

## Respuestas correctas a las preguntas test

**Dolor musculoesquelético en la adolescencia. Etiología y orientación diagnóstica:** **1b)** La prevalencia del dolor musculoesquelético aumenta con la edad, siendo especialmente relevante su presencia en la adolescencia, así como la gravedad de las causas que lo originan. Es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria y urgencias hospitalarias. En la mayoría de los casos, es debido a patologías banales, por lo que el objetivo del abordaje diagnóstico es identificar a los pacientes que presentan signos de alarma. **2e)** La exploración física en pacientes con dolor musculoesquelético ha de ser sistemática y general y no debe centrarse exclusivamente en el área afectada. La palpación abdominal puede mostrar megalias o masas cuya presencia es relevante en el diagnóstico. Siempre que sea posible, debe compararse la extremidad afectada con la contralateral. La mayoría de los pacientes no requieren la realización de pruebas complementarias, la exploración física y la anamnesis permitirán detectar los pacientes que pueden necesitarlas. La anamnesis debe dirigirse siempre al paciente, respetando su intimidad y considerando los aspectos psicológicos y sociales propios de la adolescencia. **3e)** El paciente del caso a) y la paciente del caso c) presentan dolor de características mecánicas. En el caso del paciente a, debería considerarse la enfermedad de Sever, teniendo en cuenta el antecedente de jugador de fútbol y las características del dolor. La paciente c) podría presentar síndrome de dolor fémoro-patelar, una de las causas más frecuentes de dolor de rodilla en adolescentes. El paciente b) presenta dolor de ritmo inflamatorio, que podría estar localizado en las articulaciones sacroiliacas, y podría presentar una dactilitis. Ambas cosas, deberían hacer sospechar una artritis idiopática juvenil. La paciente d) presenta síntomas sistémicos, un exantema y tumefacción no dolorosa. Estas tres características deberían hacer sospechar una causa inflamatoria y sería recomendable su derivación a una unidad de reumatología pediátrica. **4e)** El paciente presenta varios signos de alarma. Es un dolor intenso y persistente que empeora progresivamente, despierta por la noche y limita las actividades habituales del paciente, con escasa respuesta a analgesia. La discrepancia entre los hallazgos de la exploración física y la anamnesis también son un signo de alarma que podría sugerir un origen neoplásico del dolor. En cualquier adolescente con dolor musculoesquelético debe preguntarse acerca de la situación social y académica del paciente, aunque esto no excluye la realización de pruebas complementarias en caso de que existan signos de alarma. En ocasiones, la presencia de limitación del rango de movimiento de una articulación es sutil y precisa de su comparación con la extremidad contralateral. Debido a la presencia de signos de alarma, este paciente requiere la realización de pruebas complementarias. **5c)** Los signos y síntomas descritos en el apartado c) sugieren un síndrome de amplificación del dolor, en los cuales la inmovilización de la extremidad es contraproducente. El hallazgo de bloqueo de la rotación interna de la cadera en un adolescente con dolor sugiere una epifisiolisis de cadera, una urgencia ortopédica que requiere valoración urgente por traumatología. La presencia de dolor referido a la ingle o la rodilla que asocia cojera intermitente puede sugerir una enfermedad de Perthes, que requiere una radiografía de caderas en proyección axial para su diagnóstico. La presencia de monoartritis precisa la realización de artrocentesis como medida diagnóstica y terapéutica, en el caso de la pregunta, la presencia de artritis, fiebre y malestar sugieren una infección osteoarticular. La presencia de dolor patelar que se agrava con la carga manteniendo la rodilla en flexión sugiere síndrome de dolor fémoro-patelar, cuyo manejo es conservador.

**Artritis idiopática juvenil en el adolescente:** **1a)** El dolor localizado a nivel rotuliano durante la realización de ejercicio físico o posterior debe hacernos pensar en una osteocondrosis, además el ritmo del dolor descrito es de características mecánicas lo que no es propio de AIJ. La rigidez matutina y la cojera de miembro inferior derecho, durante al menos 6 semanas y sin dolor articular es la típica manera de presentación de una AIJ oligoarticular, la forma más frecuente. La fiebre elevada vespertina de 14 días de evolución junto a astenia y exantema evanescente, debe hacernos pensar en una AIJ sistémica, independientemente de la ausencia de artritis al debut, ya que es un dato clínico que puede aparecer en fases tardías. La afectación de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas de ambas manos en un paciente durante más de 6 semanas debe hacernos pensar en una AIJ poliarticular. **2e)** Tanto la forma oligoarticular como la artritis psoriásica juvenil de comienzo precoz son categorías de AIJ similares con positividad para ANA (anticuerpos antinucleares) y que tendrán mayor riesgo de desarrollar uveítis anterior crónica. **3b)** La antigua asociación entre los conceptos de elevación de ASLO = fiebre reumática, ha quedado obsoleta en la actualidad. La relevancia de la determinación de ASLO ante un niño con artritis es muy pequeña, dada la rareza de la fiebre reumática en nuestros días y en nuestro medio. La positividad de ASLO sólo implica antecedente de contacto con estreptococo en los meses previos, según series incluso hasta 2 años. No es, por tanto, un marcador útil a la hora de enfocar el diagnóstico diferencial de artritis a no ser que exista verdadera sospecha de fiebre reumática por reunir criterios de Jones. Sin embargo, la detección temprana de ANA, ENAS y/o HLA B27 nos orientará ante un paciente con sospecha de AIJ ayudando en la clasificación de la misma y la estratificación del riesgo de uveítis. **4e)** Es importante alentar al paciente adolescente a que de manera paulatina asuma responsabilidades con respecto a su enfermedad. Es necesario fomentar la actividad física regular en pacientes con AIJ. No es recomendable el reposo en pacientes con artritis activa. Por el momento, no se recomienda la vacunación de virus vivos atenuados en pacientes que están recibiendo tratamiento inmunosupresor. Los controles analíticos en pacientes a tratamiento activo se realizan cada 3-4 meses. **5e)** Todas son correctas. El tocilizumab y el anakinra se utilizan junto con el canakinumab para el tratamiento de la AIJ sistémica. Además el tocilizumab se emplea en otras categorías de AIJ. El tofacitinib pertenece a la nueva familia de moléculas inhibitoras de *janus kinasa* y se utiliza en AIJ. El infliximab es uno de los cinco anti-TNF que se utilizan en reumatología.

**Enfermedades autoinmunes sistémicas más frecuentes en la adolescencia LES:** **1a)** Un pequeño porcentaje de los pacientes con LES, sobre todo con debut precoz tienen manifestaciones clínicas compatibles con LES con una mutación monogénica. **2b)** Los criterios SLICC 2012 han demostrado mejor sensibilidad y especificidad que los ACR y EULAR/ACR. **3c)** La biopsia renal está indicada en todos los casos de proteinuria > 0,5g/día en pacientes con LES pediátrico. Suelen precisar un tratamiento inmunosupresor intensivo para conseguir un adecuado control. **4b)** El resto de autoanticuerpos no se ha relacionado con la actividad. **5b)** El resto de manifestaciones son raras. **SAF: 1c)** Sobre todo, en niños

y adolescentes hay que confirmar la presencia de los anticuerpos ya que pueden ser secundarios a infecciones o vacunas (mínimo 2 determinaciones con 12 semanas de diferencia). **2b)** Más del 50 % de las trombosis observadas en el SAF pediátrico afectan las venas de los miembros inferiores. **3c)** La adherencia al tratamiento se debe evaluar en todas las visitas, siendo una de las principales causas de tratamiento. **Dermatomiositis: 1c)** Sus manifestaciones principales son cutáneas (*rash* heliotropo y pápulas de Gottron) y musculares (debilidad muscular, mialgias y elevación de enzimas musculares en valores analíticos) y se presenta mayoritariamente entre los 5 y los 14 años. **2d)** La dermatomiositis debe tener un manejo multidisciplinar desde centros de referencia dada la complejidad de la enfermedad y su potencial afectación multisistémica. **3a)** La terapia de la dermatomiositis debe ser individualizada según la afectación predominante y la severidad de las manifestaciones, iniciando con corticoides a dosis altas y terapia inmunomoduladora. **4e), 5e).** **Esclerodermia: 1b), 2e), 3b), 4c), 5c).** **El adolescente con síndrome de Raynaud y vasculitis sistémicas más frecuentes: 1e)** Para diferenciar entre Raynaud primario y secundario se debe realizar una anamnesis detallada y exploración física completa. Los anticuerpos antinucleares positivos y la presencia de hallazgos patológicos en la capilaroscopia aparecen con más frecuencia en el Raynaud secundario a enfermedad del tejido conectivo. **2a)** El metilfenidato y otros tratamientos utilizados para el TDAH se han relacionado con la aparición del fenómeno de Raynaud. El resto de fármacos no han mostrado relación con el fenómeno de Raynaud. **3b)** La administración de corticoides en la púrpura de Schönlein-Henoch no ha demostrado prevenir la aparición de daño renal. Su uso en la PSH está indicado si hay afectación articular o abdominal. El resto de opciones son correctas. **4a)** Ante la sospecha de PSH, se debe realizar una analítica de sangre para descartar otras causas de púrpura (trombopenia), evaluar la función renal incluyendo una tira reactiva de orina, y realizar despistaje y tratamiento de infección por estreptococo en casos compatibles. La ecografía abdominal sólo está indicada si hay presencia de dolor abdominal, para descartar una invaginación intestinal. **5e)** Los criterios de enfermedad de Kawasaki son: fiebre de más de 5 días, inyección conjuntival bilateral, alteración de las mucosas labiales o faríngeas, cambios periféricos en las extremidades y linfadenopatía mayor de 1,5 cm. **Transición de reumatología pediátrica a reumatología general: 1e)** Entre los objetivos del proceso de transición están introducir precozmente el concepto de transición, desarrollar una política de transición, fomentar el uso de herramientas de preparación para la transferencia, dar conocimientos en el automanejo de la enfermedad y de los tratamientos, y proveer un resumen médico para compartir con el reumatólogo de adultos. **2c)** La transición de la atención pediátrica a la de adultos se reconoce actualmente como uno de los factores clave para el correcto manejo de las enfermedades crónicas de inicio en la infancia, y supone un momento crítico para conseguir involucrar a los pacientes adolescentes. Varios estudios han descrito que alrededor del 50 % (no el 10 %) de los pacientes con patologías reumáticas no experimentan una transferencia efectiva, con el riesgo de pérdida de seguimiento, mala adherencia al tratamiento o incluso aumento en la mortalidad. Es más probable que la transferencia tenga éxito cuando los pacientes se encuentran médica y socialmente estables y cuando existe comunicación directa entre los equipos de reumatología pediátrica y de adultos. **3b)** La transición se define como un proceso gradual, no súbito, por el cual un paciente joven con una patología crónica desarrolla las habilidades y dispone de los recursos necesarios para el cuidado de su salud durante el paso de la adolescencia a la edad adulta. Se trata de un proceso activo y multidimensional que atiende las necesidades no solo médicas, también psicosociales y educativas de los adolescentes. El punto fundamental es que supone un cambio de un sistema centrado en el niño y la familia a un modelo de atención centrada en el adulto. En cambio, la transferencia es un proceso no gradual sino estático y único, por el cual el paciente cambia de ubicación física de reumatología pediátrica a reumatología de adultos, y la información médica pasa de un especialista a otro. **4a)** El primer modelo de transferencia pura no atiende a todos los aspectos no puramente médicos de la transición, por lo que no se considera el modelo más adecuado. En cuanto al resto de modelos de transición, todavía hay escasez de datos sobre el impacto de estos modelos. **5d)** Uno de los factores fundamentales para una transferencia exitosa es que la enfermedad esté clínicamente estable a nivel médico, así como durante un período de estabilidad social. Dicha situación de estabilidad aumenta las posibilidades de que un adulto joven asista a una cita programada y cumpla con el tratamiento médico. El resto de opciones también son objetivos importantes para realizar una transferencia exitosa, pero en menor importancia. **Aspectos médicos y psicosociales del adolescente con enfermedad reumática: 1c), 2e), 3a), 4b), 5e).** **Patología reumática en la adolescencia: casos clínicos: Respuesta correcta: 1e), 2a)** Incorrecto: no son específicos de LES pediátrico y son criterios de clasificación, no de diagnóstico, por lo que, aunque deben servir de guía, el diagnóstico no debe basarse únicamente en ellos. **2b)** Correcto: Existen casos de LES con ANA negativos, que, aunque poco frecuentes, son más frecuentes en la infancia que en la edad adulta. **2c)** Incorrecto: son los anticuerpos anti-DNAs (de doble cadena), no los anti-DNAss (de cadena simple). **2d)** Correcto. **Respuesta correcta: 2e) Son correctas b) y d).** **3a)** La sinovitis transitoria de cadera es una artritis inflamatoria de la cadera de causa desconocida que afecta de manera más frecuente a varones, con edad comprendida entre 3-10 años. Se caracteriza por un inicio brusco de la sintomatología con dolor con mejoría rápida tras la instauración de analgésicos. El derrame ecográfico puede durar hasta un mes. **3b)** Correcta. **3c)** Las artritis sépticas en el paciente mayor suelen estar causadas por gérmenes agresivos, fundamentalmente *Staphylococcus aureus*, que suelen asociar fiebre alta, con dolor intenso y repercusión franca del estado general. **3d)** Correcta. **Respuesta correcta 3e) Las opciones b y d son correctas.** **Vacunación en situaciones especiales: 1e)** Todas son ciertas. **2a)** Las vacunas inactivadas se deben administrar al menos dos semanas (preferiblemente 4 semanas) antes de iniciar la inmunosupresión. **3d)** La Inmunosupresión de bajo grado se refiere a pautas de esteroides a dosis menores diarias o a días alternos, y dosis farmacológicas menores de productos como metotrexato, 6 mercaptopurina, azatioprina, ciclosporina, tacrolimus y leflunomida. **4b)** Ambas vacunas del rotavirus no deben ser administradas a personas inmunodeprimidas. Sin embargo, se pueden administrar a lactantes que convivan en el mismo domicilio tomando precauciones higiénicas.