesiones en mucosas. ¿Cuál de las siguientes actuaciones terapéuticas no estaría indicada?: (2023 diciembre)

- a) Propionato de clobetasol tópico.
- b) Inhibidores de interleuquina 23.
- c) Tetraciclinas orales y nicotinamida.
- d) Prednisona oral.

→ penfigoide ampolloso:

- clínica = prurito → ampolla contenido seroso/hemorrágico
- localización típica = grandes pliegues + extremidades → mucosas muy poco frecuentes
- tto:

- formas localizadas (pacientes con poca lesiones) = corticoides tópicos alta potencia (propionato de clobetasol) +/- sulfona/metrotexato/tetraciclinas +/- nicotinamida
- casos graves (extensos) = corticoides sistémicos (prednisona) +/- fármacos ahorradores corticoides (azatioprina/micofenolato/metotexato) +/- tetraciclina +/- nicotinamida
- biológicos = dupilumab / omalizumab / rituximab

*correcta: b

PENFIGOIDE MEMBRANAS MUCOSAS (PMM)

- cuándo reepitelizan = dejan cicatrices
- pacientes mayor2
- ag180/230
- resistentes a tto
- gingivitis erosivas, lesiones erosivas persistentes, sinequias mucos boca
- abordaje pacientes multidisciplinar según mucosa afectada

PENFIGOIDE GESTACIONAL

- 2/3er trimestre + puerperio
- Ag180/230
- prurito = lesiones cutáneas en zona periumbilicar
- Rara afectación mucosas
- puede recidivar con menstruaciones
- cuidado xq se llama lesión herpetiforme por fórmanos por origen; lo que puede llevar a confusiones
- placas eritematoedematosas con ampollas tensas
- histología = lesión subepidérmica con infiltrado inflamatorio
- IFD = depósitos lineales C3
- tto = corticoides tópicos y a veces antihistamínicos orales

DERMATITIS HERPETIFORME

- preguntas MIR
- enfermedad de Duhring-Brocq

- enfermedad ampollosa autoinmune
- asociada a enteropatía sensible al gluten (Celiaca)
- enfermedad en jóvenes
- ag transglutaminasa epidérmica 3
- clínica = ardor dérmica + lesiones en planos extensión (codos, rodillas) y región lumbar + rara afectación mucosa + dermatitis herpetiforme
- lesiones vesículas en racimo aspecto herpetiforme
- sospecha clínica confirmada con estudio H-E = fase inicial acúmulo PMN y avanza vesículo ampollas subepidérmicas
- IFD = depósitos granulares de IgA en unión dermoepidérmica
- IFI sangre
- tto dieta sin gluten puede controlar la enfermedad y sin este tto siguen apareciendo lesiones
- fármaco = sulfona (dapsona) ->

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la dermatitis herpetiforme es falsa? (2022 diciembre)

- a) Es una dermatosis ampollosa muy pruriginosa, de curso crónico.
- b) Es una dermatosis aguda, ocasionalmente pruriginosa.
- c) Es una dermatosis polimorfa, con lesiones simétricas.
- d) Se pueden detectar antígenos de histocompatibilidad HLA-B8 Y DW3.

-> dermatitis herpetiforme:

- enfermedad ampollosa autoinmune
- clínica = pacientes quejan intenso picor + robar + quemazón

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes dermatosis se asocia a enfermedad celíaca?: (evaluación continua)

- a) Enfermedad de Duhring-Brocq
- b) Epidermolisis bullosa adquirida.
- c) Enfermedad de Hailey-Hailey.
- d) Enfermedad de Senear-Usher.

-> dermatitis herpetiforme / enfermedad de Dühring-Brocq = asocia a enteropatía sensible a gluten

*correcta: a

. La Transglutaminasa epidérmica (TG3) es el Ag principal de: (junio 2014)

- a) Psoriasis.
- b) Dermatitis atópica.
- c) Dermatitis herpetiforme.
- d) Pénfigo herpetiforme.
- e) Ictiosis lamelar.

*correcta: c

. ¿La transglutaminasa epidérmica (TG3) se considera el antígeno principal de qué proceso? (2021 julio) (2020 julio) evaluación continua)

- a) Pénfigo herpetiforme.
- b) Dermatitis herpetiforme.
- c) Dermatitis atópica.
- d) Ictiosis.

-> dermatitis herpetiforme = autoAc IgA [vs] transglutaminasa epidérmica

*correcta: b

. En la dermatitis herpetiforme, mediante inmunofluorescencia directa se ponen de manifiesto: (2023 diciembre) (2022 diciembre) (2021)

- a) Acúmulos de IgA en las papilas dérmicas en piel perilesional y sana.
- b) Acúmulos de IgA exclusivamente en las lesiones.
- c) Acúmulos constantes y complemento en la epidermis.
- d) Acúmulos de IgA a nivel de la capa granulosa en piel sana.

-> dermatitis herpetiforme - dx - IFD = depósitos granulares IgA +/- C3 en unión dermoepidérmica

*correcta: a

. El tratamiento farmacológico de elección en la dermatitis herpetiforme es: (2017)

- a) La azatioprina.
- b) La sulfona.
- c) El metotrexate.
- d) La ciclosporina.
- e) Los corticoesteroides orales.

→ dermatitis herpetiforme - tto = dapsona (sulfona)

*correcta: b

DERMATOSIS AMPOLLOSA LINEAL IGA infantil y del adulto DAIL

-(+)frec = Ac contra porción extracelular y colágeno 7

-poco frecuente en dermis

-investigar si paciente toma fármaco (*enfermedad ampullosa autoinmune más inducida x fármacos → si paciente ingresado con mayor frecuencia es VANCOMICINA)

-lesiones en collar de perlas

-depósitos granulares IgA

EPIDERMOLISIS AMPOLLOSA ADQUIRIDA

-

. ¿Los autoanticuerpos anticolágeno VII en qué proceso son patogénicos? (2021)

- a) Epidermolisis ampullosa adquirida.
- b) Penfigoide ampullosa.
- c) Dermatitis herpetiforme.
- d) Pénfigo foliáceo.

→ epidermolisis ampullosa adquirida (EAA) = autoantígeno [vs] colágeno VII.

*correcta: a

Preguntas MIR

. Mujer de 80 años con antecedentes de HTA, DLP y artrosis cervical a tratamiento con enalapril/hidroclorotiazida y simvastatina desde hace años y esporádico con paracetamol. Consulta por lesiones cutáneas pruriginosas en tronco y extremidades de dos semanas de evolución para las que no ha realizado tratamiento médico. La paciente se encuentra hemodinámicamente estable y afebril cuando acude al servicio de urgencias. Señale la opción correcta: (MIR 2017)

1. En la biopsia cutánea realizada de una lesión de reciente aparición esperaríamos encontrar espongiosis epidérmica, vesículas espongíóticas y un infiltrado eosinofílico.
2. Las lesiones son compatibles con una pustulosis exantemática aguda generalizada por lo que iniciaría tratamiento con amoxicilina-clavulánico por vía oral.
3. Con la sospecha de una enfermedad ampullosa autoinmune se realiza una biopsia de las lesiones para IFD. Se cursa ingreso hospitalario y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día.
4. Con la sospecha de eczema diseminado se realiza biopsia de las lesiones para HE y se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/Kg/día

→ mujer mayor con lesiones pruriginosas cutáneas en tronco y extremidades con semanas de evolución y sin síntomas sistémicos = PA → dx = IFD perilesional ⇒ tto: prednisona

*correcta: 3

.Cuál de las siguientes enfermedades cutáneas está asociada con la enfermedad celíaca: (MIR 2015)

1. Dermatitis Atópica.
2. Dermatitis herpetiforme.
3. Molluscum contagioso.

4. Granuloma anular.
5. Rosácea.

*correcta: 2

. Ante un paciente con sospecha de penfigoide ampolloso ¿Cuál de las siguientes pruebas deberíamos realizar para confirmar el diagnóstico? (MIR 2014)

1. Dermatoscopia.
2. Cultivo del contenido de una ampolla.
3. Biopsia de la piel para cultivo.
4. Biopsia de la piel para estudio histológico e inmunofluorescencia directa.
5. Analítica con determinación de anticuerpos antinucleares y anti DNA.

*correcta: 4

. Hombre de 68 años que consulta al dermatólogo por lesiones cutáneas ulceradas perianales. El dermatólogo se plantea dentro del diagnóstico diferencial un pioderma gangrenoso, una enfermedad ampollosa y una etiología infecciosa. Realiza una biopsia para estudio histológico y solicita también estudio de IFD es negativa y se muestra histología de la lesión. ¿Cuál es el diagnóstico anatomo patológico de la lesión cutánea perianal? (MIR 2021)

1. Pioderma gangrenoso.
2. Pénfigo vulgar.
3. Infección micótica.
4. Infección por el virus de herpes simple.

→ IFD negativa = descarta PV + PA

*correcta: 4

. Una mujer de 23 años consulta por presentar, desde hace varios meses, unas pápulas y vesículas agrupadas localizadas en codos, rodillas, nuca y glúteos. La realización de una inmunofluorescencia directa objetiva depósitos granulares IgA en las papilas dérmicas, ¿Cual de los siguientes enunciados es cierto en esta paciente?:

1. Debe aplicarse una crema acaricida (lindano, permetrina) todas las noches.
2. El tratamiento de elección es un corticoide tópico.
3. Es aconsejable que realice una dieta sin gluten.
4. El mejor tratamiento es el yoduro potásico.

*correcta: 3

. Es característico de la dermatitis herpetiforme:

1. Su asociación a una enteropatía por gluten asintomática.
2. Su asociación a bronquiectasias pulmonares.
3. Alta incidencia de HLA-B-28 en enfermos afectados.
4. Presentar ANA muy positivos.

*correcta: 1

. Paciente de 10 años de edad con erupción de elementos vesiculosos y urticariformes, acompañados de intenso prurito, localizados en codos, rodillas y nalgas. Presenta además un síndrome de malabsorción por enteropatía con intolerancia al gluten. ¿En qué proceso cutáneo pensaría preferentemente?:

1. Dermatitis herpetiforme.
2. Penfigoide ampolloso.
3. Dermatitis crónica infantil benigna.
4. Eritema polimorfo.

*correcta: 1

. ¿Qué es cierto sobre la dermatitis herpetiforme (DH)?:

1. Una dieta libre de gluten permite un mejor control de las manifestaciones cutáneas o menor dosis de sulfona.
2. La mayoría de las DH presentan una enteropatía severa.
3. Existe una elevada incidencia de DH en los casos de enfermedad celíaca.
4. La DH muestra una elevada incidencia de HLA B8 sólo en aquellos casos asociados a enfermedad celíaca.

*correcta: 1

. ¿En cuál de las siguientes enfermedades NO suele haber acantolisis?:

1. Enfermedad Hailey-Hailey.
2. Penfigo vulgar.
3. Psoriasis.
4. Enfermedad de Darier.

*correcta: 3

. Ante un niño con lesiones cutáneas vesículo-ampollosas localizadas en codos y rodillas, muy pruriginosas, nuestro primer diagnóstico de sospecha debe ser:

1. Dermatitis atópica.
2. Dermatitis herpetiforme.
3. Pénfigo ampolloso.
4. Epidermolisis adquirida.

*correcta: 2

	Pénfigo Vulgar	Penfigoide Ampolloso	Penfigoide Gestacional	Dermatitis Herpetiforme
paciente	40-50a	anciano	gestantes (2-3tr)	15-35a
prurito	NO	SÍ	SÍ	SÍ
mucosas	SÍ	NO suele	NO	NO
ampolla	flácida	tensa	herpetiforme	herpetiforme
Nikolsky	+	-	-	-
histología	ampolla intradérmica acantolisis	ampolla subepidérmica eosinófilos	ampolla subepidérmica eosinófilos	ampolla subepidérmica neutrófilos dermis
IFD	IgG	IgG + C3	IgG + C3	IgA
tto	corticoides dosis altas	corticoides	corticoides	dieta NO gluten + dapsona
recuerda	mortalidad <5%	(+)frec	recidiva embarazo	asociado enteropatía x gluten

23. QUERATINIZACIÓN

. La síntesis de la queratina comienza en: (2023 diciembre)

- a) La capa basal epidérmica.
- b) Los estratos intermedios del cuerpo mucoso de Malpighio.
- c) Los estratos altos del cuerpo mucoso Malpighio.
- d) La capa granulosa.

*correcta: a

ICTIOSIS

. Las formas de ictiosis más frecuentes son (evaluación continua)

- a) Ictiosis Lamelar e Ictiosis Vulgar.
- b) Ictiosis ligada a X e Ictiosis Vulgar.
- c) Ictiosis Lamelar y Bebé Colodion autoresolutivo.
- d) Ictiosis Lamelar y Eritrodermia Ictiosiforme Congénita.

→ Ictiosis - formas NO sindrómicas - ictiosis comunes:

- ictiosis vulgar
- Ictiosis recesivas ligada a X (NO sindrómica)

*correcta: b

. La ictiosis vulgar suele relacionarse con: (2024 diciembre)

- a) Trastornos neurológicos.
- b) Complicaciones severas como eritrodermia.
- c) Rasgos atópicos.
- d) Criptorquidia.

. La ictiosis vulgar frecuentemente se asocia con: (2016 enero)

- a) Dermatitis seborreica.
- b) Dermatitis atópica.
- c) Dermatitis IgA lineal.
- d) Dermatitis herpetiforme.
- e) Dermatitis pelagroide.

→ ictiosis vulgar - epidemiología = asociación estrecha con DA (50% pacientes).

*correcta: b

. ¿En qué trastorno de la queratinización se demuestra una deficiencia de la enzima Esteroide sulfatasa o [...] esteroidea? (2021 diciembre)

- a) Ictiosis vulgar.
- b) Ictiosis lamelar.
- c) Ictiosis X.
- d) Bebé Colodión.

. ¿En qué trastorno de la queratinización se demuestra una deficiencia de la enzima Esteroide sulfatasa o arilsulfatasa esteroidea?. (2020 julio)

- a) Ictiosis Lamelar.
- b) Ictiosis X.
- c) Ictiosis adquirida.
- d) Ictiosis Vulgar.

. ¿En qué trastorno de la queratinización se demuestra una deficiencia de la enzima esteroide sulfatasa o arilsulfatasa esteroidea? (2019 julio)

- a) Ictiosis Vulgar.
- b) Queratodermia palmo-plantar hereditaria.
- c) Ictiosis X.

d) Ictiosis adquirida.

e) Ictiosis lamelar.

→ ictiosis:

- vulgar = muy gen filagrina

- ligada a X recesiva = (-) sulfatada esteroidea = acúmulo colesterol-3-sulfato = (-) descamación queratinocitos

*¡truco! esta enzima degrada un colesterol que funciona como pegamento queratinocitos, si está encima no degrada el pegamento que une los corneó tios estos no se descaman

*correcta: c

. Niño recién nacido, que desde nacimiento su piel tiene un aspecto clínico que recuerda a una envoltura de celofán característica de Bebé Colodión. ¿Cuál de los siguientes supuestos es cierto en este cuadro clínico?: (2023 diciembre)

a) Como norma general podemos establecer que es la forma de presentación de una ictiosis X.

b) Es un fenotipo peculiar presente en el momento del nacimiento, común a varios tipos de ictiosis.

c) El estudio histológico de una biopsia cutánea en el momento del nacimiento es específico del tipo de ictiosis que desarrolla el sujeto en el futuro.

d) Es la forma mas grave del llamado feto arlequín.

→ ictiosis congénitas autosómicas recesivas (ICAR)

- cursa con varios cuadros clínicos - solapados (a veces) = misma mutación - dif clínica // dif mut - misma clínica

- clínica al nacer:

• bebé colodion = RN nace cubierto x membrana transparente y brilla = simula envoltorio plástico → formado x capa córnea

• feto alerquín = pronóstico turbio (+ grave que bebé colodión = descarta "d")

- clínica infancia-adulto:

• ictiosis lamelar = escamas grandes + oscuras

• eritrodermia ictiosiforme congénita (NO ampollosa)

*¡importante! la manifestación de la ictiosis al nacimiento ya sea como bebé colodion o feto alerquín, cuando crecen evolucionan a las formas de ictiosis = ictiosis lamelar / eritrodermia ictiosiforme congénita no ampollosa

*correcta: b

. Niño recién nacido, que desde nacimiento su piel tiene un aspecto clínico que recuerda a una envoltura de celofán característica de Bebé Colodión. ¿Cuál de los siguientes supuestos no es cierto en este cuadro clínico?: (2022 diciembre)

a) Como norma general podemos establecer que es la forma de presentación de una ictiosis vulgar.

b) Es un fenotipo peculiar presente en el momento del nacimiento, común a varios cuadros de ictiosis.

c) El estudio histológico de una biopsia cutánea en el momento del nacimiento no es específico del tipo de ictiosis.

d) Puede involucionar espontáneamente en el plazo de tres meses o evolucionar a un síndrome de Sjögren.

*correcta: a

. El Bebé Colodión, ¿se corresponde con una enfermedad clínica definida? (evaluación continua)

a) No, es un fenotipo peculiar presente en el momento del nacimiento, común a varios cuadros de ictiosis.

b) No, es un cuadro perinatal reaccional autorresolutivo independiente.

c) Si, es la forma de presentación de una Ictiosis Lamelar.

d) Si, es la forma de presentación de una Ictiosis vulgar.

→ bebé colodión = forma de presentación de diversas ictiosis

*correcta: a

. Con respecto a la ictiosis lamelar, es cierto que: (2024 diciembre)

a) Se produce por una mutación específica del gen ABCA12.

b) Es un proceso siempre grave que de forma habitual debuta como bebé Alerquín.

c) Presenta alteraciones del cabello, distrofias ungueales, ectropión, microstomía y afectación de pliegues, palmas y plantas en grado variable.

d) Los estudios histológicos demuestran hiperqueratosis inter folicular por retención sin afectación folicular ni ungueal.

. Con respecto a la ictiosis lamelar, es cierto que: (2023 diciembre) (2022 diciembre)

a) Se produce por una mutación específica del gen ABCA12.

b) Es un proceso siempre grave que generalmente debuta como ictiosis Arlequín.

- c) Presentan alteraciones del cabello, distrofias ungueales, ectropión, microstomías. Pliegues, palmas y plantas en grado variable.
- d) Los estudios AP demuestra hiperqueratosis por retención.
- ICAR - ictiosis lamelar:
- escamas grandes-oscuras generalizadas
 - eritrodermia leve-ausente
 - ectropion + eclabium + hipoplasia pabellones auriculares
 - alopecia
 - común con eritrodermia ictiosiforme = hipohidrosis + intolerancia calor + distrofia ungueal + hiperqueratosis palmoplantar
- *correcta: c

. Al realizar la anamnesis durante una consulta dermatológica a un paciente de 28 años con clara sintomatología cutánea de ictiosis lamelar, preguntamos a qué edad comenzaron los síntomas. La respuesta más probable es: (2021)

- a) En la adolescencia.
- b) En el primer año de vida.
- c) Recientemente.
- d) En los últimos 5 años.

→ ICAR - clínica:

- al nacer = bebé colodión + ictiosis arlequín
- infancia-adulto = ictiosis lamelar + eritrodermia ictiosiforme congénita (no ampollosa)

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes procesos no es fotodependiente? (evaluación continua)

- a) Ictiosis lamelar.
- b) Enfermedad de Darier.
- c) Lupus eritematoso.
- d) Eczema de berloque.

→

*correcta: a

QUERATODERMIA

. Por queratodermia se entiende (evaluación continua)

- a) Hiperqueratosis subungueal.
- b) Hiperqueratosis parcheada cutánea.
- c) Hiperqueratosis de palmas y plantas.
- d) Hiperqueratosis difusa cutánea.

→ queratodermia = designa a hiperqueratosis palmoplantar

*correcta: c

ENFERMEDAD DE DARIER

-Enfermedad queratinizada no síndrome

-frecuente y manifiesta en adolescencia (diferente a las anteriores)

-6 hallazgos = st zonas seborreicas: cuero cabelludo+pelo+...

Raro que tengan las 6 manifestaciones

-(+) característico = papulas y costras en zonas seborreicas

. En cuál de los procesos siguientes hay un fenómeno de disqueratosis folicular: (evaluación continua)

- a) Ictiosis vulgar.
- b) Poroqueratosis de Mibelli.
- c) Enfermedad de Darier.
- d) Pitiriasis rubra pilaris.

→ enfermedad de Darier - dermatopatología => disqueratosis = cuerpos redondos + granos

*correcta: c

. En la imagen histológica característica de la enfermedad de Darier se observan (evaluación continua)

- a) Ampollas subepidérmicas.
- b) Hiperqueratosis ortoqueratósica.
- c) Hendiduras suprabasales.
- d) Vesículas intraepidérmicas.

→

*correcta: c

	Ictiosis Vulgar	Ict. Recesiva Ligada a X	Ictiosis Lamelar	Eritrodermia Ictiosiforme
herencia	AD	X R varones	AR	AD
inicio	>2meses	1ª semana vida	nacimiento	nacimiento
distribución	superficies extensión: extremidades + tronco	superficies extensión: extremidades + tronco	(>) nacen bb Colodión 1er mes = escamas	eritrodermia + ampollas hiperquerat empedrado
pliegues afectos	NO	SÍ	SÍ	SÍ
afectación palmo-plantar	hiperlinearidad	NO	SÍ	SÍ
escamas	pequeñas blancas	media-grande poligonal marrón	grandes marrón oscuro	céreas amarillo-marrón
factores asociados	atopia	déf sulfatada esteroidea opacidades corneales criptorquidia	ectropion alopecia cicatricial alt ungueales + ...	infecciones cutáneas mal olor anomal. postura&marcha

24. SARCOIDOSIS MASTOCITOSIS

SARCOIDOSIS

(...)

- forma papulas = lesiones papulosas + jalea mañana a
- lupus pernio = lesiones eritematovioleaceas en partes acras crónicas persistentes evolucionan a dañar cartílago
- sarcoidosis angioloide/Broc-Pautrier
- asociada a cicatrices = aparecen desde semanas del traumatismo o de lesiones muy antiguas -> clónica cicatrices = dolor, picor, induración
- eritema nodoso = manifestación inespecífica (+) frec + mujeres jóvenes + lesiones modulares cara anterior piernas + pánico litio seltast sin presencia de vasculitis
- 3 signos = ... + enfermedad Darier-Roussy + ...
- enfermedad de Darier-Roussy = lesiones subcutáneas -> nodulos firmes/indolores/sin cambios epidermicos
- histopatología = granulomas estilo sarcoidosis (macrófagos o células gigantes) granulomas desnudos x NO linfocitos + NO necrosis caseosa central + dentro células gigantes con estructuras intracitoplasmáticas (no exclusivas/pagognomonicas)
- dx =

. En la patogenia de la sarcoidosis se han implicado diversos factores genéticos, entre los que se incluye: (2024 diciembre) (2022 diciembre) (2021)

- a) Anomalías en el gen FLG que codifica para la filagrina.
 - b) Una gen supresor tumoral en el cromosoma 17q del dominio RAS-GAP.
 - c) Una modificación de la respuesta linfocitosis causada por anomalías en el gen BTNL2 (butirofilin-like 2).
 - d) Anomalías en el gen STS ligado a X, que interviene en el proceso de maduración del queratinocito.
- > sarcoidosis - patogenia = susceptibilidad genética + Ag = [ON] sist inmune celular (linfocitos T + macrófagos) = granulomas
(No habla de genes, pero bueno pues ya lo sabes)
-> otras:
- ictiosis vulgar = mut gen filagrina
 - ictiosis ligada X recesiva = mut gen sulfatada esteroidea (STS)
- *correcta: c

. La lesión elemental característica de la sarcoidosis en el tegumento es: (2022 diciembre)

- a) Una mancha.
 - b) Una vesícula.
 - c) Un tubérculo.
 - d) Una pústula.
- > tegumento = piel
-> sarcoidosis - clínica dermatológica: [IA]
- placas + pápulas = presentaciones (+) frecuentes
- nódulos subcutáneos (Sarcoidosis Subcutánea/Darier-Roussy) = tubérculos/nódulos profundos.
- *correcta: c

. El lupus pernio de Besnier es: (2023 diciembre)

- a) Una forma de lupus eritematoso cutáneo agudo.
 - b) Una forma de lupus eritematoso cutáneo subagudo.
 - c) Una forma de lupus vulgar.
 - d) Una forma de sarcoidosis.
- *correcta: d

. El lupus pernio de Besnier es: (2017)

- a) Una forma de lupus eritematoso cutáneo agudo.
- b) Una forma de lupus eritematoso cutáneo subagudo.
- c) Una forma de lupus eritematoso cutáneo crónico.
- d) Una forma de lupus vulgar.

e) Una forma de sarcoidosis.

→ sarcoidosis - manifestaciones específicas = lupus pernio:

- manifestaciones cutánea sarcoidosis = lesiones cutáneas induradas violáceas en nariz/mejillas/orejas

*correcta: e

. En Dermatología se denomina "lupus pernio" a una forma de: (MIR 2000)

1. Lupus tuberculoso.
2. Lupus eritematoso.
3. Sarcoidosis.
4. Perniosis.
5. Psoriasis.

*correcta: 3

MATOCITOSIS

-hiperplasia mastocitos

-mutación en gen KIT

-clínica = muy pocos síntomas / asintomática + clínica x mediadores mastocitos (histamina, citoquinas) = prurito + flushing (enrojecimiento agudo facial) + palpitaciones

-síntomas manifestaciones sistémicas = fiebre + sudoración + pérdida peso

-factores favorecen clínica asociada a mastocitos x favorecer desgranulación mastocitos = variaciones bruscas Tª + venenos + ejercicio intenso + venenos + fármacos + alimentos

-2 tipos: maculo-papiloma

-maculo-papiloma = síntomas princess prurito +

*signo Darier = presión tangencial (fricción) sobre lesión favorecen degranulación mastocitos = prurito + enrojecimiento + hinchazón (fricción intensa = ampolla;

-telangiectasia macular eruptiva perstans =

-mastocitos a = sobre todo en niños + manifestaciones limitadas a la lesión + poco frec + lesión única con signo Darier + sintomatología intensa con infiltración masiva mastocitos en piel + primera manifestación ampolla + paucos vigilados

-mastocitosis sistémica = criterios mayores y menores (EXAMEN/MIR)

- criterios mayor = presencia 15/> mastocitos agregados biopsia médula ósea

- criterio menor = presencia 25% mastocitos + CD2/25/30 + mut gen KIT + [triptasa sérica]>20ng/mm

-lesiones cutáneas = clave dx

-pronóstico favorable en edad pediátrica

-tto = educación cuidado con fricción/cambios Tª/ejercicio intenso favorece liberación contenido mastocitos

Indicación Omalizumab

. Los mastocitos pueden intervenir en diversos procesos dermatológicos y sistémicos, pero, ¿cuál de los siguientes cometidos atribuiría a los mastocitos en la piel normal? (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) La melanogénesis post irradiación UVB.
- b) La respuesta mediada por células.
- c) Los procesos de reparación tisular.
- d) La respuesta inflamatoria.

*correcta: d

. La explicación histológica del signo de Darier es: (2024 diciembre) (2021)

- a) Una acantosis suprabasal.
- b) Una hipergranulosis interfolicular.
- c) La degranulación del mastocito.
- d) La hipogranulosis focal.

*correcta: c

. El signo de Darier consiste en: (2019 julio)

- a) La insensibilidad frente al calor en las lesiones.
- b) La anestesia en el área de la lesión.

- c) Picor y urticación de la lesión tras el frotamiento.
- d) Desaparición de la lesión clínica tras la biopsia.
- e) El empeoramiento con la exposición solar.

*correcta: c

. El signo de Darier: (2017)

- a) Es típico de las histiocitosis.
- b) Consiste en el despegamiento de la piel al pasar el dedo sobre ella.
- c) Indica progresión de la enfermedad.
- d) Es un término histopatológico.
- e) Se presenta en las mastocitosis.

→ Mastocitosis - signo Darier → fricción lesiones = desgranulación mastocitos = prurito + eritema (enrojecimiento) + edema (hinchazón)

*correcta: e

. Mastocitosis. ¿Qué órgano se afecta con mayor frecuencia?: (2014 junio)

- a) Piel.
- b) Sistema Esquelético.
- c) Sistema Hematopoyético.
- d) Aparato gastrointestinal.
- e) SNC.

→ mastocitosis = hiperplasia mastocitos afecta: piel + MO + otros tejidos

*correcta: a

. La urticaria pigmentosa debe considerarse: (2020 julio)

- a) Una forma de urticaria crónica.
- b) Parte del cortejo sintomático de un lupus cutáneo agudo.
- c) La forma más común de mastocitosis.
- d) Una forma de urticaria vasculitis.

*correcta: c

. La urticaria pigmentosa debe considerarse: (2019 julio)

- a) Un déficit congénito de factor inhibidor de C1.
- b) Un déficit adquirido de factor inhibidor de C1.
- c) Una forma de urticaria crónica.
- d) Una forma de urticaria vasculitis.
- e) La forma más común de mastocitosis.

→ mastocitosis - urticaria pigmentosa - maculo-papulosa = forma clínica cutánea (+) común

*correcta: e

. Niño de 3 años cuyos padres refieren que presenta lesión en cara interna de antebrazo derecho, detectada a los tres meses del nacimiento que en ocasiones se enrojece y le produce picor. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué actitud llevaría a cabo?

1. Mastocitoma, observación ya que probablemente involucione.
2. Nevus sebáceo, extirpación.
3. Angiofibroma, exploración de superficie corporal completa y estudio genético.
4. Nevus melanocítico congénito, seguimiento y control fotográfico

→

-nevus sebáceo = anaranjado en polo sebáceo no se estira de rutina

-angiofibroma = lesiones típicas de la ? + localización facial

*correcta: 1

. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos es considerado como criterio mayor para realizar el diagnóstico de mastocitosis sistémica? (MIR 2021)

1. Triptasa sérica total superior a 20 ng/ml.

2. Infiltrados densos multifocales de mastocitos (>15 mastocitos por agregado) en médula ósea u otros tejidos extracutáneos.
3. Fenotipo superficial de mastocitos anómalos con expresión de CD25 o CD2 o ambos.
4. Morfología alterada de los mastocitos (fusiformes, nó-cleó excéntrico bilobulado o multilobulado, citoplasma hipogranulado).

→ mastocitosis - dx:

- biopsia cutánea
- medición triptasa en sangre (cribado enf sistémica)
- gold standard = acúmulos mastocitos (>15 por campo) biopsia de médula ósea/órgano sospeche afecto

*correcta: 2

	Urticaria Pigmentosa	Telangiectasia Macular Eruptiva Perstans	Mastocitoma solitario	Mastocitosis difusa / eritrodérmica
frecuencia	(+)	rara	frec	muy rara
debut	niños + adolescentes	adultos	lactantes	congénita
morfología	papulas + placas marronáceas delimit	manchas eritematosas con telangiectasias extensas	placa-nódulo aislado	eritrodermia/hiperpigmentación difusa con islotes respetados
localización	generalizada (> tronco)	cualquiera (>tronco)	cualquiera	generalizada
signo de Darier	(+) *adultos más sutil	(-)	(+)	(+)
afectación sistémica	rara en niños	frec	NO	no se sabe
evolución	resolución adolescenc.	persistente	resolución niñez	complicaciones frecuentes

25. NEUROFIBROMATOSIS.

- Sd neurocutáneo (+)frec
- manchas café con leche

- tipo I = 95% + 50%heredados-50%espontaneos -> herencia AD + gen NF1
- manifestaciones cutáneas = máculas café con leche + lentugenes (manchas café con leche pequeñas)
- lesiones tumorales = neurofibromas => cutáneos + subcutáneos + plexiformes/difusos
- neurofibromas cutáneos = signo ojal (piel se hunde)
- NF subcutáneos = palpables
- NF plexiformes = congénitos, pueden parecer primeros años vida, incremento vello en es zona (hipertrichosis), cuando lo palpamos aparece signo saco gusanos (sensación da al palpar), necesitan revisión continuo. Pueden doler, capacidad malignización
- manifestaciones oculares:
 - gliomas nervio óptico -> pueden ser asintomáticas / comprometer nervio óptico / pueden protutor (proptosis)
 - Nódulos de Lisch = hamartomas pigmentados del iris -> 90%
- manifestaciones esqueléticas
 - Cráneo = macrocefalia + displasia ala esfeniides
 - Columna = espina bífida + escoliosis
 - extremidades
- compromiso nivel neurológico = retraso aprendizaje, convulsiones, cefalea,
- HTA =
- asociación con tumores malignos = tumores SNC (seguimiento neurología) + sarcomas tejidos blandos (tumores alíganos vaina nervio periférico, rabdomiosarcomas, tumores
- clínica = manchas café con leche y neurofibromas plexiformes pueden estar presentes desde el nacimiento, a partir de los 2 años nódulos de lisch, retraso aprendizaje se intensifica 6-10a incrementa riesgo otros tumores, >10 Neurofibromatosis cutáneos y subcutáneos, adultos seguimiento neurológico/oftalmo/derma riesgo malignización
- dx = clínico (familiares afectos xq han heredado gen / aparición de novo) + estudio genético (cuando: casos dudosos, detección familiares afectísimo dx preimplantation)
- criterios dx => mayores = gliomas + nódulos de Lisch
- DD = entidades máculas café con leche = sd Legius (no neurofibromas, HAD) + sd McCube-Albright (sin neurofibromas) + Sdd Noonan (fancias concretam talla baja, NO neurofibromas)

NF2

- Incidencia más baja
- HAD
- alteracion gen NF2 = proteína merlina/schwanomina
- clínica
 - neurológica = schwannomas vestibulares bilaterales
 - ocular = retina (hamartomas, membranas s, cataratas precoces -> explorar fondo de ojo)
 - cutáneas = tumores cutáneos no neurofibromas en estudio AP son schwannomas + Olacas pigmentadas con vello (folículos engrosados) +
- criterios diagnósticos = 1 característica de todas las principales s= swankmas vestibular bilateral / familiar primer grado / variedad patogenia gen => criterios secundarios

. Una niña de 3 años, sana, es remitida a consulta para valoración de lesiones maculosas, redondeadas, de color marrón claro y múltiples, que presenta desde el nacimiento en tronco y abdomen, siendo de diferentes tamaños. ¿Cuál es su diagnóstico? (2019 julio)

- Mastocitosis.
- Urticaria pigmentosa.
- Neurofibromatosis tipo I.
- Síndrome de lentiginosis múltiple.
- Síndrome de Leopard.

→ NF1 - manifestaciones cutáneas = máculas/manchas café con leche (>6 + >5/15mm = dx)

*correcta: c

. La presencia de "efélides axilares" en un paciente de dos años, debe hacernos sospechar: (2020 julio) (2019 julio)

- a) Lentiginosis cardiomiopática.
- b) Enfermedad von Recklinghausen.
- c) Síndrome de Albright.
- d) Esclerosis tuberosa.
- e) Incontinentia Pigmenti.

→ NF1 - clínica dermatológica = signo de Crowe (léntigos axilares/inguinales)

*léntigos = efélides/pecas diferencia de estas porque no desaparecen en invierno

*correcta: b

. Los neurofibromas cutáneos de la NF de Von Recklinhausen: (2017) (2016 enero)

- a) Siempre son dolorosas.
- b) Constituyen la manifestación más precoz de la enfermedad.
- c) Aparecen en los primeros meses de vida.
- d) A, B son ciertas.
- e) Ninguna es correcta.

→ neurofibromas cutáneos = pubertad

*correcta: e

. Sobre los neurofibromas en NF: (2015 julio)

- a) Duelen.
- b) Aparecen en pubertad.
- c) Otra.
- d) Todas ciertas.
- e) Todas falsas.

→ NF1 - manifestaciones cutáneas = neurofibromas:

- neurofibromas cutáneos = pubertad + blandos + móviles + (>)tronco + signo ojal

- neurofibromas subcutáneos = pubertad + palpables > visibles + dolorosos (en ocasiones) + extienden x tronco nervioso

- neurofibromas plexiformes = dx + <5a + grandes + signo saco gusanos

*correcta: b

. NO es cierto que, en la neurofibromatosis: (MIR)

- 1. Las manchas café con leche son el signo más precoz.
- 2. La presencia de "pecas" axilares puede considerarse casi patognomónico.
- 3. El tumor intracraneal solitario más frecuente es un glioma del nervio óptico.
- 4. Se ha demostrado que tiene una herencia autosómica recesiva.
- 5. Los neurofibromas pueden experimentar una transformación sarcomatosa.

*correcta: 4

. En una revisión, a un adolescente diagnosticado de síndrome de von Recklinghausen, se le descubren cifras altas de tensión arterial sin ninguna otra sintomatología. ¿Qué cuadro patológico acompañante de los siguientes hay que descartar?: (MIR)

- 1. Schwannoma perirrenal
- 2. Glioma en región hipotalámica.
- 3. Feocromocitoma intraabdominal.
- 4. Nefropatía mesangial asociada
- 5. Estenosis carotídea por carcinoma medular de tiroides.

*correcta: 3

. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio diagnóstico de enfermedad de Von Recklinghausen? (2024 diciembre)

- a) Glioma del nervio óptico.
- b) Lesiones óseas distintivas.
- c) Rabdomioma cardíaco.
- d) Léntigos en la región axilar o inguinal.

→ NF1/enf Von Recklinghausen - criterios dx:

- manchas café con leche >6

- neurofibromas >2 / 1 si plexiforme

- lentíngines axilares/inguinales
- glioma óptico
- nódulos Lisch >2
- lesión ósea característica (displasia esfenoides)
- pariente 1er grado NF1
- esclerosis tuberosa = rabdomioma cardíaco
- *correcta: c

. La presencia de un único neurofibroma plexiforme en un paciente de 3 años de edad es suficiente para la sospecha diagnóstica de: (2022 diciembre)

- a) Mastocitosis cutánea localizada.
- b) Síndrome de Proteo.
- c) Síndrome de LEOPARD.
- d) Neurofibromatosis tipo 1 de Riccardi.

→ NF1 - dx = 1 neurofibroma plexiforme

*correcta: d

. La presencia de manchas café con leche de más de 5 centímetros de diámetro mayor, que han ido aumentando en número y tamaño desde la infancia en un paciente sin ninguna otra alteración morfológica o tumoral debe hacernos sospechar de: (2021)

- a) Neurofibromatosis tipo 1.
- b) Enfermedad de Legius.
- c) Síndrome de LEOPARD.
- d) Mastocitosis cutánea maculosa.

→ NF1 - DD:

- enfermedad de Legius = múltiples manchas café con leche + lentigos + NO neurofibromas / alteraciones neurológicas

*correcta: b

ESCLEROSIS TUBEROSA / ENFERMEDAD PRINGLES-BOURNEVILLE / EPI

-HAD + trastorno neurocutáneo + gen = TSC1 (hamartoma) / TSC2 (tu Erica)

-típico = máculas hipopigmentadas (presentes al nacimiento o primeros meses vida → uso luz wood piel claras permite detectar cambios pigmentación piel)

-lesiones cutáneas confeti / "fresno"

-manifestaciones dermatológicas

- placa fibrosa cefálica = primera lesión en frente (variante angiofibroma mayor tamaño)

- Placa sharpen (piel zapa) = región espalda baja

- angiofibroma facial (adenomas sebáceos mal nombrado) = (+) característico

- fibromas periungueales

- Manchas café con leche <6

- lesiones tipo Coín (lesiones modulares ungüea e)

-lesiones SNC = hamartomas glioneuronales

-alteraciones neurológicas = epilepsia (st espasmos en la infancia)

*lesiones tuberculosa = se veían lesiones tuberosas en dx imagen en ?

-retina = hamartomas

-criterios dx

. Las máculas hipocrómicas "en confetti", deben hacernos sospechar: (2024 diciembre) (2022 diciembre) (2020 julio)

- a) Una Enfermedad von Recklinghausen.
- b) Pitiriasis simple de cuero cabelludo.
- c) Una esclerosis tuberosa.
- d) Incontinentia Pigmenti.

*correcta: c

. Las máculas hipocromas lanceoladas en "hoja de fresno", deben hacernos sospechar: (2019 julio)

- a) Una enfermedad Von Recklinghausen.
- b) Una esclerosis tuberosa.
- c) Lentiginosis cardiomiopática.
- d) Un síndrome de Albright.
- e) Incontinentia pigmenti.

→ esclerosis tuberosa - clínica dermatológica = máculas hipopigmentadas:

- poligonales = (+)frec
- lanceoladas/ hoja de fresno = (+) características
- manchas confetti/guttata

*correcta: b

. ¿Qué lesiones cutáneas son de aparición precoz en la esclerosis tuberosa? (2023 diciembre)

- a) Mácula hipocrómica en "hoja de fresno".
- b) Angiofibromas de Könen.
- c) Asociación con la poliquistosis inercial.
- d) Infiltrado de linfocitos y esisnofilos en dermis papilar.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes lesiones cutáneas suele ser de aparición más precoz en la esclerosis tuberosa? (2016 enero)

- a) Hamartomas angiofibrosos de la cara.
- b) Manchas hipocrómicas lanceoladas.
- c) Fibromas gingivales.
- d) Angiofibromas periungueales.
- e) Todas son verdad.
- f) Ninguna es correcta.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes lesiones cutáneas suele ser de aparición más precoz en la esclerosis tuberosa? (2017 enero)

- a) Hamartomas angiofibrosos de la cara
- b) Hamartomas renales.
- c) Angiofibromas periungueales.
- d) Todas son verdad.
- e) Ninguna es correcta.

→ *a mi en clase me da la sensación de que los angiofibroma frontales son bastantes frecuentes

*correcta: e

. La lesión más precoz de la esclerosis tuberosa es: (MIR)

1. Angiofibromas faciales.
2. Adenomas sebáceos.
3. Tumores de Koenen.
4. Nódulos de Lisch.
5. Mancha hipocrómica en hoja de fresno.

→ manchas hipopigmentadas = (+) precoz

Placa fibrosa cefálica tb = nos haría dudar

(Estas notas de arriba son de lo que dijo el profe corrigiendo, ahora leyendo apuntes te digo que las mácula hipopigmentadas entre las que tenemos las máculas hipopigmentadas en hoja de fresno puedo decirte que estas aparecen al nacimiento)

*correcta: 5

. El adenoma sebáceo de Pringle, por sus características histopatológicas, debería denominarse con más propiedad: (MIR)

1. Tricofoliculoma.
2. Epitelioma quístico benigno.
3. Adenofibroma ecrino.
4. Angiofibroma.
5. Adenocarcinoma sebáceo.

→ complejo esclerosis tuberosa / enfermedad Pringle-Bourneville / epiloia - clínica:

- angiofibromas ("adenomas sebáceos") fáciles = (+) característico

*correcta: 4

. Si en el curso de la exploración dermatológica de un paciente de 15 años de edad de una lesión de "piel de chagrín" (tafilete) en la espalda, nos daría el diagnóstico de Esclerosis Tuberosa siempre y cuando: (2021)

- a) Coexista con una mácula lanceolada en "hojas de fresno".
- b) Presentara además a la llamada "piel de confetti".
- c) Un hermano ya está diagnosticado de EPILEPSIA.
- d) Al explorar la cavidad oral observamos un fibroma gingival (épuli).

→ esclerosis tuberosa - criterios dx

- mayores:

- máculas hipomelanóticas >3
- angiofibromas >3
- placa fibrosa cefálica
- fibromas ungueales
- placa shagreen
- rabdomioma cardíaco ...

- terciarios = mácula lanceolada + piel de confeti + fibromas gingivales

*correcta: c

. Un lactante de 6 meses de edad presenta episodios de espasmos en flexión, en rachas, más frecuentemente cuando tiene somnolencia. Los padres le encuentra apagado y triste y con impresión de escasos avances en el desarrollo. En la exploración física se encuentran 7 manchas hipopigmentadas en tronco y en las extremidades. Entre los estudios complementarios realizados destaca el hallazgo en la ecocardiografía de una tumoración cardíaca aparentemente asintomática. ¿Cuál de las siguientes patologías es más probable en este niño? (MIR)

- 1. Síndrome de Sturge-Weber.
- 2. Neurofibromatosis tipo 1.
- 3. Neurofibromatosis tipo 2.
- 4. Esclerosis tuberosa

-espasmos, máculas, ...

→ complejo esclerosis tuberosa

- clínica = lesiones:

- dermatológicas = máculas hipopigmentadas
- neurológica = epilepsia
- cardiovascular = rabdomioma cardíaco

- dx - criterios mayores:

- máculas hipomelanóticas (>3 + >5mm)
- rabdomioma cardíaco

*correcta: 4

. ¿Cuál de las siguientes lesiones cutáneas forma parte de la tríada característica de la esclerosis tuberosa? (2014 junio)

- a) Lentiginosis orificial.
- b) Ampollas mecánicas.
- c) Alopecia congénita.
- d) Quistes dermoides.
- e) Hamartomas angiofibrosos centofaciales.

*correcta: e

SD PROTEO

-trastorno congénito x sobrecrecimiento varios tejidos

-mosaicismo asociado a nevus epidérmico

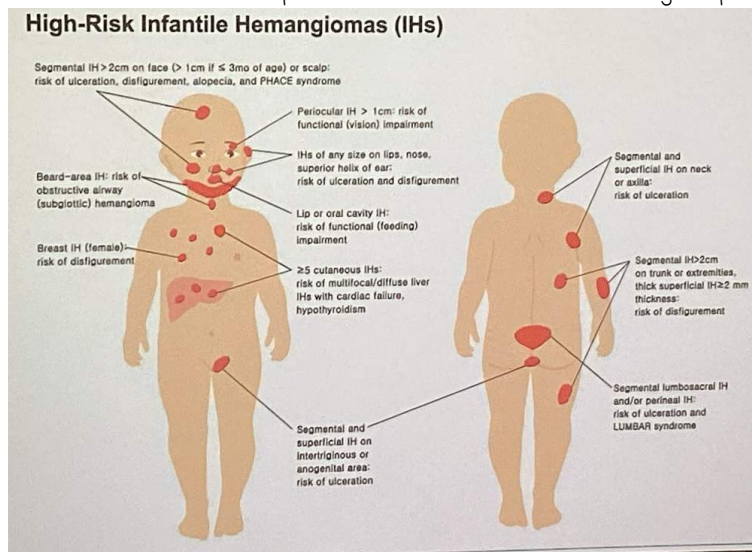
-clínica = macrosómico + gigantismo (a una extremidad o un solo dedos) + nevus + cambio pigmentación Piel + hiperplasia cerebriforme plamas y plantas + lipomas o atrofia grasa

26. MALFORMACIONES Y TUMORES VASCULARES

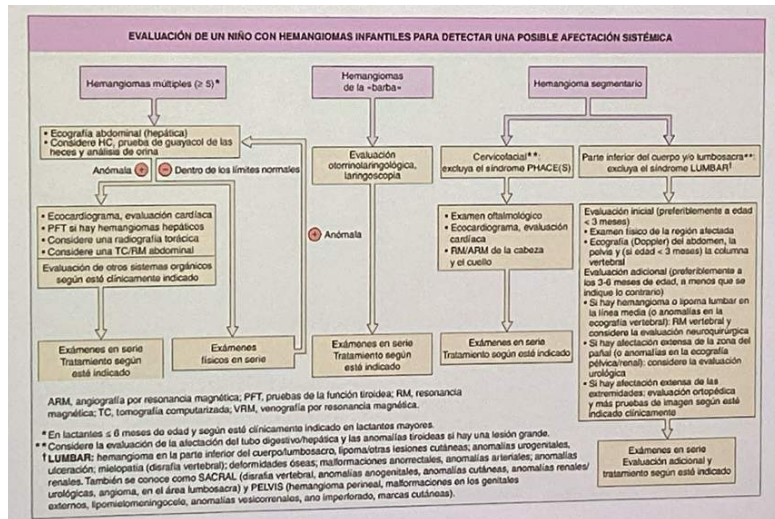
Generalidades	
 Hemangiomas infantiles - Tumor muy frecuente en la infancia Aparición en primeras semanas Involucionan: fase de crecimiento, estabilización y regresión - Cuidado en los de cara y cuello y lumbosacros pues pueden ser marcador de alteración subyacente Marcador Glut-1 positivo, diferencia de otras lesiones vasculares	 Malformaciones vasculares - Puede ser capilar, venosa y/o linfática Congénitas No involucionan: estables/progresivas - Pueden asociarse a otros síndromes polimalformativos

HEMANGIOMAS INFANTILES

- aparecen en las primeras semanas de vida (NO presentes al nacimiento)
- lesiones papulosas coloración rojovinosa → pueden ser profundos siendo palpables pero no dando color vinoso → tb pueden ser mixtos
- fases
 - proliferativa = aparición primeros meses veces crecimiento muy rápido hasta los 6 meses que hacen meseta hasta los 12 meses
 - fase involutiva = a partir de los 12 meses involucionan
- foto importante de las zonas de riesgo donde aparecen hemangiomas y debemos preocuparnos (barbilla cuello = obstrucción vía aérea, se pueden ulcerar) 5/+ afectación/Riesgo hepático



- SD PHACE
- SD LUMBAR = hemangioma región lumbo sacra puede asociar este síndrome
- algoritmo dx:



-tto = padres quieren tto pero no cumple criterios => beta bloqueantes tópicos (timolol) + corticoides (tópicos o intralesionales)

propranolol sistémico - uso:

- 5 sem - 5 meses
- hemangiomas mortales / ponen en peligro capacidad funcional
- hemangioma ulcerado con dolor
- ...

. Una lactante prematura de 32 semanas, consulta al mes de nacimiento por 3 hemangiomas infantiles superficiales que han crecido en las 2 últimas semanas en el antebrazo derecho, en el tórax y en la espalda. Respecto a los hemangiomas infantiles que presenta la paciente, señale la respuesta INCORRECTA: (MIR 2024)

1. Tienen 3 fases evolutivas: una fase proliferativa en la que la lesión crece aceleradamente, un periodo de estabilidad y una fase involutiva.
2. Suponen la única lesión positiva para el marcador GLUT-1 (proteína transportadora de glucosa).
3. Es necesario realizar estudios de imagen (la ecografía sería la técnica de elección) por el riesgo aumentado de hemangiomas a nivel visceral.
4. La mayoría de los hemangiomas infantiles tiene un curso clínico predecible por lo que, si no hay compromiso funcional ni estético, una opción válida es no tratar a estos pacientes.

-> 3 hemangiomas no indicado eco, a partir de 5 hemangiomas

-> Se cree que los HI derivan de células progenitoras endoteliales o células madre angioblásticas con capacidad de formar vasos sanguíneos. Estas células muestran expresión de marcadores placentarios como GLUT-1, Lewis Y, merosina y FcγRII, lo que sugiere un origen común con el endotelio placentario.

*correcta: 3

. Falso con respecto al Hemangioma: (2014 junio)

- a) Tiende a persistir indefinidamente.
 - b) 90% de casos aparece durante el primer mes de vida.
 - c) Se encuentra en el 10% de los niños.
 - d) En más del 70% es una lesión única.
 - e) En algunos casos está presente en el momento del nacimiento.
- > hemangiomas infantiles
- lesiones esporádicas (involucionan)
 - (+)frec = niñas + prematuros
 - NO visibles al nacimiento (existen algunas formas congénitas = excepcionales)
 - aparecen 1ª semanas vida

*correcta: a

. El hemangioma: (2017) (2016 enero)

- a) Tiende a aparecer en la vida adulta.

- b) No tiene tendencia a sufrir sangrado o ulceración.
- c) No tiene a la involución espontánea.
- d) Todo lo anterior es cierto.
- e) Nada de lo anterior es cierto.

→ hemangiomas:

- aparecen primeras semanas vida
- involución espontánea
- localización labios/nariz/orejas/nalgas = pueden ulcerarse

*correcta: e

. El tratamiento de elección de los hemangiomas tuberosos del recién nacido "en Pinocho": (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Es fundamentalmente quirúrgico utilizando injertos autólogos para reparar la solución de continuidad.
- b) Deben iniciarse con una solución oftálmica de timolol si persiste después del primer año de vida.
- c) Puede emplearse la cirugía láser en los de gran tamaño y crecimiento rápido.
- d) Puede tratarse con betabloqueantes en solución tópica u oral a lo largo del primer año de vida.

→ hemangiomas infantiles - tto:

- tópico = hemangioma NO cumolen criterio tto oral pero deseo tto => timolol
- sistémicos = hemangiomas riesgo cicatrices permanentes / desfiguración localización anatómica => propranolol (5 meses-5a)
- Cx / láser = contraindicación tto oral/sistémico + falta respuesta + necesidad resolución rápida + lesiones pediculado/ ulceradas

*correcta: d

MALFORMACIONES VASCULARES

- presentes al nacimiento
- persistentes
- proguvas = pueden empeorar asociando síndromes complejos
- bajo flujo = tipo capilar = angioma plano = sustrato son vasos venosos
- alto flujo = malformaciones arteriovenosas

Angiomas planos = nombre mal

1. Nevus simple / mancha salmón = retro circulación fetal no se ha eliminado reabsorbido -> visibles al bañar al niño x cambios ta vasodilatación + suelen desaparecer (las de la nuca picotazo cigüeña persiste más) + no suelen sanar anomalías subyacentes
2. Nevus Flammeus / manchas vino Oporto = mutación gen GNAQ + lesión plana q se va engrosando + No regresa + solo persiste

Se Stiger-Weber

-Trastorno neurológico asociado a mancha vino Oporto en la cara

Sd Klippel-Trenaunay

-triada = mancha vino oporto en 1 extremidad + ? + ?

. Con respecto al angioma plano (mancha en vino de Oporto), es cierto que: (2021)

- a) Son lesiones vasculares medio-faciales u occipitales que tienden a desaparecer en el primer año de vida.
- b) Predomina en mujeres, inicio de la infancia, y se localiza en miembros siguiendo las líneas de Blaschko.
- c) Se diferencian del angioma neonatorum porque son asimétricas, unilaterales o metaméricas.
- d) Máculas diminutas, múltiples, de color eritematoso a púrpura, agrupadas en forma lineal, adoptando un aspecto serpiginoso, que no desaparecen a la vitropresión.

→ malformaciones vasculares - alto flujo - malformaciones capilares:

- nevus simple / mancha salmón - "beso de ángel" = mancha salmón parte central cara -> 90% desaparecen (a)
- nevus flammeus / mancha vino oporto = presentes nacimiento - con los años se van oscureciendo + engrosando (incluso forma nódulos)

*correcta: c

. Se conoce como síndrome de Sturge-Weber: (MIR)

1. Hipertrofia hemiangiectásica de un miembro.
2. Aparición de múltiples verrugas seborreicas.
3. Angiomatosis encefalotrigeminal.
4. Malignización de un nevus organoide.
5. Angiocondromatosis.

*correcta: 1 (es la 3 que el profe se equivocó)

MALFORMACIONES VASCULARES VENOSAS

- Comunes y familiares = lesiones azuladas compresibles
- Glomovenosas = solitarias + diseminadas
- se beañ = nevus azul en tetina goma = protuberancias azul compresibles
- sd Maffucci = trastornos esporádicos con nódulos

MALFORMACIONES VASCULARES LINFÁTICAS

- linfedema primario
- malformación linfática = microquísticas + macroquísticas + combinadas + anomalía linfática generalizada/linfangiomatosis
- "Lesiones en huevos de rana" (lesiones ampollosas agrupadas)

MALFORMACIONES VASCULARES ARTERIO-VENOSAS

- Alto flujo con comunicación directa arterias y venas = laten que te caras
- poco prevalentes pero perigrosa
- localización cefálica
- 4 estadios = 1. Quiescentes 2. Expansivas (calientes) 3. Destrucción (ulceradas/necróticas) 4. Descompresión cardíaca
- sd
- 1. De Cobb = intravertebral + mutRASA1
- 2. De Parkes-Weber = lesiones lógicas y en ocasiones fallo cardíaco

OTRAS LESIONES VASCULARES

Puntos rubíes /angioma senil o en fresa

- Aparecen a partir determinada edad
- tto puramente estético

Lago venoso

- lesiones en labios = mancha violácea con relieve
- vasos sanguíneos acumulados
- tto estético o por sangrado (como antes?)

Nevus arachneus

- telangiectasia
- vaso sanguíneo con pápula central y vasos alrededor con forma araña

Angioqueratomas

- lesiones vasculares acompañan de hiperqueratosis
- ponemos dermatosis pío y vemos color violáceo lo que significa que hay vals

Granulomas piógeno

- proliferación vascular atípica
- si es grave hay q biopsiar lo para ver que subyace

Enfermedad Rendu Osler

-HAD

-sangrados nasal+digestivos = asocian anemia

Enfermedad de Fabry

-ligada a X (HAD)

-alt esfingolípidos x enzima alfa-galactosidasaA

. Respecto al granuloma piógeno (botriomicoma) es cierta: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Son hemangiomas sobreinfectados.
- b) También denominado puntos rubí o angioma senil, son muy frecuentes en ancianos.
- c) Los de localización escrotal se denominan angioqueratoma de Fordyce.
- d) Histológicamente es una proliferación vascular y fibrosa benigna sin granuloma.

. Respecto al granuloma piogénico (botriomicoma) es cierto: (2023 diciembre)

- a) Son hemangiomas sobreinfectados.
- b) También denominado púrpura de Bateman, son frecuentes en adultos.
- c) Los de localización escrotal se denominan angioqueratoma de Fordyce.
- d) Histológicamente es una proliferación vascular fibrosa benigna sin granuloma.

→ malformaciones vasculares

- puntos rubíes / angioma en fresa / angioma senil
- angioqueratomas = aparecen típicamente: escroto + zona genital
- granula piógeno:

- se creía desencadenante infeccioso = desencadenante ppl traumatismo local
- proliferación vascular atípica - reacción exagerada piel (tejido granulación)

*lo de que es sin granuloma no lo había entendido así me ha ayudado la IA:

- A pesar de su nombre, el Granuloma Piógeno no es un verdadero granuloma (no está formado por macrófagos y células epitelioides, como en la tuberculosis).
- Es un hemangioma capilar lobulillar, es decir, una proliferación benigna de vasos sanguíneos pequeños (vascular) y tejido fibroso.

*correcta: d

. Respecto al granuloma piogénico (botriomicoma) es cierto: (2021)

- a) Se ve en el contexto del Sarcoma de Kaposi mediterráneo.
- b) También denominados "puntos rubí" son muy frecuentes en ancianos.
- c) Es una lesión excrecente fibrosada de crecimiento lento y progresivo.
- d) En localizaciones atípicas, debe hacernos descartar un melanoma.

→ granuloma piógeno = ideal extirpar+analizar x posibles melanomas melanótucos subyacentes

*correcta: d

27. PRECÁNCER Y CÁNCER CUTÁNEOMUCOSO NO MELANOMA

. ¿Cuál de las radiaciones implicadas en la carcinogénesis no le influye que el cielo se presente cubierto (nublado) o despejado, llegando con prácticamente la misma intensidad a la superficie terrestre? (2019 julio)

- a) Ultravioleta C.
- b) Ultravioleta A.
- c) Ultravioleta B.
- d) Infrarrojos.
- e) Luz visible.

→ carcinógenos cutáneo-mucosos - radiaciones actínicas:

- UVA = NO filtrada x cristal
- UVB = filtrada x cristal

→ [IA]

- Ultravioleta A (UVA): La radiación UVA (320-340) longitud onda (+) larga = penetra profundamente dermis + atraviesa fácilmente nubes/vidrio → intensidad constante día/año = influencia carcinogénesis principalmente x daño indirecto (formación radicales libres).
- Ultravioleta B (UVB): La radiación UVB (290-320) longitud onda (+) corta = principal responsable quemaduras solares + cáncer piel (daño directo ADN) → bloqueada x nubes/vidrio/capa de ozono.
- Ultravioleta C (UVC): (+) energética = completamente bloqueada x capa ozono → no llega a la superficie terrestre.

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en los pacientes trasplantados sometidos a terapia inmunosupresión en relación con el cáncer de piel? (2024 diciembre)

- a) El riesgo permanece tras suspender el tratamiento inmunosupresor.
- b) A mayor inmunosupresión, mayor riesgo.
- c) El cáncer más frecuente es el carcinoma espinocelular.
- d) Los cánceres cutáneos en estos pacientes tienen peor pronóstico que en inmunocompetentes.

→ carcinógenos mucocutáneos - factores inmunológicos:

- pacientes trasplantados = x20 (+)riesgo CCNM - st CEC
- incidencia aumenta con grado/duración inmunodepresión
- reversible = [after] suspensión tto → incidencia (-)
- CEC = (+) agresivo + peor pronox

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes manifestaciones del liquen plano puede ser preneoplásica?: (2024 diciembre)

- a) Liquen plano hipertrófico.
- b) Liquen plano erosivo oral.
- c) Liquen plano pilar.
- d) Síndrome de Graham-Little-Piccardi-Lassueur.

→ carcinógenos cutaneomucosos => cicatrices crónicas = dermatosis inflamatorias:

- lupus vulgar
- liquen erosivo oral
- liquen esclerotrófico
- hidrosadenitis

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes complicaciones puede surgir al cabo de los años, sobre una lesión antigua de lupus vulgar?: (2023 diciembre)

- a) Nefritis lúpica.
- b) Epitelioma espinocelular.
- c) Mal perforante plantar.
- d) Eczema bacteriano.

→ carcinógenos cutáneomucosos - cicatrices crónicas - dermatitis inflamatorias (lupus vulgar) = muchos años latencia = CEC muy agresivos

*correcta: b

. La enfermedad de Bowen afectando a la piel se corresponde con: (2016 enero)

- a) Carcinoma intraepidérmico afectando a mucosa de transición.
- b) Carcinoma intraepidérmico en personas con exposición al arsénico.
- c) Si está situado en región genitoanal, carcinoma intraepidérmico asociado a infección por VPH.
- d) Todas las respuestas son falsas.
- e) B y C son ciertas.

→ carcinógenos cutaneomucosos:

- factores infecciosos = VPH (16/18/33) oncogénicos = patología anogenital ⇒ papulosas bowenoide (CEC in situ = enfermedad Bowen)
- arsénico crónico = favorece aparición carcinomas piel (enf Bowen)

*correcta: e

. Las queratosis actínicas: (2020 julio)

- a) Un 5-10% de ellas acaban por evolucionar a un carcinoma epidermoide.
- b) Los cánceres que aparecen sobre ellas son más agresivos que los que derivan de cicatrices crónicas.
- c) Histopatológicamente se caracterizan por una displasia de todo el grosor de la epidermis.
- d) Al tacto son rasposas en superficie y con infiltración evidente en su base.

→ queratosis actínicas:

- in situ
- 5-10% pueden malignizar = evolucionan a CEC invasiva 5-10% (en años, poco agresivos)
- CEC >agresivo> QA (metas ganglionares)
- formas hipertrófica (cuerpo cutáneo)

*creo que lo erróneo de la d es q hay una infiltración evidente en su base al lo de que la superficie es rasposa al tacto Es verdad hasta lo que he escuchado en clase que puede que lo haya escuchado mal

*correcta: a

. Hombre de 75 años, sin antecedentes personales de interés, agricultor jubilado, que acude a la consulta refiriendo que en los últimos 10 años ha notado la aparición progresiva en cuero cabelludo (es calvo desde hace años) de pequeñas placas eritematosas, muchas de ellas con descamación y rasposas al tacto, siendo la mayoría asintomáticas, si bien alguna le molesta al tacto. Ante este cuadro clínico y la imagen ¿cuál de los siguientes sería el diagnóstico?: (MIR 2024)

1. Dermatitis seborreica.
2. Queratosis actínica.
3. Liquen nitidus.
4. Psoriasis.

→ queratosis actínica = hombres mayores que se quedan calvos (zona fotoexpuestas) agricultor (mucho exposición solar)

*correcta: 2

. Varón de 82 años de edad, agricultor jubilado, que refiere desde hace unos 3-4 años la aparición progresiva de múltiples lesiones rasposas que caen para volver a reaparecer en frente, cuero cabelludo, mejillas, dorso nasal y dorso de ambas manos. ¿Cuál sería su diagnóstico más probable? (2020 julio)

- a) Queratosis actínicas.
- b) Queratosis seborreicas.
- c) Epidermodisplasia verruciforme.
- d) Queratosis arsenicales.

→ queratosis actínicas = lesión precancerosa (+)frec (>65a 50%) = CEC in situ

- zonas fotoexpuestas con lesiones múltiples rasposas en dorso nariz + mejillas

*correcta: a

. De los siguientes cambios clínicos que pueden aparecer en la lesión de este caso, ¿cuál no le haría sospechar una degeneración maligna? (2020 julio)

- a) Crecimiento.
- b) Cambio de color.
- c) Induración.
- d) Ulceración.

→ queratosis actínica - alerta malignización = ulceración + crecimiento + infiltración

*correcta: b

. ¿Qué tratamiento no consideraría como de primera opción? (2020 julio)

- a) Electrocirugía.
- b) 5-fluorouracilo tópico.
- c) Imiquimod tópico.
- d) Terapia fotodinámica.

→ queratosis actínica - tto

- 1. farmacológica (tópico) = 5-FU + imiquimod + tirbanibulina + diclofenaco [lesiones múltiples]
- 2. destrucción física = crioterapia + electroq + láser CO2 [lesiones únicas]
- 3. terapia fotodinámica

*correcta: a

. ¿Cree que estas lesiones describirían un terreno de cancerización? (2020 julio)

- a) No.
- b) Si, por eso aconsejaría quimioterapia sistémica.
- c) Si.
- d) No considero que esta clínica sea de un cáncer cutáneo.

*correcta: c

. Ante un agricultor jubilado de 74 años de edad con daño solar crónico marcado y múltiples queratosis actínicas en cuero cabelludo, ¿cuál de los siguientes tratamientos cree menos indicado? (2021)

- a) Crioterapia con nitrógeno líquido.
- b) Crema de imiquimod.
- c) 5-fluorouracilo tópico.
- d) Terapia fotodinámica.

*correcta: a (pone la menos indicada, gracias Bea)

. Varón de 36 años, fototipo III, trabajador en empresa de diseño gráfico, con sobrepeso e HTA. En los últimos 3 años se le han extirpado 6 carcinomas basocelulares de pequeño tamaño en espalda, cuello y cara. Ante esta historia ¿cuál de las siguientes exploraciones complementarias no cree indicada?: (2022 diciembre) (2021)

- a) Exploración piel palmoplantar.
- b) Determinación de arsénico.
- c) Radiografía cráneo, mandíbula y costillas.
- d) Estudio genético.

→ en cuanto leas múltiples CBC que se te entiendan la luz de "Sd de Gorlin"

*correcta: b

. Un varón de 33 años consulta por un tumor cutáneo cuyo estudio histopatológico revela que se trata de un carcinoma basocelular. Previamente se le habían extirpado otros dos (a los 19 y 26 años de edad). Clínicamente tenía 4 pits palmares y en una placa de tórax se le había detectado una costilla bífida. Este cuadro es sugestivo de: (2021)

- a) Nevus sebáceo de Jadassohn.
- b) Xeroderma pigmentoso.
- c) Síndrome de Gorlin.
- d) Arsenicismo crónico.

→ dermatosis precancerosas hereditarias/congénitas => sd Gorlin = Geno dermatosis (esporádicos / HAR)

- múltiples CBC >30-40a
- alteraciones cutáneas = CBC múltiples + pits palmoplantares
- alteraciones esqueléticas = quistes odontogénicos + costillas bífidas
- alteraciones neurológicas = calcificaron hoz cerebro + meduloblastoma + retraso mental

*correcta: c

. La eritroplasia de Queyrat en la mucosa del glande: (2019 julio)

- a) Es un carcinoma in situ de las mucosas.
- b) Histológicamente carece de criterios de malignidad.
- c) Se trata con antifúngicos tópicos.
- d) Todas las anteriores son correctas.

e) Ninguna de las anteriores es correcta.

→ dermatosis precancerosas - carcinoma "in situ" = eritroplasia → eritroplasia de Queyrant:

- carcinoma espinocelular en mucosas in situ
- glánde
- biopsia = dx def
- NO cambia a pesar tto tópico

*correcta: a

. ¿En cuál de las siguientes lesiones preneoplásticas considera más probable la evolución a un carcinoma invasivo?: (2023 diciembre)

- a) Queratosis actínica.
- b) Leucoplasia.
- c) Eritroplasia.
- d) Liquen plano oral.

→ carcinomas "in situs" - mucosas = eritroplasia

- (+) transformación CEC invasivo = (+) agresivos
- toda eritroplasia NO tto = acaban haciendo neoplasia

*correcta: c

. Ante una terapia aconsejada mediante terapia fotodinámica, se entiende que un paciente adulto: (2016 enero)

- a) Puede realizar este tratamiento por lesiones precancerosas en cuero cabelludo.
- b) Puede realizar este tratamiento por un carcinoma basocelular superficial.
- c) Se encuentra afecto de una dermatitis atópica grave.
- d) A, y C son ciertas.
- e) A, y B son ciertas.

→

*correcta: e

28 CÁNCER CUTÁNEO NO MELANOCÍTICO

CARCINOMA BASOCELULAR

. Mujer de 84 años que consulta a su médico de familia por la lesión en el párpado inferior de 2 meses de evolución que aparece en la imagen. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?: (MIR 2024)

1. Carcinoma basocelular ulcerado.
2. Blefaritis.
3. Orzuelo externo.
4. Dermatitis eczematosa.



→ la queratina de la foto engaña

*correcta: 1

. El tumor cutáneo maligno más frecuente en la población del mundo occidental es: (2019 julio)

- a) El queratoacantoma.
- b) El carcinoma espinocelular.
- c) El angiosarcoma (incluyendo todas sus variantes).
- d) El melanoma (incluyendo todas sus variantes).
- e) El carcinoma basocelular.

. El tumor cutáneo maligno más frecuente en sujetos de origen caucásico es: (2017)

- a) La micosis fungoide.
- b) El carcinoma espinocelular.
- c) El angiosarcoma (incluyendo todas sus variedades).
- d) El melanoma (incluyendo todas sus variedades).
- e) El carcinoma basocelular.

*correcta: e

. El tumor cutáneo maligno más frecuente en sujetos de origen caucásico es: (2016 enero)

- a) La micosis fungoide.
- b) El carcinoma espinocelular.
- c) El Angiosarcoma (incluyendo todas su variedades).
- d) El melanoma (incluyendo todas sus variedades).
- e) El carcinoma basocelular.

→ carcinoma basocelular = cáncer humano (+) frec personas raza blanca

*correcta: e

. Tumor más frecuente en áreas fotoexpuestas: (2015 julio)

- a) Ca. Basocelular.
- b) Ca. Espinocelular.
- c) Melanoma de extensión superficial.
- d) Léntigo maligno.
- e) Otro.

→ aunque el CEC (+) asociado a exposición solar (cont crónica) el CBC es más frecuente de por sí y su ppl factor etiológico es radiación solar crónica intermitente

*correcta: a

. En relación con el carcinoma basocelular, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta? (2019 julio)

- a) Asiento cutáneo sólo afecta a mucosas por extensión.

- b) Muy escasa tendencia a la metástasis.
- c) Puede tener pigmento melánico sea cual sea su localización anatómica o tipo clínico.
- d) Las formas superficiales suelen localizarse en el tronco.
- e) Siempre es único.

→ CBC:

- localización = piel con pelo (deriva de células capa basal dermis / folículo piloso)
- NO aparece en: piel grabar (sin folículos) + palmo-plantar + mucosas
- metas muyyyyyy infrec
- clínica = nodular + ulcerado + pigmentado + esclerodermiforme + superficial (> tronco)
- * lo de que los superficiales se localizan st en tronco lo he leído en manual CTO
- * toda respuesta que ponga "siempre" huele a falsa
- *correcta: e

. Existe una forma plano-cicatricial (esclerodermiforme) de: (2023 diciembre)

- a) Melanoma.
- b) Carcinoma epidermoide cutáneo.
- c) Carcinoma de células basales.
- d) Lupus cutáneo crónico.

→ CBC - clínica:

1. nodular
2. ulcerado
3. pigmentado
4. esclerodermiforme
5. superficial

*correcta: c

. Porcentaje de afectación de palmas y plantas por ca. basocelular: (2015 julio)

- a) 0,05%.
- b) <0,5%.
- c) 5%.
- d) Otras.

→ CBC - localización = piel con pelo (deriva de células capa basal dermis / folículo piloso)

*eliher porcebtaje más bajo porque es muy raro un CBC en zonas donde no hay pelo

*correcta: a

. El potencial metastásico de un carcinoma basocelular recurrente de localización periocular en: (2014 junio)

- a) Inferior al 0,5%
- b) Alrededor del 5%.
- c) 15%.
- d) Menos del 25%.
- e) Superior al 50%.

→ CBC - Localización riesgo = zona H = cantos int/ext ojos

- si carcinoma se localiza cerca pliegues = peor pronóstico x (+) riesgo ulcerarse -> extiende llanos profundos

*a pesar de lo dicho que es un poco de rollo para dar info gratuitamente el CBC es muy infrecuente metas x lo que eliges el porcentaje más bajo que te den incluso si esta en el canto del ojo

*correcta: a

. Ante un carcinoma basocelular recurrente en paciente varón de 51 años, de localización intrapalpebral, estaría indicado: (2019 julio)

- a) Cirugía de Mohs.
- b) Exéresis y cierre por 2ª intención.
- c) Colgajo de avance.
- d) Quimioterapia con cis-platino.
- e) Rituximab.

. El vismodegib se podría utilizar en: (2023 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Casos avanzados de carcinoma basocelular.
- b) Pacientes con carcinoma espinocelular metastático.
- c) Melanoma de menos de un milímetro de grosor.
- d) Carcinoma cutáneo de células Merkel.

→ CBC avanzados/inoperables - tto farmacológico sistémico => inhibidores vía Hedgehog = vismodegib

*correcta: a

. El vismodegib es un tratamiento indicado en casos avanzados de: (2021)

- a) Carcinoma basocelular.
- b) Carcinoma espinocelular.
- c) Melanoma metastático.
- d) Carcinoma de Merkel.

→ CBC - tto elección = Cx convencional Mohs

*correcta: a

. Ante un carcinoma basocelular avanzado inoperable, ¿cuál de las siguientes opciones terapéuticas le parece más apropiada?. (2020 julio)

- a) Terapia fotodinámica.
- b) Vismodegib.
- c) Imiquimod tópico.
- d) Quimioterapia.

*correcta: b

. Entre indicaciones de Qx. de Mohs (controlada al microsc) en ca. basocelulares se excluye: (2014 junio)

- a) Localización peribucal y periocular.
- b) Tamaño >2cm.
- c) Recurrencia.
- d) Antecedentes de Carcinomas basocelulares.
- e) Comportamiento histológico agresivo.

→ no vistas las indicaciones es de Cx de MOHS pero si te das cuentas todas dicen algún rasgo de riesgo y el que menos agresivo suena es el de antecedentes, así que sí ponen algo así usemos la lógica

*correcta: d

.Cuál no es indicación de Cirugía de Mohs de ca. basocelular: (2015 julio)

- a) Ha familiar.
- b) Recurrencia.
- c) <2 cm.
- d) Alto grado.
- e) Localización periorificial.

*correcta: a (la c está ahí engañosa)

Caso clínico CBC 2022 diciembre

. Paciente de 68 años que refiere desde hace 8 meses la presencia de una lesión que se inició como un pequeño tumor que ha ido creciendo progresivamente hasta adoptar el aspecto actual. No refiere que previamente existiese lesión alguna en esa localización. La lesión es asintomática y solo la ha tratado con Betadine durante una semana sin notar cambios. ¿Con esta historia y la imagen clínica, su sospecha inicial sería? (2022 diciembre)

- a) Queratosis actínica.
- b) Carcinoma basocelular.
- c) Carcinoma epidermoide.
- d) Carcinoma de células de Merkel.



→ CBC - clínica típica = borde nodular + centro deprimido

*correcta: b

. Qué tratamiento recomendaría: (2022 diciembre)

- a) Crioterapia.
- b) Metotrexato intralesional.
- c) Exéresis quirúrgica.
- d) Terapia fotodinámica.

→ CBC - tto elección = Cx

*correcta: c

. En el seguimiento postratamiento de este paciente estaría indicado: (2022 diciembre)

- a) Exploración territorios ganglionares locorregionales.
- b) Medidas de fotoprotección.
- c) Estadaje en busca de metástasis viscerales.
- d) Tratamiento adyuvante con quimioterapia.

→ las indicaciones dadas son CEC y la b es una que podríamos aplicar tb a CBC

- CBC = no metas → QT para CEC metastásicos

*correcta: b

. Considerando el diagnóstico de la lesión, ¿cual de las siguientes afirmaciones no es posible? (2022 diciembre)

- a) De forma excepcional puede metastatizar.
- b) Estas lesiones pueden comenzar en la piel glabra y lampiña.
- c) No está precedido por lesiones precancerosas.
- d) Puede darse como complicación de un nevus sebáceo previo.

→ CBC:

- localización = piel con pelo (deriva de células capa basal dermis / folículo piloso)
- NO aparece en: piel glabra (sin folículos) + palmo-plantar + mucosas
- metas muyyyyyy infrec
- clínica = nodular + ulcerado + pigmentado + esclerodermiforme + superficial (> tronco)

→ CBC - lesión previa = piel sana / nevus sebáceo / radiodermatitis / arsenicismo / Gorlin

→ CEC = suelen aparecer sobre lesiones precancerosas

*correcta: b

Caso clínico 2020 julio

. Marinero jubilado de 79 años de edad, que refiere lesión asintomática facial de crecimiento progresivo de unos 8 meses de evolución. Con esta historia clínica y el aspecto clínico, su sospecha inicial es: (2020 julio)

- a) Carcinoma basocelular.
- b) Melanoma maligno.
- c) Carcinoma espinocelular.
- d) Carcinoma de células de Merkel.

→ CBC = lesión persistente en zona fotoexpuesta en persona mayor es un CBC mientras se demuestre lo contrario.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes exploraciones complementarias no cree indicada en este caso? (2020 julio)

- a) Dermatoscopia.
- b) Estudio histopatológico.
- c) Biopsia selectiva del ganglio centinela.
- d) Todas están indicadas.

→ CBC muy raro metas / CEC explorar adenopatías / Ca c.Merkel biopsia ganglio centinela (por recordar)

*correcta: c

. Todas las siguientes, excepto una, serían opciones de tratamiento en caso de que no fuese abordable quirúrgicamente.

Señale esa excepción. (2020 julio)

- a) Interferón intralesional.
- b) Quimioterapia.
- c) Inhibidores de la vía Hedgehog.
- d) Radioterapia.

→ CBC - tto

- RT = pacientes ancianos inoperables / coadyuvante si infiltración perineural

- farmacológico

- intralesionales = interferón
- sistémico = inhibidores vía Hedgehog (vismodegib/sinidegiben)
- *QT CEC metas

*correcta: b

. Si considera que es una lesión tumoral maligna, ¿qué territorio le parece más propicio para metástasis? (2020 julio)

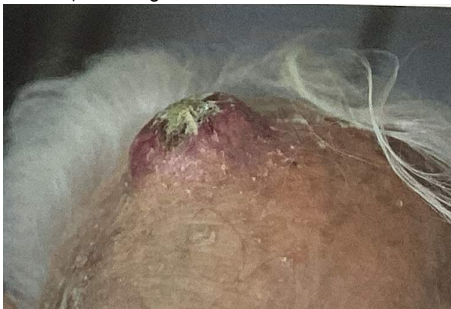
- a) Cerebral.
- b) Zona ósea subyacente.
- c) Adenopatías cervicales.
- d) Esta lesión no suele producir metástasis.

*correcta: d (como te lo vuelva a decir me pegas)

CARCINOMA ESPINOCELULAR

. Mujer de 90 años de edad que presenta desde hace un mes y medio la lesión de la imagen. La lesión ha crecido rápidamente, sangra con facilidad y le ocasiona ligero dolor. De entre las siguientes opciones ¿cuál es la más probable?: (MIR 2022)

1. Carcinoma de células escamosas cutáneo invasivo.
2. Carcinoma basocelular esclerodermiforme.
3. Sarcoma de Kaposi.
4. Lupus vulgar.



→ QueratoAcanthoma = carcinoma espinocelular = carcinoma células escamosas

*correcta: 1

. Las metástasis del carcinoma espinocelular son preferentemente: (2016 enero)

- a) Por vía linfática.
- b) Por vía hemática.
- c) Por vía linfática y hemática en igual proporción.
- d) No produce metástasis.

e) Solo de metástasis locorregionales.

→ CEC = metas 1º ganglios → 2º órganos internos

*correcta: a

. No encontramos metástasis en un (2017) (2016 enero)

a) Carcinoma basocelular avanzado.

b) Carcinoma espinocelular.

c) Melanoma letiginoso acral.

d) Carcinoma cuniculado de la planta del pie.

e) Melanoma de extensión superficial.

→ CEC - verrucosos:

- bien diferenciados + crecimiento indolente = poco agresivo

- muchos inducidos x VPH

- ej: cuniculatum (plantar) / condiloma gigante Buschke-Löwenstein (anogenital)

*cuidado porque podrías lanzarte a por el CBC porque lo suelen poner como característica que no produce metas perooooo dice que es avanzado así que ojo piojo

*correcta: d

. Todos los siguientes factores conllevan mal pronóstico en el carcinoma espinocelular, con la excepción de: (2020 julio)

a) Desarrollo sobre una queratosis actínica.

b) Histopatológicamente pobremente diferenciados.

c) Tamaño mayor de 2 cm.

d) Localización en mucosas.

→ CEC - pronox :(

- Localización = oreja + mucosa + semimucosa

- >2cm

- lesión previa = quemadura / radiodermatitis / inflamación / Bowen > QA / VPH

- inmunosupresión

- histo = indiferenciado + infiltración perineuronal/vascular + >2-6mm

*correcta: a

. Entre las siguientes opciones, señale el tipo de carcinoma espinocelular de peor pronóstico: (2023 diciembre)

a) Carcinoma verrucoso de pene.

b) Carcinoma sobre quemadura de antigua.

c) Carcinoma basoescamoso en cuero cabelludo.

d) Queratoacantoma.

→ CEC:

- patrón indiferenciado = CEC carecen sobre quemaduras/cicatrices crónicas/ úlceras = (+) agresivos

- pronóstico - clínico - localización = peor sobre quemaduras/radiodermatitis/inflamación/Bowen)

*correcta: b

. Entre las siguientes opciones, señale el tipo de carcinoma espinocelular de peor pronóstico: (2022 diciembre)

a) Carcinoma verrucoso de pene de 2 cm.

b) Carcinoma sobre quemadura de 1 cm.

c) Carcinoma basoescamoso en cuero cabelludo de 1,5 cm.

d) Queratoacantoma.

*correcta: b

. Entre las siguientes opciones, señale el tipo de carcinoma espinocelular de peor pronóstico: (2021)

a) Carcinoma de la frente de 2 cm de diámetro.

b) Carcinoma intraepidérmico tipo Bowen.

c) Carcinoma escamoso en cuero cabelludo de 1,5 cm.

d) Carcinoma recurrente de la planta del pie.

→ [IA] Carcinoma Basoescamoso es reconocido histológicamente como una de las formas más agresivas y con el mayor riesgo de metástasis dentro de la familia del CEC, especialmente cuando se combina con una localización de alto riesgo como el cuero cabelludo.

*correcta: c

. Con respecto a las queratosis actínicas: (enero 2016, 2017)

- a) Son más frecuentes en personas muy morenas.
- b) Más frecuentes en edades tempranas de la vida.
- c) Suelen ser invisibles.
- d) A, B y C son ciertas.
- e) Ninguna es cierta.

→

*correcta: e

. Prueba complementaria para seguimiento de ca. espinocelular extirpado: (2015 julio)

- a) ECO.
- b) TAC.
- c) RNM.
- d) Otra.
- e) NINGUNA.

→

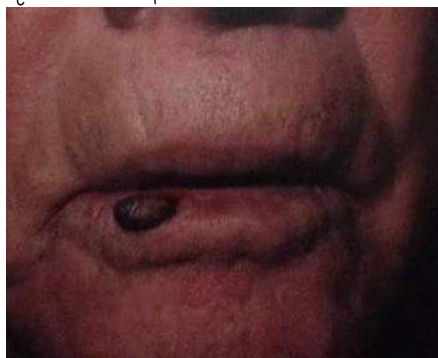
*correcta: e

. Entre las pruebas anuales que se deben de realizar a un paciente diagnosticado de carcinoma espinocelular en la región lateral del cuello, con ganglio centinela (-): (2014 junio)

- a) RM Craneal.
- b) RM Tóraco-abdominal.
- c) PET.
- d) Gammagrafía Ósea.
- e) Ninguna.

*correcta: e

Caso clínico CEC 2016 enero): Varón, sin antecedentes personales de interés, examarinero de profesión, de 64 años de edad que consulta por lesión asintomática de varios meses de evolución y crecimiento progresivo, en el labio inferior.



1. Dx más probable

- a) Queratosis seborreica.
- b) Verruga hipertrófica.
- c) Carcinoma basocelular.
- d) Carcinoma espinocelular.
- e) Melanoma

→ tumor en semimucosa y persona mayor con exposición crónica continua al sol = CEC

*correcta: d

2. Exploración física y complementaria menos indicada en este paciente:

- a) Palpación del labio y de los territorios ganglionares locorregionales
- b) Análisis estudio básico de la coagulación.

- c) Determinación de marcadores tumorales.
 - d) Ecografía cervical.
 - e) Todas ellas están indicadas en este caso.
- CEC - dx = siempre explorar adenopatías (eco cervical)
- *AS coagulación Para operación
- *correcta: c

3. Tto más adecuado para este paciente:
- a) Curetaje y electrocoagulación.
 - b) Exéresis en cuña.
 - c) Destrucción mediante láser de CO2.
 - d) Radioterapia.
 - e) Infiltración de metrotexato intralesional
- CEC - tto elección = Cx
- *correcta: b

Caso clínico 2023 diciembre

. Paciente de 81 años de edad que refiere la presencia de una lesión supraciliar derecha de unos 9 meses de evolución de crecimiento progresivo.

. ¿Qué lesión elemental le parece que describe mejor esta lesión?: (2023 diciembre)

- a) Tubérculo ulcerado.
- b) Masa tumoral ulcerado.
- c) Tumor cutáneo.
- d) ?

*correcta: c

. Una vez establecido el diagnostico, ¿Cuál cree que sería el tratamiento más indicado?: (2023 diciembre)

- a) Terapia fotodinámica.
- b) Electrocirugía con colgajo de rotación.
- c) Laser ablativo.
- d) Exéresis quirúrgica con colgajo por deslizamiento.

*correcta: d

29. TUMORES PIGMENTARIOS

. Con respecto a los nevos Displásicos o nevus de Clark: (2023 diciembre)

- a) Siempre son lesiones premalignas.
- b) Son lesiones benignas, pero si son numerosos constituyen un marcador de riesgo de melanoma.
- c) Son precursores obligados de melanoma cutáneo.
- d) Realmente es la fase inicial de un melanoma de extensión superficial.

→ nevos melanocítico adquiridos atípicos/displásicos:

- lesiones nevadas adquiridas benignas
- importancia clínica x asociación con (+) riesgo melanoma
- riesgo desarrollar melanoma determinados: nº nevos + antecedentes personales/fam melanoma

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes formas clínicas de melanoma es la más frecuente en adultos jóvenes? (2020 julio)

- a) Melanoma de extensión superficial.
- b) Melanoma nodular.
- c) Léntigo maligno.
- d) Melanoma lentiginoso acral.

→ melanoma - melanoma extensión superficial = (+) frec - suele parecer 30-50a

*correcta: a

. En el contexto del melanoma, ¿Qué es el signo de Hutchinson? (2017 enero) (2016 enero)

- a) Presencia de pigmentación de la cutícula en el melanoma ungueal.
- b) Presencia de melanuria.
- c) Presencia de metástasis en tránsito.
- d) Ninguna de las anteriores.
- e) Presencia de pigmentación en la pirámide nasal.

→ melanoma lentiginoso acral - MLA acral/periungueal:

- puede manifestarse como lesión hiper pigmentada color negruzco bajo uña = signo Hutchinson

*correcta: a

. Acude a consulta un paciente de 39 años de edad por presentar en la espalda una lesión pigmentada de un año de evolución, ligeramente elevada sobre el plano cutáneo, con marcadas escotaduras en los bordes, de coloración negro intenso en su superficie. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos le parece más probable? (2021)

- a) Léntigo maligno.
- b) Melanoma de extensión superficial.
- c) Carcinoma basocelular pigmentado.
- d) Melanoma nodular.

→ melanoma nodular:

- 2º (+)frec
- localización = cualquier parte cuerpo → (+) frec espalda (+ extremidades)
- edad Presentación = 40-60a
- clínica = sobrellevados + redondeados + pedunculados/polipoides + bordes simétricos + tonalidad homogénea + crecen rápido

*correcta: d

. Actualmente, que significa la letra E de la regla ABCDE del melanoma cutáneo: (junio 2014)

- a) Elevación de la lesión.
- b) Forma exocéntrica.
- c) Evolución en el tiempo.
- d) Todo lo anterior.
- e) Nada de lo anterior.

→

*correcta: c

Caso clínico 2019 julio

. Niña de 9 años, sin antecedentes personales de interés, remitida por su pediatra para valoración de lesión pigmentada de 7mm en pie. ¿Qué le parece de interés en su historia clínica? (2019 julio)

- a) Elevación.
- b) Tiempo de evolución.
- c) Características del pigmento.
- d) Todas son ciertas.
- e) Todas son falsas.

→ tumores pigmentarios - dx - lesión ABCDE

A = asimetría

B = bordes irregulares

C = colores diferentes

D = d>6mm

E = evolución

*correcta: d

. ¿Qué diagnóstico de presunción le parece más correcto? (2019 julio)

- a) Melanoma de extensión superficial.
- b) Nevus melanocítico.
- c) Hemangioma.
- d) Traumatismo.
- e) Tatuaje accidental.

→ nevus melanocítico común/adquirido = frecuentes infancia

*correcta: b

. ¿Cuál sería la actitud a seguir en este caso? (2019 julio)

- a) Actitud expectante.
- b) Biopsia parcial.
- c) Dermatoscopia.
- d) Raspado con cucharilla.
- e) Electrocirugía.

→ tumores pigmentarios - dx - técnicas apoyo dx clínico = dermatoscopia

- sensibilidad 92%

- permite distinguir lesiones melanocíticas + NO melanocíticas

- analiza patrones dermatoscópicos característicos lesiones melanocíticas

*correcta: c

. ¿Cuándo extirparía esta lesión? (2019 julio)

- a) Si crece.
- b) Si pica o sangra.
- c) Si no pueden confirmar evolución.
- d) Cuando lo soliciten los padres.
- e) Si cumple los criterios mediante epiluminiscencia para ello.

→ [IA] la decisión de extirpar un nevus pigmentado se basa en el riesgo de malignidad, evaluado principalmente por la dermatoscopia

*correcta: e

. Si decide su eliminación, ¿qué método emplearía? (JULIO 2019)

- a) Exéresis en huso con 3 mm de margen.
- b) Cirugía de Mohs.
- c) Exéresis circular y cierre por 2ª intención.
- d) Esta decisión no es la adecuada.
- e) Bleomicina intralesional.

→ [IA] Si se decide la extirpación por sospecha de malignidad o atipia, el procedimiento estándar y seguro es la Exéresis quirúrgica completa (en huso) con un margen de seguridad, seguida de cierre primario.

*correcta: a

FIN caso

. ¿En qué estadio de Clark estaría un melanoma que afecte a la dermis papilar de forma continua, sin que exista participación de la dermis reticular? (2019 julio)

- a) I.
- b) II.
- c) III.
- d) IV.
- e) V.

→ melanoma - biopsia - datos histológicos => nivel de Clark = localización anatómica según invasión dif capas cutáneas

I = intradérmico

II = dermis papilar

III = dermis media

IV = dermis profunda

V = hipodermis

→ [IA] niveles Clark = melanoma profundidad invasión anatómica

I = epidermis = melanoma in situ

II = dermis papilar (no la llena)

III = dermis papilar (llena + expande) + NO invade dermis reticular

IV = dermis reticular (llena + invade)

V = tejido celular subcutáneo (grasa)

*correcta: c (según los launches había puesto d pero NOOOO es la c)

. Ante un paciente con un melanoma de extensión superficial localizado en región dorsal ¿qué respuesta es la correcta?: (2023 diciembre)

- a) La Localizaicon de la lesión es un factor pronóstico relevante.
- b) La presencia de ulceración objetivada en el estudio es un factor de mal pronóstico.
- c) El tipo anatómico-clínico es el factor esencial para determinar la actitud terapéutica.
- d) El fototipo del paciente condicionará el protocolo de seguimiento.

*correcta: b

. Ante un paciente diagnosticado de un melanoma, ¿cuál de los siguientes parámetros clínico-patológicos es el más relevante para determinar la supervivencia? (2022 diciembre)

- a) Presencia de ulceración.
- b) Tipo clínico-patológico.
- c) Espesor del tumor medido desde la capa granulosa hasta la última célula tumoral
- d) Índice mitótico.

→ melanomas - datos histológico con valor pronóstico:

- Índice Breslow = expresa en mm profundidad melanoma -> factor pronóstico (+)imp
- Nivel Clark
- presencia ulceración

*correcta: c

*. Entre las pruebas anuales que se deben realizar a un paciente diagnosticado de Melanoma (Breslow 0,7mm y nivel II de Clark) con ganglio centinela negativo se encuentran: (2019 julio)

- a) RM craneal.
- b) RM tóraco-abdominal.
- c) Tomografía emisión de positrones.
- d) Gammagrafía ósea.
- e) Ninguna de las opciones anteriores.

→ melanoma

- Breslow <1mm = T1 + NO ulcera = T1a

- Nivel Clark = II

- NO = NO enfermedad ganglionar

→ [IA] guías melanoma => estadio IA = NO [nee] imagen para vigilancia

- vigilancia = seguimiento anual para detección precoz recurrencia => exploración física completa + fotografía/dermatoscopia corporal total + AS (no obligatoria)

*correcta: e

. Ante un paciente con una lesión nevíca que cambia de tamaño, de color y de forma, en un intervalo de 6 meses, qué actitud le parece más correcta: (2024 diciembre) (2022 diciembre)

- a) Realizar un seguimiento con dermoscopia digital secuencial.
- b) Extirpación mediante escisión simple y estudio histopatológico.
- c) Control clínico frecuente con el fin de valorar los cambios.
- d) Extirpación por afeitado y estudio histopatológico.

*correcta: b

. Ante un paciente con una lesión névica que cambia de tamaño, de color y de forma, en un intervalo de 6 meses, qué actitud le parece más correcta: (2023 diciembre)

- a) Realizar un seguimiento con dermoscopia digital secuencial.
- b) Extirpación mediante excisión simple y estudio histopatológico.
- c) Control clínico frecuente con el fin de valorar los cambios.
- d) Tratamiento con láser CO2 ablativo.

*correcta: b

. Ante un paciente con una lesión névica que cambia de tamaño, de color y de forma, en un intervalo de 6 meses, ¿qué actitud le parece más correcta? (2021)

- a) Realizar un seguimiento con dermatoscopia digital secuencial.
- b) Extirpación y estudio histopatológico.
- c) Control clínico.
- d) Crioquimioterapia.

*correcta: b

. El tratamiento de elección en los melanomas en fase de crecimiento horizontal es: (2024 diciembre)

- a) Quirúrgico con un margen estrecho de 1 a 3mm y posterior ampliación de los márgenes según el espesor de Breslow.
- b) Quirúrgico con vaciamiento ganglionar radical en un única intervención.
- c) Quirúrgico por escisión simple y quimioterapia con cisplatino.
- d) Inmuno y poliquimioterapia como primera elección.

*correcta: a

. Qué actitud aconsejaría ante una lesión única, de 4cm, y más de 1 año de evolución, atribuida a traumatismo, de coloración eritematosa-parduzca, de consistencia sólida y crecimiento progresivo, en pantorrilla de varón de 56 años? (enero 2016)

- a) Escisión quirúrgica y biopsia.
- b) Escisión quirúrgica, con margen de seguridad libre y biopsia.
- c) Biopsia y valoración de adenopatías regionales.
- d) Escisión circunscrita + iquimod tópico.

→ tumores pigmentarios - tto = Cx + márgenes + ganglio

*correcta: b

. Técnica de escisión más adecuada para biopsia de una lesión eritematosa con áreas pigmentadas de 2-3 cm: (2015 julio)

- a) Punch.
- b) Raspado.
- c) Curetaje.
- d) Biopsia escisional con margen estrecho.
- e) Biopsia escisional con margen amplio.

→

*correcta: b

[MIR]

. Hombre de 50 años que acude a la consulta por una lesión pigmentada en su pierna derecha que ha cambiado de tamaño y color en los últimos 4 meses. La lesión es de 8 mm de diámetro, asimétrica, con bordes irregulares

y con varias tonalidades de marrón y negro. Además, refiere prurito ocasional en la zona. No tiene antecedentes personales de cáncer, ni otros de interés, pero su madre fue diagnosticada de melanoma a los 60 años. Se realiza una dermatoscopia que revela un patrón de red irregular, puntos negros, áreas de regresión y vasos sanguíneos irregulares. ¿Cuál es el manejo más apropiado?: (MIR 2024)

1. Biopsia mediante punción de la parte más pigmentada de la lesión para confirmar el diagnóstico.
2. Biopsia mediante escisión completa con márgenes quirúrgicos de 2 mm y estudio histopatológico.
3. Monitorización de la lesión con dermatoscopia digital y seguimiento en 3 meses.
4. Terapia fotodinámica para reducir el tamaño de la lesión antes de realizar una biopsia.

*correcta: 2

. Señale la variable de la que dependerá fundamentalmente la decisión sobre los márgenes quirúrgicos en el caso de un melanoma cutáneo: (MIR 2028)

1. Diámetro mayor de la lesión en milímetros.
2. Máximo espesor de la lesión, en milímetros (índice de Breslow).
3. Presencia de ulceración en la lesión.
4. Mitosis por milímetro cuadrado (índice mitótico).

*correcta: 2

. Un hombre de 43 años consulta por presentar un nevus congénito en antebrazo que el último mes ha cambiado de forma y color. Se realiza extirpación quirúrgica de la lesión y el diagnóstico anatómo-patológico es el siguiente: melanoma de extensión superficial, no ulcerado de 1,3 mm de invasión vertical, 1 mitosis/mm², que dista 2 mm del margen de resección más próximo. En la exploración física no se palpan adenopatías regionales. ¿Cuál es la actitud a seguir a continuación? (MIR 2017)

1. Realizar una PET/TAC para investigar si existen metástasis viscerales
2. Realizar ampliación de márgenes quirúrgicos a 1 cm y biopsia selectiva de ganglio centinela
3. Realizar márgenes quirúrgicos a 1 cm y linfadenectomía axilar.
4. Sólo es necesario realizar ampliación de márgenes quirúrgicos a 2 cm y después seguimiento periódico.

*correcta: 2

. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el melanoma estadio I? (2016 MIR)

1. Nivel sérico de LDH.
2. Espesor tumoral medido en el índice de Breslow.
3. Presencia de ulceración clínica e histológica.
4. Número de metástasis.
5. Índice mitótico.

*correcta: 2

30. LINFOMA CUTÁNEO

. En un estudio anatomopatológico, el hallazgo de linfocitos cerebriformes se observa en el contexto de: (2019 julio)

- a) Sarcoma de Kaposi.
- b) EPILEOIA.
- c) Micosis fungoide.
- d) Angiosarcoma.
- e) Ninguno de los anteriores.

→ micosis fungoide - AP => fase infiltrativa = linfocitos atípicos con núcleo cerebriforme

→ sd Sézary - dx => eritrodermia con prurito + adenopatías generalizadas + células cerebriformes (células Sézary)

*correcta: c

. El hallazgo histopatológico de microabscesos de Pautrier es muy sugestivo de: (2019 julio)

- a) Sarcoma de Kaposi.
- b) Psoriasis.
- c) Parapsoriasis en placas infiltradas.
- d) Micosis fungoide eritrodérmica B1.
- e) Ninguno de los anteriores

→ micosis fungoide - AP => fase infiltrativa = linfocitos atípicos núcleo cerebriforme hipercróticos con halo periférico → tendencia agruparse = microabscesos de Darier

*correcta: d

. Los microabscesos de Pautrier consisten en: (2017)

- a) Cúmulos de linfocitos atípicos dérmicos.
- b) Cúmulos de neutrófilos atípicos intraepidérmicos.
- c) Cúmulos de histiocitos atípicos intraepidérmicos.
- d) Cúmulo de fibroblastos atípicos dérmicos.
- e) Cúmulo de linfocitos atípicos intraepidérmicos.

→ muy importante saber que infiltración tenemos y donde.

- Micosis Fungoide - histopatología = microabscesos de Pautrier = linfocitos atípicos agrupados intraepidérmicos con núcleo cerebriforme

*correcta: e

. Microabscesos de Pautrier son hallazgo histopatológico típico de: (2014 junio)

- a) Linfocitoma cutis.
- b) Micosis fungoide.
- c) Psoriasis pustuloso.
- d) Leucemia linfática crónica.
- e) Todas son ciertas.

*correcta: b (gracias Marta)

. Paciente varón de 57 años que presenta en tronco placas eritematosas, infiltradas, algunas con un patrón anular, que en el estudio histopatológico muestran un infiltrado linfocitos atípicos con tendencia al epidermotropismo, algunos agrupados en pequeños microabscesos, sin evidencia de afectación extracutánea, ¿qué tratamiento de los siguientes descartaría? (2022 diciembre)

- a) Trasplante alogénico de células precursoras.
- b) Bexaroteno oral.
- c) Fototerapia con UVB de banda estrecha.
- d) Mecloretramina tópica.

→ bueno lo primero y más importante = aprender a leer → pone que tto descartarías, no cuál eliges (ánimo chochete)

→ linfomas cutáneos - tto

- fases iniciales = tto tópicos = corticoides + inhibidores calcineurina + mecloretamina + retinoides + fototerapia (UVB/PUVA) + RT

- fases avanzadas/combinación = tto sistémicos = modificadores respuesta biológica (interferón/retinoides-bexaroteno) + fotoféresis extracorpórea + QMT + fármacos biológicos (brentuximab/mogalizumab) + trasplante alogénico de precursores hematopoyético

* trasplante alogénico precursores hematopoyéticos = único tto curativo reservado para pacientes seleccionados

*correcta: a

Caso clínico Sd Sézary 2022 diciembre

. Mujer de 75 años con antecedentes de HTA y dislipemia a tratamiento con enalapril y atorvastatina desde hace 8 y 6 años respectivamente, sin otros antecedentes personales ni familiares de interés. Remitida a las consultas de Dermatología por presentar un cuadro de eritema y descamación laminar de desarrollo rápido, que afecta a más del 80% de la superficie corporal y se acompaña de intenso prurito, discreta hiperqueratosis palmo-plantar y ectropión. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es correcto?: (2022 diciembre)

- a) La paciente presenta un exantema generalizado.
- b) El cuadro sugiere una reacción adversa a fármacos.
- c) La paciente presenta una eritrodermia.
- d) La presencia de prurito nos debe hacer sospechar una dermatitis atópica.



→ Sd Sézary

- epidemiología = afecta personas (+) ancianas
- clínica - triada:
 1. eritrodermia de rápido desarrollo + prurito intenso (limita vida) = eritema afecta >80% superficie corporal
 2. adenopatías (linfadenopatías) generalizadas (infiltradas x células Sezary)
 3. presencia células Sezary (cerebriiformes) en: sangre periférica (>1000 dx) + ganglios + piel
- manifestaciones cutáneas asociadas: (pacientes suelen estar muy pigmentados)
 - infiltración cara (fascies leonina)
 - ectropion
 - hiperqueratosis palmoplantar (ictiosis)
 - onicodistrofia

*correcta: c

. En la exploración física se objetivan adenopatías palpables en territorios axilares e inguinales. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta? (2022 diciembre)

- a) La presencia de adenopatías periféricas es patognomónica de procesos linfoproliferativos.
- b) Se debe realizar una biopsia de dichas adenopatías.
- c) El estudio completo del paciente debe incluir un PET-TAC.
- d) Es preceptivo realizar una toma biopsia cutánea.

→ linfomas cutáneos - dx + estadificación

- biopsia cutánea
- analítica general
- estudio SP
- pruebas imagen = Rx / TAC / PET-TAC (función extensión)
- biopsia médula ósea
- biopsia adenopatías

*correcta: a

. La paciente había sido tratada con antihistamínicos orales, corticoides sistémicos, fototerapia y azatioprina sin apreciar ninguna mejoría. En el estudio histológico realizado en nuestro centro se objetiva un infiltrado denso en banda en dermis papilar de linfocitos T, con escaso epidermotropismo, el estudio histopatológico del ganglio mostro un infiltrado por linfocitos T atípicos con núcleos cerebriformes y en sangre periférica se observó una reagrupación clonal de linfocitos T. ¿Cuál de los siguientes tratamientos no estaría indicado? (2022 diciembre)

- a) Mogamulizumab.
- b) Trasplante alogénico.
- c) Fotoféresis extracorpórea.
- d) Inhibidores de BRAF.

→ linfomas cutáneos - tto

- fases iniciales = tto tópicos = corticoides + inhibidores calcineurina + mecloretamina + retinoids + fototerapia (UVB/PUVA) + RT

- fases avanzadas/combinación = tto sistémicos = modificadores respuesta biológica (interferón/retinoides-bexaroteno) + fotoféresis extracorpórea + QMT + fármacos biológicos (brentuximab/mogalizumab) + trasplante alogénico de precursores hematopoyético

*correcta: d

Fin caso

. Mujer de 45 años de edad que consulta por presentar desde hace 6 meses una lesión en placa en tronco, eritemato parduzca, persistente que no responde a corticoides tópicos, entre sus antecedentes refiere tomar Lamotrigina desde hace un año prescrita por su neurólogo. El estudio histológico muestra un infiltrado nodular constituido por linfocitos B atípicos. ¿Cuál sería la actitud más correcta? (2021)

- a) Radioterapia local.
- b) Estudio de extensión e infiltración de Rituximab.
- c) Estudio de extensión y fototerapia con UVB de banda estrecha.
- d) Estudio de extensión y suspender Lamotrigina.

→ Linfoma cutáneo primario de células B de la zona marginal(LCPCBZM)

-

*correcta: d

. Ante prurito generalizado y refractario a tratamientos habituales, en un adulto con xerosis ¿Qué tipo de neoplasia maligna suele ser la responsable?. (2020 julio)

- a) Enfermedad de Paget.
- b) Melanoma ocular.
- c) Linfoma de Hodgkin.
- d) Carcinoma de próstata.

*correcta: c

. Ante prurito generalizado y refractario en adulto sin xerosis. ¿Qué tipo de neoplasia maligna suele ser la responsable? (2019 julio)

- a) Carcinoma de próstata.
- b) Carcinoma pulmonar metastásico.
- c) Linfoma de Hodgkin.
- d) Enfermedad de Paget.
- e) Melanoma ocular.

*correcta: c

. Ante prurito generalizado y refractario en adultos sin antecedentes de alergia y sin signos de parasitosis, ¿qué tipo de proceso conviene descartar? (2014 junio)

- a) Insuf renal.
- b) DM.
- c) Linfoma Hodgkin.
- d) Proceso psiquiátrico.
- e) Todos.

*correcta: c

	Modificadores Resouetsa Biológica (BMR)	Fármacos Biológicos
alcance	amplio	específico
especificidad	baja-media	alta (blanco específico)
ej	citocinas (interferón) retinoides	anticuerpos monoclonales (brentuximab / rituximab)
mecanismo	ON/OFF general sistema inmune / vías celulares	bloqueo/ataque preciso de blanco patológico

Me he hecho esta trama la entender los fármacos

Muchisisisisisisima suerte :)