

Test de Autoevaluación sobre infecciones micóticas cutáneas

Dermatol Peru 2009;19(4):

Dr. Leonardo Sánchez-Saldaña*, Dra. Rebeca Matos-Sánchez**

La clave de las respuestas del TEST DE AUTOEVALUACION DE INFECCIONES MICOTICAS SUBCUTANEAS saldrá en Dermatol Peru 2010;20(1).

1. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a las infecciones micóticas profundas?**
 - a. Afectan solamente estructuras queratinizadas
 - b. Son infecciones que invaden la piel, tejido celular subcutáneo y otros órganos
 - c. Alta prevalencia en regiones tropicales y subtropicales
 - d. Las micosis subcutáneas afecta la dermis y tejido celular subcutáneo
 - e. La esporotricosis en la infección subcutánea más frecuente entre las micosis profundas.
2. **El agente causal de la esporotricosis es:**
 - a. Fusarium spp.
 - b. Madurella mycetomatic.
 - c. Sporothrix. schenckii.
 - d. Acremonium kiliensi.
 - e. Exophiala jeanselmei
3. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación a la esporotricosis?**
 - a. Es una micosis subcutánea
 - b. El curso es subagudo o crónico
 - c. Primordialmente afecta piel y linfáticos
 - d. Es frecuente el compromiso sistémico
 - e. El periodo de incubación promedio fluctúa entre una semana y un mes.
4. **La topografía más frecuente de la esporotricosis en el adulto es:**
 - a. Cara
 - b. Miembro superior
 - c. Miembro inferior
 - d. Abdomen
 - e. Tórax
5. **La intradermorreacción positiva con esporotricina celular indica:**
 - a. Esporotricosis diseminada
 - b. Esporotricosis pulmonar localizad
 - c. Esporotricosis antigua
 - d. Esporotricosis activa
 - e. Contacto previo del paciente con Sporothrix schenckii, sin enfermedad activa
6. **Cuál de las formas clínicas de esporotricosis en la más frecuente.**
 - a. Cutánea fija
 - b. Cutánea linfática
 - c. Cutánea diseminada
 - d. Mucocutánea
 - e. Pulmonar localizada
7. **¿Cuál NO es cierta en relación a la esporotricosis cutánea linfática?**
 - a. Es la forma clásica y frecuente de la enfermedad

* Profesor Invitado de Post grado de Dermatología de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú. ** Médico Asistente del Policlínico Militar Chorrillos.

- b. El primer signo que aparece es un pequeño nódulo subcutáneo, no doloroso, móvil, duro en el lugar de inoculación.
- c. El nódulo al ulcerarse forma el llamado chancro esporotricótico
- d. Esta forma clínica respeta los ganglios linfáticos regionales
- e. Puede haber regresión espontánea, si bien existe una tendencia a la cronicidad
8. **¿Cuál es la topografía más frecuente de la esporotricosis en el niño?**
- a. Manos
- b. Pies
- c. Cuero cabelludo
- d. Cara
- e. Tórax.
9. **En relación a la esporotricosis cutánea fija, que afirmación es FALSA.**
- a. Se suscribe estrictamente al lugar de la inoculación
- b. Tiene tendencia a extenderse localmente
- c. Se observa con más frecuencia en áreas endémicas de la enfermedad.
- d. La infección respeta los ganglios adyacentes
- e. Las lesiones pueden ser ulcerativa, verrucosa, papulosa, acnéiforme y en placa eritematosa.
10. **¿Cuál de las siguientes formas clínicas de esporotricosis es la más frecuente en niños?**
- a. Linfática
- b. Cutánea fija
- c. Mucocutánea
- d. Pulmonar localizada
- e. Cutánea diseminada
11. **¿Cuál de las siguientes micosis es la más difundida en el mundo?**
- a. Esporotricosis
- b. Micetoma maduromicótico
- c. Cromomicosis
- d. Lobomicosis
- e. Rinosporidiosis.
12. **El tratamiento de elección de la esporotricosis linfangítica es:**
- a. Griseofulvina
- b. Terbinafina
- c. Itraconazol
- d. Anfotericina B
- e. Yoduro de potasio
13. **En una esporotricosis diseminada con lesiones osteo-articulares, el tratamiento más adecuado sería:**
- a. Anfotericina B
- b. Fluconazol
- c. Yoduro de potasio
- d. Terbinafina
- e. Itraconazol más yoduro de potasio
14. **El cuerpo asteroide, cuando se observa es característico de:**
- a. Cromomicosis
- b. Esporotricosis
- c. Lobomicosis
- d. Paracoccidioidomicosis
- e. Rinosporidiosis
15. **En casos de alergia al yoduro de potasio, respuesta lenta o fracaso terapéutico, cuál de las siguientes opciones debe considerarse como alternativa en el tratamiento de la esporotricosis.**
- a. Ketoconazol
- b. 5-fluouracilo
- c. Itraconazol
- d. Griseofulvinaa
- e. Fluconazol
16. **La anfotericina B es el tratamiento más eficaz en la forma:**
- a. Linfocutánea residivante
- b. Cutánea fija
- c. Cutánea linfática y cutánea fija
- d. Enfermedad pulmonar diseminada
- e. En la linfocutánea residivante y enfermedad pulmonar diseminada
17. **¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta en relación con el micetoma?**
- a. Es una enfermedad micótica subcutánea y granulomatosa crónica
- b. Afecta principalmente el tórax y las extremidades superiores
- c. Es endémico en climas tropicales y subtropicales de África, Sudamérica, Centroamérica y Norteamérica.
- d. El agente etiológico se encuentra en la naturaleza, tierra, vegetales, plantas espinosas y pasa a la piel por inoculación directa.
- e. Son de pronóstico sombrío y escasa respuesta al tratamiento

18. El agente etiológico más frecuente encontrado en el micetoma eumicético es:
- A. brasiliensis
 - N. dassonvillei
 - Madurella mycetomatis
 - A. pelletieri
 - S. somaliensis
19. ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde al micetoma eumicético
- La progresión es lenta y progresiva
 - Presenta una lesión más de tipo inflamatorio y es más destructivo
 - La afectación del hueso es tardía
 - Presenta márgenes bien definidos y esta encapsulado
 - Permanece encapsulado por largos periodos de tiempo y menor número de fístulas que los actinomicetomas.
20. El micetoma actinomicótico se diferencia del micetoma eumicético por:
- La progresión muy lenta
 - Ser poco inflamatoria
 - Ser más destructivo e invade hueso desde etapas tempranas de la infección
 - Menor número de abscesos y fístulas
 - Produce menor deformidad en el área de la lesión.
21. ¿Cuál es la localización más frecuente de los micetomas eumicéticos?
- Pie
 - Mano
 - Pierna
 - Muslo
 - Antebrazo
22. El micetoma se diagnostica clínicamente por la siguiente triada:
- Fístulas, granos y secreción seropurulenta
 - Inflamación, afectación ósea, fístula
 - Tumefacción, fístulas y granos
 - Tumefacción, edema e inflamación
 - Edema, fístula y granos negros
23. Los micetomas en los miembros inferiores se presenta con una frecuencia del:
- 70 %
 - 50 %
 - 30 %
 - 15 %
 - 5 %
24. La presencia de *granos* en el examen directo con KOH es un signo útil en el diagnóstico de :
- Esporotricosis
 - Cromomicosis
 - Lobomicosis
 - Micetomas
 - Rinosporidiosis
25. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?
- Los micetomas son de pronóstico sombrío y escasa respuesta al tratamiento
 - Para obtener buenos resultados terapéuticos, el micetoma eumicético debe ser diagnosticado de manera precoz.
 - En etapas iniciales, muy limitadas o están bien circunscritas, la mejor opción es la extirpación quirúrgica y la electrodesecación en la cromomicosis
 - Los antimicóticos sistémicos es la mejor opción terapéutica para la lobomicosis
 - Uno de los diagnósticos diferenciales de la cromomicosis debe ser con la tuberculosis verrucosa
26. El hongo dematiáceo u hongos productores de *colónias negras* es el agente etiológico de:
- Rinosporidiosis
 - Lobomicosis
 - Cromomicosis
 - Esporotricosis
 - Todas las anteriores
27. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la cromomicosis?
- Es una enfermedad micótica subcutánea crónica
 - Se observa con predilección en regiones tropicales y subtropicales
 - Afecta principalmente niños y mujeres en relación 4:1
 - El hábitat y La fuente de infección están en la naturaleza.
 - Es más frecuente en trabajadores agrícolas que caminan descalzo, leñadores y granjeros.
28. El agente causal más común en el actinomicetoma actinomicótico es:
- S. somaliensis
 - A. pelletieri

- c. *A. madurae*
d. *N. asteróides*
e. *N. brasiliensis*
29. El manejo terapéutico más apropiado para el micetoma eumicético es:
a. Ketoconazol
b. Fluconazol
c. antotéricina B
d. Itraconazol, ketoconazol y cirugía radical
e. Dapsona
30. Los rayos X del área afectada es una herramienta útil en el estudio de:
a. Lobomicosis
b. Cromomicosis
c. Micetoma
d. Esperotricosis
e. Todos los anteriores
31. El agente causal de actinomicetoma de puntos blancos es:
a. *madurella mycetomatis*
b. *Nocardia brasiliensis*
c. *Madurella grisácea*
d. *Exofiliala jeanselmei*
e. *Leptosphaeria senegalensis*
32. La especie *Loboa lobo* es el agente causante de:
a. Rinosporidiosis
b. Cromomicosis
c. Feohifomicosis
d. Blastomicosis queloidea
e. Cigomicosis subcutánea
33. El rinosporidium seebei es el agente causante de:
a. Micetoma eumicético
b. micetoma actinomicético
c. Cromoblastomicosis
d. Zigomicosis
e. Ninguna de las anteriores
34. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la lobomicosis:
a. Es más frecuente en mujeres entre la segunda y tercera década
b. Afecta trabajadores rurales, agricultores
c. Se observa también en pescadores
d. El agente causal es la *Loboa lobo*
e. El hongo ingresa al huesped a través de un trauma cutáneo
35. El tratamiento de elección de la lobomicosis en los estadios iniciales es:
a. Cirugía
b. Criocirugía
c. Cirugía y criocirugía
d. Trimetropin-sulfametoxazol
e. Ketoconazol
36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la Blastomicosis queloidea?
a. Es causada por un hongo levaduriforme de la clase Zygomycetes
b. Las lesiones se caracterizan por ser queloides, nodulares o vegetantes
c. Las lesiones se presentan en cualquier parte del cuerpo
d. El primer caso fue descrito por Jorge Lobo en Brasil
e. La enfermedad se adquiere en áreas selváticas de la Amazonia.
37. Masas polipóides verrucosas y vegetantes a nivel nasal son sugestivo de:
a. Queloides
b. Blastocromomicosis
c. Lobomicosis
d. Rinosporidiosis
e. Ninguna de las anteriores
38. ¿Qué examen de laboratorio se considera como patognomónico para el diagnóstico de lobomicosis?
a. Examen directo
b. Cultivo
c. Biopsia
d. Examen directo y biopsia
e. Examen directo y cultivo
39. La cirugía más Ketoconazol 200 mg/día pre y post quirúrgico se ha empleado con buenos resultados en el tratamiento de lesiones de:
a. Rinosporidiosis
b. Esperotricosis
c. Lobomicosis
d. Cromomicosis
e. Micetoma actinomicético
40. El hábitat del Rinosporidium seeberi es:
a. La tierra
b. Las plantas espinosas
c. Fondo de los ríos y lagos

- d. Las astillas de la madera
e. Los animales silvestres
- 41. El tipo clínico de rinosporidiosis más frecuente es:**
- Nasal
 - Laríngeo
 - Ocular
 - Cutáneo
 - Faríngeo
- 42. La rinosporidiosis se caracteriza principalmente por:**
- Formación de placas ulceradas
 - Formación de placas verrucosas y ulceradas
 - Formación de lesiones pseudotumorales en las mucosas
 - Formación de lesiones queiloideas a nivel de la mucosa nasal
 - Todas las anteriores
- 43. ¿Cuál NO es un tipo clínico de rinosporidiosis?**
- Pulmonar
 - Nasal
 - Laríngeo y faríngeo
 - Ocular
 - Cutánea
- 44. Las lesiones nodulares, queiloideas, verrucosas y vegetantes es una característica de:**
- Enfermedad de Jorge Lobo
 - Cigomicosis
 - Cromoblastomicosis
 - Esporotricosis
 - Ninguna de las anteriores
- 45. ¿Cuál afirmación NO es cierta en relación con la cromomicosis?**
- Las manifestaciones clínicas varían ampliamente dependiendo de la localización y tiempo de enfermedad
 - El sitio habitual de inicio de la infección son el pie y la pierna
 - Las lesiones suelen ser bilaterales y simétricas
 - Las lesiones características son nódulos o placas verrucosas
 - La diseminación se realiza por autoinoculación
- 46. ¿Cuál de las siguientes especies de hongos dermatiáceos NO produce cromomicosis?**
- Fonsecae pedrosi
 - Fonsecae compacta
 - Phialophora verrucosa
 - Cladosporium carrionii
 - Nocardia brasiliensis
- 47. El mejor método para establecer el diagnóstico de esporotricosis es:**
- Examen directo
 - Cultivo
 - Biopsia
 - Citología de Tzanck
 - Todas las anteriores
- 48. El agente causal del micetoma de granos negros es:**
- M. mycetomatis
 - Acremonium spp.
 - Fusarium spp.
 - N. brasiliensis
 - A. pelletieri
- 49. Los cuerpos escleróticos o denominados células escleróticas de Medlar se observan en:**
- Cromomicosis
 - Esporotricosis
 - Lobomicosis
 - Rinosporidiosis
 - Coccidioidomicosis
- 50. La Phialophora verrucosa, Cladosporium carrionii y Fonsecaea pedrosi son los agentes causales de:**
- Esporotricosis
 - Paracoccidioidomicosis
 - Lobomicosis
 - Feohifomicosis
 - Cromomicosis