

1. ¿Cuál es la definición clínica de las discromías según la clasificación dermatológica general?

- A) Ausencia congénita de melanocitos en toda la superficie corporal de forma simétrica.
- B) Alteraciones exclusivamente de origen melánico que afectan la dermis profunda.
- C) Tumores benignos producidos por el crecimiento descontrolado de melanocitos en la epidermis.
- D) Modificaciones circunscritas o difusas del color de la piel por exceso, defecto o ausencia de diversos pigmentos.

RESPUESTA:

D) Modificaciones circunscritas o difusas del color de la piel por exceso, defecto o ausencia de diversos pigmentos.

2. En el albinismo oculocutáneo (AOC), ¿cuál es el estado de los melanocitos en el epitelio y los folículos?

- A) Existe una ausencia total de melanocitos desde el nacimiento.
- B) Los melanocitos están presentes pero se localizan únicamente en la dermis.
- C) El número de melanocitos es normal, pero son incapaces de producir melanina.
- D) Hay una disminución progresiva de melanocitos debido a una respuesta autoinmune.

RESPUESTA:

C) El número de melanocitos es normal, pero son incapaces de producir melanina.

3. ¿Qué mutación genética específica caracteriza al albinismo oculocutáneo tipo 3 (AOC rojizo)?

- A) Inactivación completa del gen de la tirosinasa (AOC tipo 1A).
- B) Mutación de la proteína 1 relacionada con la tirosinasa (TYRP1).
- C) Déficit absoluto de la enzima fenilalanina-hidroxilasa hepática.
- D) Alteración del gen MATP (proteína transportadora asociada a la membrana).

RESPUESTA:

B) Mutación de la proteína 1 relacionada con la tirosinasa (TYRP1).

4. En regiones con alta radiación solar, ¿cuál es el principal riesgo oncológico cutáneo para los pacientes con albinismo?

- A) Carcinomas espinocelulares y queratomas actínicos.
- B) Linfomas cutáneos de células T.
- C) Melanoma maligno como complicación más frecuente.
- D) Sarcoma de Kaposi de variante endémica.

RESPUESTA:

A) Carcinomas espinocelulares y queratomas actínicos.

5. ¿Qué enzima hepática está ausente en la fenilcetonuria, provocando piel clara y retraso psicomotor si no se trata?

A) Glutación-peroxidasa.

B) Fenilalanina-hidroxilasa.

C) Cistationina-sintetasa.

D) Tirosinasa.

RESPUESTA:

B) Fenilalanina-hidroxilasa.

6. ¿Cuál es el signo clínico cutáneo más característico del piebaldismo, presente en el 80–90% de los pacientes?

- A) Máculas hiperpigmentadas en mucosas.
- B) Mechón blanco frontal (poliosis).
- C) Manchas acrómicas en forma de remolino.
- D) Fenómeno de Koebner positivo.

RESPUESTA:

B) Mechón blanco frontal (poliosis).

7. Dermatológicamente, ¿cuál es la principal diferencia histológica entre el albinismo y el vitíligo?

- A) En el vitíligo hay ausencia de melanocitos, mientras que en el albinismo están presentes pero no funcionan.
- B) En el albinismo se observan infiltrados inflamatorios y en el vitíligo no.
- C) El vitíligo afecta solo a la dermis y el albinismo solo a la epidermis.
- D) El albinismo presenta dopa-reacción positiva y el vitíligo negativa.

RESPUESTA:

A) En el vitíligo hay ausencia de melanocitos, mientras que en el albinismo están presentes pero no funcionan.

8. ¿A qué edad es más frecuente que se inicie el vitíligo, según los datos epidemiológicos?

- A) Inmediatamente después del nacimiento.
- B) Entre los 10 y 30 años.
- C) Exclusivamente durante la pubertad.
- D) A partir de los 60 años debido al fotoenvejecimiento.

RESPUESTA:

B) Entre los 10 y 30 años.

9. Un paciente presenta vitíligo que afecta a más del 80% de su superficie corporal. ¿Cómo se clasifica esta variante?

A) Vitíligo universal.

B) Vitíligo segmentario.

C) Vitíligo acrofacial.

D) Vitíligo vulgar.

RESPUESTA:

A) Vitíligo universal.

10. ¿Cuál es la asociación extracutánea más frecuente en pacientes con vitíligo (superior al 10%)?

- A) Enfermedades tiroideas (hiper o hipotiroidismo).
- B) Diabetes mellitus.
- C) Miastenia gravis.
- D) Anemia perniciosa.

RESPUESTA:

A) Enfermedades tiroideas (hiper o hipotiroidismo).

11. En el tratamiento del vitíligo, ¿cuál es el límite máximo recomendado de sesiones de fototerapia UVB de banda estrecha?

A) No hay límite si se usa protección ocular adecuada.

B) Máximo 50 sesiones por año.

C) Hasta 150 sesiones como máximo.

D) No superar las 200 sesiones.

RESPUESTA:

D) No superar las 200 sesiones.

12. ¿Qué fármaco biológico tópico, recientemente aprobado (Julio 2024), actúa como inhibidor de JAK1/2 para el tratamiento del vitíligo?

- A) Hidroquinona 20%.
- B) Ruxolitinib 1.5% en crema.
- C) Adalimumab.
- D) Tacrolimus 0.1%.

RESPUESTA:

B) Ruxolitinib 1.5% en crema.

13. ¿Qué característica define a la 'hipomelanosis lenticular idiopática'?

- A) Grandes placas acrómicas que siguen las líneas de Blaschko.
- B) Despigmentación total de los folículos pilosos del cuero cabelludo.
- C) Acromias puntiformes menores de 1 cm en la superficie anterior de extremidades.
- D) Manchas blancas que pican intensamente al exponerse al sol.

RESPUESTA:

C) Acromias puntiformes menores de 1 cm en la superficie anterior de extremidades.

14. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre los lentigos y las efélides (pecas)?

- A) Las efélides solo aparecen en personas de raza negra.
- B) Los lentigos son de origen bacteriano y las efélides genético.
- C) Las efélides aumentan con el sol y los lentigos no cambian significativamente con la exposición solar inmediata.
- D) Los lentigos desaparecen en invierno y las efélides son permanentes.

RESPUESTA:

C) Las efélides aumentan con el sol y los lentigos no cambian significativamente con la exposición solar inmediata.

15. ¿Qué síndrome se caracteriza por la presencia de lentiginosis en la mucosa bucal y labios asociada a poliposis intestinal?

- A) Síndrome de Peutz-Jeghers.
- B) Síndrome de von Recklinghausen.
- C) Síndrome de Laugier-Hunziker.
- D) Síndrome de LEOPARD.

RESPUESTA:

A) Síndrome de Peutz-Jeghers.

16. En la neurofibromatosis tipo 1, ¿en qué localización específica es más característico encontrar efélides (signo de Crowe)?

A) Axilas.

B) Mucosa lingual.

C) Zonas expuestas al sol como la nariz.

D) Palmas y plantas.

RESPUESTA:

A) Axilas.

17. ¿Qué describe mejor a un 'nevus spilus'?

- A) Una placa hiperpigmentada unilateral con gran cantidad de vello grueso.
- B) Una mancha azulada congénita en la zona lumbosacra.
- C) Una mancha café con leche sobre la que surgen nevus pigmentocelulares moteados.
- D) Un halo blanco alrededor de un lunar preexistente.

RESPUESTA:

C) Una mancha café con leche sobre la que surgen nevus pigmentocelulares moteados.

18. ¿Cuál es el perfil epidemiológico predominante del nevus de Becker?

- A) Mujeres embarazadas debido al estímulo hormonal.
- B) Recién nacidos de cualquier sexo de forma simétrica.
- C) Ancianos con antecedentes de quemaduras solares graves.
- D) Varones (80–85%) durante la primera o segunda década de la vida.

RESPUESTA:

D) Varones (80–85%) durante la primera o segunda década de la vida.

19. ¿En qué etapa evolutiva de la incontinencia pigmentaria aparecen las lesiones en remolino características?

- A) Segunda etapa (verrugosa).
- B) Tercera etapa (pigmentaria).
- C) Etapa de involución completa.
- D) Primera etapa (vesiculosa).

RESPUESTA:

B) Tercera etapa (pigmentaria).

20. ¿Qué fármaco es conocido por producir una hiperpigmentación cutánea de tono gris-azulado en zonas expuestas, especialmente tras un tratamiento prolongado?

A) Ácido retinoico.

B) Hidroquinona.

C) Amiodarona.

D) Tacrolimus.

RESPUESTA:

C) Amiodarona.

21. En el tratamiento de los lentigos solares, ¿qué tipo de láser es el más selectivo?

A) Láser de colorante pulsado (510 nm).

B) Láser de Erblio.

C) Láser de CO₂.

D) Láser Q-switch.

RESPUESTA:

D) Láser Q-switch.

22. ¿Por qué está contraindicado el uso de láser para tratar el melasma?

- A) Existe un alto riesgo de hiperpigmentación postinflamatoria.
- B) Porque el melasma siempre desaparece solo sin tratamiento.
- C) El pigmento del melasma es inaccesible a la luz láser.
- D) Debido a que el láser aumenta el riesgo de embarazo.

RESPUESTA:

A) Existe un alto riesgo de hiperpigmentación postinflamatoria.

23. Además de la afectación cutánea, ¿qué otras anomalías se encuentran en más del 50% de los casos de incontinencia pigmentaria?

A) Insuficiencia renal crónica.

B) Cirrosis hepática idiopática.

C) Sordera neurosensorial bilateral.

D) Alteraciones dentarias (anodontia parcial, dientes cónicos).

RESPUESTA:

D) Alteraciones dentarias (anodontia parcial, dientes cónicos).

24. ¿Cuál es la causa principal del melasma?

A) Deficiencia dietética grave de vitamina B12.

B) Uso excesivo de cosméticos con alto contenido en plomo.

C) Multifactorial, con predominio de la radiación solar y factores hormonales.

D) Una infección fúngica por *Malassezia furfur*.

RESPUESTA:

C) Multifactorial, con predominio de la radiación solar y factores hormonales.

25. ¿Qué componente de la 'fórmula de Kligman' clásica se utiliza junto a la hidroquinona al 4% para el melasma?

A) Fluorouracilo tópico.

B) Minociclina.

C) Ácido retinoico 0.025%.

D) Peróxido de benzoilo.

RESPUESTA:

C) Ácido retinoico 0.025%.

26. ¿Cuál es el patrón hereditario habitual del albinismo oculocutáneo (AOC)?

A) Autosómico dominante.

B) Herencia mitocondrial.

C) Autosómico recesivo.

D) Ligado al cromosoma Y.

RESPUESTA:

C) Autosómico recesivo.