

P1

¿Qué propiedad tintórea define al género *Mycobacterium*?

R1

La ácido-alcohol resistencia (BAAR).

P2

¿Qué componente de la pared celular de las micobacterias impide la tinción de Gram convencional?

R2

La alta concentración de ácidos micólicos.

P3

¿Cuál es la técnica de tinción específica utilizada para visualizar bacilos ácido-alcohol resistentes?

R3

La técnica de Ziehl-Neelsen.

P4

¿Qué porcentaje aproximado de los casos sistémicos de tuberculosis presenta afectación cutánea?

R4

Aproximadamente el \$1,5\%\$.

P5

Especies que integran el complejo
Mycobacterium tuberculosis.

R5

M. tuberculosis, M. bovis, M. africanum y el bacilo de Calmette-Guérin (BCG).

P6

¿Cómo se define una 'tuberculosis cutis'
verdadera?

R6

Aquella forma donde el bacilo es demostrable mediante cultivo o visualización en la lesión cutánea.

P7

¿Qué son las tuberculides?

R7

Reacciones de hipersensibilidad a distancia frente a un foco tuberculoso donde el cultivo suele ser negativo.

P8

Relación entre el estado inmunitario del huésped y la carga bacilar en la tuberculosis cutánea.

R8

Un sistema inmune competente genera cuadros paucibacilares, mientras que uno deficiente genera cuadros multibacilares.

P9

¿Cuál es la principal vía de transmisión de la tuberculosis sistémica que puede derivar en focos cutáneos?

R9

La inhalación (vía pulmonar).

P10

Proceso de formación del granuloma:
¿qué células presentan los antígenos de
M. tuberculosis a los linfocitos T?

R10

Los macrófagos a través del MHC II.

P11

¿Qué tipo de respuesta inmunitaria celular (Th1 o Th2) es necesaria para controlar la infección por M. tuberculosis?

R11

La respuesta Th1.

P12

¿Qué citoquina es fundamental para reclutar y activar macrófagos en el granuloma tuberculoso?

R12

El interferón gamma ($\text{IFN-}\gamma$).

P13

Células gigantes características del granuloma tuberculoso con núcleos en disposición de herradura.

R13

Células gigantes de tipo Langhans.

P14

¿Qué indica un resultado positivo en la prueba de la tuberculina (PPD)?

R14

Que ha ocurrido una respuesta inmune celular previa (infección latente o activa).

P15

¿En qué periodo de tiempo es máximo el riesgo de reactivación tras el contagio por tuberculosis?

R15

En los dos primeros años.

P16

Concepto: Chancro tuberculoso.

R16

Forma de primoinfección exógena en individuos sin inmunidad previa que presenta úlcera y adenopatía.

P17

¿En qué tipo de pacientes es más frecuente observar el chancro tuberculoso?

R17

Niños, jóvenes y personal sanitario tras
inoculación accidental.

P18

¿Cómo es la base de la úlcera en un chancro tuberculoso?

R18

De fondo hemorrágico con gránulos amarillentos 'en jalea de manzana'.

P19

Concepto: Tuberculosis verrugosa.

R19

Placa hiperqueratósica por reinoculación exógena en individuos previamente sensibilizados (inmunidad buena).

P20

¿Qué profesiones se asocian
históricamente a la tuberculosis
verrugosa?

R20

Matarifes, carniceros y personal de
autopsias.

P21

Concepto: Escrofuloderma.

R21

Afectación cutánea por contigüidad desde un foco profundo (ganglio o hueso) que forma fístulas.

P22

¿Qué material drena típicamente a través de las fístulas en el escrofuloderma?

R22

Material purulento o caseum.

P23

Concepto: Tuberculosis periorificial.

R23

Autoinoculación de bacilos en orificios mucosos a partir de una tuberculosis visceral avanzada.

P24

¿Cuál es la característica clínica más notable de las úlceras en la tuberculosis periorifical?

R24

Son exquisitamente dolorosas.

P25

Concepto: Lupus vulgar.

R25

Forma más común de tuberculosis cutis
crónica y destructiva por reactivación
hematógica.

P26

Localización más frecuente de las placas
de lupus vulgar.

R26

Cabeza y cuello (especialmente la cara).

P27

¿Qué se observa en la diascopia de una
lesión de lupus vulgar?

R27

Nódulos amarillento-parduscos con
aspecto de 'jalea de manzana' (lupomas).

P28

Signo clínico en el lupus vulgar donde el instrumento se hunde por la destrucción de fibras elásticas.

R28

Signo del estilete.

P29

¿Cuál es el riesgo a largo plazo de las cicatrices crónicas por lupus vulgar?

R29

Malignización a carcinoma espinocelular.

P30

Concepto: Tuberculosis gomosa.

R30

Formación de abscesos fluctuantes por
diseminación hematógena en individuos
inmunodeprimidos.

P31

Concepto: Tuberculosis miliar cutánea.

R31

Diseminación aguda y masiva de pápulas en pacientes con anergia (PPD negativa) y mal estado general.

P32

Fisiopatología de las tuberculides.

R32

Reacción de hipersensibilidad exagerada
frente a fragmentos de bacilos
diseminados por vía hematógica.

P33

Clínica de la tuberculide pápulo-
necrótica.

R33

Brotes de pápulas con necrosis central que dejan cicatrices 'en sacabocados' en codos y rodillas.

P34

Concepto: Liquen escrofuloso.

R34

Pápulas foliculares diminutas en el tronco
que actúan como marcador de TB visceral
en niños.

P35

Concepto: Eritema indurado de Bazin.

R35

Paniculitis nodular y ulcerativa en las pantorrillas de mujeres, asociada a hipersensibilidad a *M. tuberculosis*.

P36

¿Cómo se denomina clínicamente al eritema de Bazin cuando no existe vínculo demostrable con la tuberculosis?

R36

Vasculitis nodular.

P37

¿Qué hallazgo histopatológico es
patognomónico de la tuberculosis?

R37

La necrosis de caseificación central en el
granuloma.

P38

¿Qué medida de induración en la PPD se considera positiva en pacientes con VIH?

R38

≥ 5 mm.

P39

¿Cuál es la principal ventaja de los IGRAs sobre la prueba de la PPD?

R39

No se ven afectados por la vacunación
previa con BCG.

P40

¿Cuánto tiempo suele tardar el crecimiento de *M. tuberculosis* en el medio Lowenstein-Jensen?

R40

De 4 a 6 semanas.

P41

¿Qué técnica diagnóstica es esencial para detectar tuberculosis en formas paucibacilares con gran rapidez?

R41

La Reacción en Cadena de la Polimerasa
(PCR).

P42

¿Cuál es el esquema antibiótico inicial
(fase de inducción) para la tuberculosis
cutánea?

R42

Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida y
Etambutol (RIPE) durante 2 meses.

P43

¿Qué fármaco se debe administrar junto a la Isoniazida para prevenir la neuropatía periférica?

R43

Piridoxina (Vitamina B6).

P44

¿Qué efecto secundario benigno debe advertirse al paciente que inicia tratamiento con Rifampicina?

R44

Coloración naranja de la orina, lágrimas y
sudor.

P45

¿Qué toxicidad específica requiere vigilancia oftalmológica mensual en pacientes tratados con Etambutol?

R45

Neuritis óptica (alteración de la visión de colores).

P46

**Concepto: Granuloma de las piscinas o
acuarios.**

R46

Infección por *M. marinum* tras contacto con agua contaminada que suele presentar un patrón esporotricóide.

P47

¿A qué temperatura prefiere crecer
Mycobacterium marinum?

R47

Entre \$30\$ y \$33 \setminus, ^\circ C\$.

P48

Concepto: Úlcera de Buruli.

R48

Infección por *M. ulcerans* que causa
necrosis masiva e indolora por la toxina
miocolactona.

P49

¿Qué grupo de micobacterias suele causar abscesos tras procedimientos estéticos o mesoterapia?

R49

Micobacterias de crecimiento rápido (*M. fortuitum*, *M. chelonae*, *M. abscessus*).

P50

¿Por qué no se debe tratar una
micobacteriosis atípica con el régimen
RIPE estándar?

R50

Porque suelen ser resistentes a los fármacos antituberculosos convencionales.

P51

Etiología de la Lepra o enfermedad de Hansen.

R51

Mycobacterium leprae (descubierto por
Hansen en 1873).

P52

¿Por qué *Mycobacterium leprae* no puede cultivarse en medios artificiales?

R52

Es un parásito intracelular obligado con requerimientos biológicos complejos.

P53

Tropismo biológico de *M. leprae*.

R53

Predilección por las células de Schwann
(nervios) y zonas frías de la piel.

P54

¿Cuál es el tiempo aproximado de duplicación de *M. leprae*?

R54

De 11 a 13 días.

P55

¿Cómo se transmite principalmente la lepra?

R55

Vía aérea mediante gotitas de saliva tras
contacto íntimo y prolongado.

P56

**Características de la Lepra Tuberculoide
(TT) a nivel inmunológico.**

R56

Respuesta Th1 vigorosa con formación de granulomas y escasez de bacilos (paucibacilar).

P57

**Características de la Lepra Lepromatosa
(LL) a nivel inmunológico.**

R57

Respuesta Th2 con anergia celular,
permitiendo una proliferación bacilar
masiva (multibacilar).

P58

¿Para qué se utiliza la reacción de Mitsunobu (lepromina)?

R58

Para clasificar el pronóstico e inmunidad del paciente, no para el diagnóstico.

P59

¿Qué indica una reacción de Mitsunobu negativa?

R59

Anergia o falta de inmunidad celular frente al bacilo (típico del polo lepromatoso).

P60

Clínica de la Lepra Indeterminada.

R60

Mácula hipocrómica única o escasa con pérdida de sensibilidad térmica.

P61

Descripción de la Lepra Tuberculoide.

R61

Placas eritematosas bien definidas con bordes elevados, anestesia total y daño neural localizado.

P62

**Manifestación facial característica de la
Lepra Lepromatosa avanzada.**

R62

Facies leonina (infiltración masiva de la cara).

P63

Concepto: Madarosis en la lepra.

R63

Caída o pérdida de la cola de las cejas.

P64

Daño neural: ¿qué nervio periférico es el más comúnmente afectado en la extremidad superior por la lepra?

R64

El nervio cubital (causando mano en garra).

P65

Concepto: Mal perforante plantar.

R65

Úlcera indolora en puntos de presión del pie debida a la pérdida de sensibilidad en la lepra.

P66

¿Qué fármaco es el tratamiento de elección para la reacción tipo 2 o eritema nudoso leproso?

R66

Talidomida.

P67

¿Qué diferencia el índice bacteriológico (IB) del índice morfológico (IM) en la baciloscopia de lepra?

R67

El IB mide la carga total de bacilos y el IM distingue los bacilos vivos (sólidos) de los muertos.

P68

Tratamiento de la OMS para la lepra
paucibacilar (PB).

R68

Rifampicina y Dapsona durante 6 meses.

P69

**Tratamiento de la OMS para la lepra
multibacilar (MB).**

R69

Rifampicina, Dapsona y Clofazimina
durante 12 meses.

P70

¿Qué efecto secundario cutáneo
produce la Clofazimina?

R70

Coloración cobriza o negruzca de la piel.

P71

¿Por qué es fundamental el tratamiento precoz en la lepra?

R71

Para evitar discapacidades permanentes y cortar la cadena de transmisión.

