FEM APARATO DIGESTIVO

PREGUNTAS

1. **En relación con el acino hepático, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?**

   a) La zona 1 es la más vulnerable a hipoxia porque recibe la sangre menos oxigenada.
   b) La zona 3 es más susceptible a lesión hipóxica y a metabolitos generados por CYP450.
   c) La zona 2 carece de actividad metabólica relevante.
   d) El concepto de acino hepático no tiene utilidad fisiopatológica.

2. **La respuesta buffer arterial hepática consiste en:**

   a) Aumento del flujo portal ante incremento del flujo arterial.
   b) Aumento compensador del flujo arterial hepático ante reducción del flujo portal.
   c) Vasoconstricción arterial hepática cuando disminuye el flujo portal.
   d) Independencia absoluta entre flujo portal y arterial hepático.

3. **Una inhibición farmacológica significativa de BSEP produciría de forma más directa:**

   a) Diarrea osmótica por malabsorción de lactosa.
   b) Colestasis por alteración de la secreción canalicular de sales biliares.
   c) Hipersecreción ácida gástrica.
   d) Disminución de la absorción ileal de vitamina B12.

4. **Un defecto funcional del transportador ASBT se asociaría principalmente a:**

   a) Déficit de secreción ácida gástrica.
   b) Disminución de la recaptación activa ileal de ácidos biliares.
   c) Aumento del gradiente portal-hepático.
   d) Hipermotilidad esofágica espástica.

5. **¿Cuál es el estímulo fisiológico principal para la liberación de secretina?**

   a) Presencia de ácido en duodeno.
   b) Distensión rectal.
   c) Hipoglucemia.
   d) Ácidos biliares en colon.

6. **La colecistoquinina ejerce principalmente cuál de los siguientes efectos:**

   a) Inhibe la contracción vesicular.
   b) Estimula secreción pancreática acinar rica en enzimas y contracción vesicular.
   c) Inhibe toda secreción pancreática posprandial.
   d) Bloquea la liberación de secretina.



7. El efector final de la secreción ácida gástrica es:

a) Canal CFTR apical.
b) H+/K+-ATPasa canalicular.
c) ASBT ileal.
d) BSEP hepatocitaria.

8. Los inhibidores de la bomba de protones son más eficaces cuando se administran antes de la comida porque:

a) Neutralizan ácido solo en presencia de alimentos.
b) Necesitan bombas H+/K+-ATPasa activadas para ejercer su efecto máximo.
c) Se absorben exclusivamente en medio ácido.
d) Inhiben directamente la liberación de acetilcolina vagal.

9. ¿Cuál de las siguientes características es más propia del dolor visceral abdominal?

a) Localización precisa desde el inicio.
b) Aparición por distensión, espasmo, inflamación o isquemia visceral.
c) Transmisión exclusiva por nervios somáticos parietales.
d) Ausencia de relación con náuseas, sudoración o síntomas autonómicos.

10. El dolor en hombro derecho tras irritación diafragmática por patología hepatobiliar se explica por:

a) Inervación exclusiva del nervio pudendo.
b) Convergencia de aferencias frénicas C3-C5.
c) Lesión directa del plexo hipogástrico.
d) Hipertonía del esfínter esofágico inferior.

11. Una disfagia desde el inicio tanto para sólidos como para líquidos orienta sobre todo a:

a) Lesión obstructiva mecánica.
b) Trastorno motor esofágico.
c) Cáncer esofágico avanzado siempre.
d) Diverticulosis colónica.

12. El hallazgo manométrico definitorio de acalasia es:

a) Hipotonía del EEI con peristalsis intacta.
b) Aperistalsis esofágica y relajación incompleta de la unión esofagogástrica.
c) Contracciones normales con IRP bajo.
d) Hipertonía aislada del esfínter esofágico superior.

13. Un paciente con vómitos repetidos presenta alcalosis metabólica hipoclorémica e hipopotasemia. El mecanismo principal es:

a) Pérdida gástrica de HCl.
b) Pérdida fecal de bicarbonato.
c) Acidosis láctica intestinal.
d) Hiperproducción de ácidos biliares.

14. En un adulto con sospecha de enfermedad celíaca y niveles normales de IgA total, la prueba serológica inicial más útil es:

a) Anti-LKM1.
b) Anti-transglutaminasa tisular IgA.
c) Antimitocondrial M2.
d) Anti-músculo liso.

15. El patrón esofágico clásico de la esclerosis sistémica es:

a) EEI hipertenso y relajación incompleta.
b) Hipotonía del EEI y peristalsis distal débil o ausente.
c) Peristalsis normal con disfagia funcional.
d) Hipertonía aislada del EES.

16. En una vasculitis sistémica con dolor abdominal, sangrado digestivo y riesgo de perforación, el mecanismo fisiopatológico dominante es:

a) Hipersecreción de gastrina.
b) Isquemia por afectación inflamatoria de vasos mesentéricos.
c) Aumento de secreción pancreática ductal.
d) Relajación transitoria del EEI.

17. ¿Cuál de los siguientes mecanismos explica manifestaciones digestivas en la amiloidosis?

a) Depósito de amiloide en pared vascular, mucosa, submucosa o plexos neuromusculares.
b) Aumento aislado de secreción ácida.
c) Inhibición selectiva de ASBT.
d) Activación de BSEP.

18. Una manifestación gastrointestinal típica del hipertiroidismo es:

a) Estreñimiento severo por hipomotilidad.
b) Aumento del tránsito intestinal y diarrea.
c) Obstrucción mecánica del colon izquierdo.
d) Ictericia obstructiva por cálculo biliar impactado.

19. El hallazgo clínico inicial clásico de isquemia mesentérica arterial aguda es:

a) Dolor leve con abdomen en tabla desde el inicio.
b) Dolor abdominal intenso desproporcionado a la exploración física.
c) Rectorragia crónica indolora durante años.
d) Disfagia progresiva para sólidos.

20. La isquemia mesentérica no oclusiva se asocia principalmente a:

a) Bajo gasto, shock o vasoconstricción esplácnica.
b) Hipergastrinemia hereditaria.
c) Defecto aislado de lactasa.



d) Esofagitis eosinofílica.

21. En trombosis venosa mesentérica aguda, el tratamiento inicial en ausencia de peritonitis suele incluir:

a) Anticoagulación sistémica.
b) Colectomía total inmediata en todos los casos.
c) IBP a dosis doble como único tratamiento.
d) Ablación endoscópica de la mucosa.

22. Las localizaciones clásicas vulnerables a colitis isquémica por zonas de frontera vascular son:

a) Fundus gástrico y duodeno proximal.
b) Ángulo esplénico y unión rectosigmoidea.
c) Esófago cervical y cardias.
d) Íleon terminal exclusivamente.

23. ¿Cuál de los siguientes hallazgos sugiere colitis isquémica grave con mayor riesgo de necrosis transmural?

a) Dolor leve autolimitado con colonoscopia normal.
b) Peritonitis, acidosis, shock o neumatosis portal.
c) Pirosis nocturna aislada.
d) Disfagia intermitente para sólidos.

24. Un anciano con anemia ferropénica recurrente y lesiones vasculares planas en colon derecho probablemente presenta:

a) Angiodisplasia colónica.
b) Enfermedad de Whipple.
c) Acalasia.
d) Pancreatitis autoinmune.

25. La presencia de epistaxis recurrente, telangiectasias mucocutáneas y sangrado digestivo orienta a:

a) Síndrome de Lynch.
b) Telangiectasia hemorrágica hereditaria.
c) Enfermedad de Wilson.
d) Acalasia tipo III.

26. El síndrome de Budd-Chiari se define por:

a) Obstrucción del flujo venoso hepático de salida, desde venas hepáticas hasta vena cava inferior.
b) Obstrucción aislada del conducto cístico.
c) Trombosis exclusiva de arteria mesentérica superior.
d) Estenosis benigna del píloro.



27. En un paciente con Budd-Chiari, una causa adquirida que debe investigarse de forma dirigida es:

a) Neoplasia mieloproliferativa con mutación JAK2.
b) Déficit de lactasa.
c) Enfermedad por reflujo no erosiva.
d) Divertículo de Zenker.

28. El patrón analítico más típico de hepatitis isquémica es:

a) Elevación leve de AST/ALT durante años.
b) Elevación brusca y marcada de aminotransferasas tras hipoperfusión o hipoxia.
c) Hiperbilirrubinemia indirecta aislada.
d) Elevación aislada de amilasa.

29. El mecanismo principal de hepatotoxicidad por sobredosis de paracetamol es:

a) Bloqueo directo de ASBT.
b) Acumulación de NAPQI tras agotamiento de glutatión.
c) Inhibición selectiva de secretina.
d) Destrucción autoinmune de colangiocitos.

30. En un paciente con disfagia para sólidos y líquidos, dolor torácico relevante y manometría de alta resolución con IRP elevado, aperistalsis y contracciones espásticas prematuras en el esófago distal, el subtipo manométrico más probable es:

a) Acalasia tipo I.
b) Acalasia tipo II.
c) Acalasia tipo III.
d) Obstrucción funcional de la unión gastroesofágica sin acalasia.

31. ¿Qué subtipo de acalasia suele mostrar mejor respuesta a dilatación neumática o miotomía de Heller?

a) Tipo I.
b) Tipo II.
c) Tipo III.
d) Obstrucción al flujo de la unión gastroesofágica.

32. ¿Cuál de los siguientes datos debe hacer sospechar pseudoacalasia por neoplasia de la unión gastroesofágica?

a) Disfagia lentamente progresiva desde la infancia.
b) Inicio en edad avanzada, pérdida ponderal rápida y evolución corta.
c) Síntomas estables durante 15 años.
d) Respuesta completa y mantenida a nitratos.

33. ¿Cuál es la utilidad más razonable de FLIP en patología esofágica?

a) Sustituir siempre a la endoscopia con biopsias.
b) Valorar distensibilidad de la unión gastroesofágica y orientar intervenciones en acalasia.



c) Diagnosticar metaplasia intestinal en Barrett.
d) Estadificar ganglios mediastínicos.

34. En una acalasia tipo III con espasmo distal largo, ¿qué ventaja teórica tiene POEM frente a dilatación neumática?

a) Permite una miotomía más extensa dirigida al segmento espástico.
b) Evita por completo el riesgo de ERGE posterior.
c) No requiere confirmación manométrica previa.
d) Trata simultáneamente la metaplasia intestinal de Barrett.

35. Tras POEM o miotomía de Heller por acalasia, la complicación que debe buscarse activamente es:

a) ERGE.
b) Colangitis esclerosante primaria.
c) Malabsorción de ácidos biliares.
d) Pancreatitis crónica obstructiva.

36. El baclofeno puede reducir episodios de reflujo porque:

a) Inhibe la bomba H+/K+-ATPasa.
b) Disminuye la frecuencia de relajaciones transitorias del EEI por acción GABA-B.
c) Aumenta la presión basal del esfínter esofágico superior.
d) Ablaciona químicamente la mucosa de Barrett.

37. Una disfagia intermitente, no progresiva, principalmente para sólidos, con episodios de impactación alimentaria, orienta más a:

a) Acalasia tipo I avanzada.
b) Anillo esofágico o esofagitis eosinofílica.
c) Carcinoma esofágico T3.
d) Esclerodermia esofágica.

38. En un paciente con pirosis refractaria a IBP, endoscopia normal y sin evidencia objetiva previa de ERGE, antes de plantear cirugía antirreflujo debe realizarse preferentemente:

a) Funduplicatura empírica.
b) pHmetría o pH-impedanciometría para documentar reflujo patológico.
c) Ablación con radiofrecuencia de la unión escamocolumnar.
d) Tratamiento con corticoides sistémicos.

39. Un paciente con síntomas persistentes pese a IBP doble dosis, endoscopia normal y pH-impedanciometría con exposición ácida normal y asociación sintomática negativa tiene más probablemente:

a) ERGE erosiva refractaria.
b) Pirosis funcional.
c) Barrett ultracorto.
d) Acalasia tipo II.



40. La prueba más útil para relacionar síntomas persistentes con episodios de reflujo ácido y no ácido es:

a) pH-impedanciometría esofágica.
b) Test del aliento con lactulosa.
c) Elastografía hepática.
d) Cápsula endoscópica de intestino delgado.

41. ¿Cuál es la afirmación más correcta sobre tos crónica, laringitis o asma atribuidos a ERGE?

a) Confirman ERGE aunque no haya síntomas típicos.
b) Requieren cautela diagnóstica porque la relación causal es difícil de demostrar.
c) Son indicación directa de funduplicatura.
d) Obligan a hacer ablación de Barrett.

42. Antes de una funduplicatura, la manometría esofágica se solicita sobre todo para:

a) Confirmar metaplasia intestinal.
b) Descartar acalasia o trastornos motores graves que cambien la estrategia quirúrgica.
c) Medir la bilirrubina en el reflujo.
d) Diagnosticar carcinoma escamoso superficial.

43. Un paciente con ronquera crónica aislada, sin pirosis ni regurgitación, solicita cirugía antirreflujo. La postura más correcta es:

a) Operar directamente si hay eritema laríngeo.
b) Confirmar objetivamente reflujo antes de atribuir los síntomas a ERGE.
c) Diagnosticar Barrett por la clínica laríngea.
d) Indicar ablación por radiofrecuencia.

44. En relación con síntomas de ERGE y exposición ácida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Todo episodio de reflujo ácido produce pirosis.
b) La correlación entre episodios de reflujo ácido y síntomas es débil.
c) El esófago de Barrett siempre se asocia a hipersensibilidad al ácido.
d) La edad avanzada aumenta de forma constante la sensibilidad al ácido.

45. La regurgitación, en comparación con la pirosis, tiene un diagnóstico diferencial más amplio porque puede deberse también a:

a) Obstrucción esofágica, anillo, estenosis, acalasia o gastroparesia.
b) Déficit de factor intrínseco.
c) Colitis isquémica.
d) Malabsorción de fructosa.

46. ¿Cuál de los siguientes perfiles encaja mejor con un paciente en el que puede considerarse cribado endoscópico de Barrett?

a) Mujer joven sin ERGE ni factores de riesgo.



b) Varón mayor de 50 años con ERGE crónica, obesidad central y tabaquismo.
c) Mujer de 30 años con diarrea crónica.
d) Paciente joven con dolor abdominal funcional.

47. Según ESGE, durante la vigilancia endoscópica del esófago de Barrett debe realizarse:

a) Solo inspección rápida con luz blanca, sin biopsias si no hay lesiones.
b) Inspección mínima de 1 minuto por cm de Barrett, fotodocumentación y biopsias protocolizadas.
c) Ecoendoscopia sistemática en todos los Barrett no displásicos.
d) PET-TC anual.

48. Según ESGE 2023, en una línea Z irregular o epitelio columnar esofágico menor de 1 cm, la conducta recomendada es:

a) Biopsias rutinarias y vigilancia cada 3 años.
b) No biopsias rutinarias ni vigilancia endoscópica.
c) Ablación con radiofrecuencia.
d) Resección mucosa circunferencial.

49. Según ESGE 2023, para un Barrett no displásico de longitud ≥1 cm y <3 cm, el intervalo de vigilancia recomendado es:

a) 6 meses.
b) 1 año.
c) 5 años.
d) Sin vigilancia en todos los casos.

50. Según ESGE 2023, en un Barrett no displásico con longitud ≥3 cm y <10 cm, el intervalo de vigilancia recomendado es:

a) Cada 6 meses.
b) Cada 3 años.
c) Cada 10 años.
d) Solo si aparece disfagia.

51. Según ESGE 2023, un paciente con Barrett de longitud ≥10 cm debería:

a) No vigilarse por bajo rendimiento.
b) Ser remitido a un centro experto para vigilancia.
c) Recibir siempre esofagectomía profiláctica.
d) Controlarse exclusivamente con cápsula endoscópica.

52. En Barrett con displasia de bajo grado confirmada por patólogo experto, la estrategia favorecida actualmente es:

a) Ablación endoscópica, tras confirmar diagnóstico y descartar lesión visible.
b) Solo IBP sin vigilancia.
c) Esofagectomía inmediata en todos los casos.
d) No hacer nada porque no progresa.

53. En un Barrett con nódulo visible y biopsia con displasia de alto grado, la conducta correcta es:

a) Ablación directa de todo el Barrett sin resecar el nódulo.
b) Resección endoscópica del nódulo para estadificación histológica.
c) Seguimiento con biopsias cada 5 años.
d) Tratamiento con fluconazol.

54. La razón principal para resecar endoscópicamente una lesión visible en Barrett antes de ablar el resto del segmento es:

a) La resección permite estadificación histológica real de profundidad, márgenes e invasión linfovascular.
b) La ablación no funciona nunca en mucosa plana.
c) La biopsia aleatoria sustituye a la pieza de resección.
d) La lesión visible suele ser infecciosa.

55. Después de resecar una lesión visible con displasia o adenocarcinoma en Barrett, ESGE recomienda:

a) No tratar el resto del epitelio de Barrett.
b) Erradicar el Barrett residual mediante ablación.
c) Sustituir la vigilancia por TC anual.
d) Realizar solo tratamiento antisecretor.

56. Ante Barrett con displasia de alto grado confirmada y sin lesión visible, ESGE recomienda:

a) No tratar, solo vigilancia a 5 años.
b) Ablación endoscópica para prevenir progresión a cáncer invasivo.
c) Esofagectomía obligatoria.
d) Tratamiento con corticoides tópicos.

57. ¿Cuál es una crítica correcta al protocolo de Seattle?

a) Elimina por completo el riesgo de cáncer de intervalo.
b) Puede perder focos de displasia o cáncer por error de muestreo.
c) Está contraindicado en Barrett largo.
d) Solo se usa en carcinoma escamoso.

58. La distinción entre T1a y T1b en cáncer esofágico depende de:

a) Si el tumor invade o no la submucosa.
b) Si el tumor se localiza por encima o por debajo de la carina.
c) Si es escamoso o adenocarcinoma.
d) Si hay disfagia para líquidos.

59. ¿Por qué un cáncer esofágico T1b suele requerir valoración terapéutica más agresiva que un T1a de bajo riesgo?

a) Porque invade submucosa y aumenta claramente el riesgo de metástasis ganglionares.

b) Porque T1b equivale a carcinoma in situ.
c) Porque T1b no puede diagnosticarse histológicamente.
d) Porque T1b siempre es benigno.

60. ¿Cuál de los siguientes hallazgos permite considerar curativa la resección endoscópica de un adenocarcinoma T1a asociado a Barrett?

a) Invasión linfovascular.
b) Mala diferenciación.
c) Invasión limitada a mucosa, buena/moderada diferenciación, márgenes adecuados y ausencia de invasión linfovascular.
d) Invasión submucosa profunda.

61. Según ESGE 2022, para la mayoría de carcinomas escamosos superficiales esofágicos sin invasión submucosa evidente, la técnica preferente es:

a) Disección submucosa endoscópica.
b) Prótesis metálica autoexpandible.
c) Ablación con argón sin histología.
d) Dilatación neumática.

62. Según ESGE 2022, en lesiones superficiales candidatas a resección endoscópica:

a) EUS, TC, RM y PET-TC deben hacerse siempre antes de resecar.
b) No se recomiendan de rutina antes de la resección endoscópica.
c) PET-TC sustituye a la histología de la pieza.
d) La endoscopia diagnóstica no aporta información relevante.

63. Según ESGE 2022, en lesiones asociadas a Barrett con sospecha de invasión submucosa superficial o necesidad de resección en bloque, puede considerarse:

a) ESD.
b) Biopsia única y vigilancia.
c) Ablación sin histología.
d) Dilatación neumática.

64. Según ESGE, durante ESD esofágica una medida técnica recomendada para facilitar el procedimiento es:

a) Uso de métodos de tracción.
b) Cierre rutinario obligatorio de todos los defectos.
c) Evitar cualquier solución viscosa de inyección submucosa.
d) No usar coagulación en ningún caso.

65. En cáncer esofágico no superficial, la ecoendoscopia es útil porque:

a) Sustituye siempre a la histología.
b) Tiene buen rendimiento para estadificación T y ganglionar locorregional.
c) No detecta adenopatías.
d) Solo sirve para valorar motilidad.

66. La presentación clínica más típica del cáncer esofágico sintomático es:

a) Diarrea acuosa nocturna.
b) Disfagia progresiva, inicialmente para sólidos, con pérdida de peso.
c) Odinofagia aislada tras doxiciclina.
d) Regurgitación alimentaria desde la infancia sin pérdida ponderal.

67. En cáncer esofágico avanzado no curable con disfagia obstructiva, la opción endoscópica paliativa más directa para mejorar la disfagia es:

a) Prótesis metálica autoexpandible.
b) Protocolo de Seattle.
c) Dilatación neumática como tratamiento definitivo.
d) Ablación de Barrett no displásico.

68. Según ESGE, ante una impactación alimentaria esofágica, el tratamiento médico:

a) Debe retrasar siempre la endoscopia.
b) No debe retrasar la endoscopia.
c) Sustituye a la endoscopia si se administra glucagón.
d) Está indicado durante 72 horas antes de la endoscopia.

69. Según ESGE, si no hay resistencia y se puede valorar razonablemente la situación distal, una técnica aceptada en impactación alimentaria es:

a) Empujar suavemente el bolo hacia el estómago.
b) Dilatar a ciegas antes de retirar el bolo.
c) Inyectar adrenalina en el bolo.
d) Colocar SEMS permanente.

70. Tras resolver una impactación alimentaria en un adulto joven con anillos esofágicos sutiles, la conducta más correcta es:

a) Alta sin seguimiento.
b) Biopsias esofágicas para descartar EoE.
c) Tratamiento indefinido con antibióticos.
d) Esofagectomía si la impactación fue completa.

71. En sospecha de EoE, ¿cuál es la estrategia diagnóstica más adecuada?

a) Biopsiar solo si hay anillos o exudados.
b) Tomar biopsias esofágicas, aunque la mucosa parezca normal.
c) Evitar biopsias si el paciente toma IBP.
d) Diagnosticarla solo con IgE sérica elevada.

72. En un adulto con EoE, impactaciones alimentarias recurrentes, esófago estrecho y disfagia persistente, el tratamiento más correcto es:

a) Solo dilatación, sin tratamiento antiinflamatorio.
b) Tratamiento antiinflamatorio de EoE y dilatación si existe estenosis sintomática.



c) Esofagectomía precoz.
d) Antibiótico de amplio espectro.

73. ¿Qué patrón clínico orienta más a esofagitis medicamentosa?

a) Pirosis nocturna de años de evolución.
b) Odinofagia o dolor retroesternal agudo tras tomar comprimido con poca agua y acostarse.
c) Disfagia progresiva durante 8 meses con pérdida ponderal.
d) Regurgitación de comida no digerida desde la adolescencia.

74. En un paciente trasplantado con odinofagia intensa y úlceras esofágicas grandes, profundas y lineales, la etiología que debe sospecharse especialmente es:

a) Candida.
b) CMV.
c) Anillo de Schatzki.
d) Barrett no displásico.

75. Según ESGE, en estenosis esofágicas benignas refractarias, las prótesis metálicas autoexpandibles:

a) Son tratamiento de primera línea.
b) No deben usarse como primera línea.
c) Están indicadas siempre antes de la dilatación.
d) Solo se usan si hay cáncer metastásico.

76. En relación con el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, indique la opción que considera INCORRECTA:

a) La presencia de pirosis y regurgitación ácida tienen la sensibilidad y especificidad suficiente para iniciar tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante 8 semanas.
b) La presencia de síntomas de alarma (disfagia, pérdida de peso, anemia) en un paciente con síntomas de enfermedad por reflujo gastroesofágico es indicación de realizar una endoscopia oral.
c) En los pacientes con síntomas típicos de enfermedad por reflujo que no responden de forma completa al tratamiento empírico con IBP se debe realizar una endoscopia oral siendo el hallazgo más frecuente la existencia de esofagitis péptica.
d) En pacientes con enfermedad por reflujo refractaria a tratamiento con IBP la monitorización del reflujo mediante pHmetría con impedancia tiene la ventaja de poder detectar reflujos débilmente ácidos o no ácidos frente a la pHmetría convencional.

77. En un paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga evolución, diagnosticado recientemente de esófago de Barrett, indique cuál de las siguientes afirmaciones en relación a esta enfermedad se consideraría correcta:

a) En los pacientes con enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga evolución y mala adherencia al tratamiento con IBP que presentan una endoscopia oral normal, se deben tomar biopsias de los cuatro cuadrantes de la unión escamocolumnar para despistaje histológico de esófago de Barrett.

b) En los pacientes con esófago de Barrett <1 cm el riesgo de progresión histológica es significativo por lo que se deben tomar al menos 8 biopsias para valorar la existencia de displasia.
c) Diversos ensayos clínicos han demostrado que el tratamiento crónico con inhibidores de la bomba de protones reduce de forma significativa la progresión histológica del esófago de Barrett.
d) La aplicación de un tratamiento endoscópico con intención radical (mucosectomía/disección endoscópica y/o ablación con radiofrecuencia) no evita la necesidad de seguimiento endoscópico a largo plazo.

78. Hombre de 31 años de edad sin antecedentes médicos de interés salvo alergia a frutos secos. Acude a vuestra consulta por dificultad para la deglución de meses de evolución que cursa de forma intermitente en el tiempo, con dos episodios compatibles con cuadros de impactación que se han resuelto espontáneamente en el domicilio. Se realiza endoscopia oral que se objetiva en la imagen. En relación con el cuadro clínico que usted sospecha, indique la respuesta correcta:

a) En el diagnóstico de la esofagitis eosinofílica se deben tomar al menos 6 biopsias de tercio distal y proximal bajo tratamiento con inhibidores de la bomba de protones para excluir el diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico.
b) En el tratamiento de la esofagitis eosinofílica, las pruebas de alergia cutáneas permiten diseñar dietas de exclusión efectivas.
c) El dupilumab, un anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor de la interleucina 4 y la interleucina 12, ha demostrado ser eficaz en lograr mejoría histológica y mejoría sintomática frente a placebo en pacientes con esofagitis eosinofílica.
d) Si en la evolución de la enfermedad un paciente con esofagitis eosinofílica desarrolla estenosis a nivel esofágico, la dilatación endoscópica se considera una opción efectiva y segura con un riesgo de perforación <1 %.

79. En relación con el diagnóstico de la acalasia primaria indique, de entre las siguientes opciones, la opción correcta:

a) Según la clasificación de Chicago la acalasia tipo II, caracterizada por la presencia de aperistalsis del cuerpo esofágico y fenómenos de presurización esofágica >30 mmHg, es el tipo más frecuente y de peor pronóstico.
b) Según la clasificación de Chicago, la acalasia tipo III, caracterizada por la presencia de contracciones espásticas del cuerpo esofágico, es el tipo menos frecuente y precisa de miotomías más extensas.
c) Debido al mayor riesgo de adenocarcinoma esofágico que tienen los pacientes con acalasia, el cribado con endoscopia anual ha demostrado reducir significativamente la mortalidad en esta población.
d) El desarrollo de la manometría de alta resolución ha hecho innecesarios otros procedimientos diagnósticos como la endoscopia oral y el esofagograma con bario.

80. En relación con la evaluación diagnóstica y terapéutica del carcinoma esofágico, indique la respuesta correcta:

a) En los pacientes con adenocarcinoma intramucoso (T1) sin afectación submucosa la resección endoscópica (EMR/ESD) se considera un tratamiento con intención curativa.

b) El riesgo de metástasis ganglionar es mayor en el adenocarcinoma precoz que en el carcinoma epidermoide precoz.
c) No existe evidencia sobre el uso de adyuvancia con inmunoterapia tras cirugía en pacientes con enfermedad localmente avanzada que presentan enfermedad residual en la pieza quirúrgica.
d) El tratamiento neoadyuvante con quimio-radioterapia en pacientes con carcinoma escamoso localmente avanzado, pero resecable no ha demostrado eficacia por lo que no se recomienda.

81. Sobre la anatomía y embriología del esófago, indique la opción que considere INCORRECTA:

a) Proximalmente el esófago comienza tras la unión de los músculos constrictor faríngeo inferior y cricofaríngeo, existiendo una zona de músculo denominada funcionalmente esfínter esofágico superior que se mantiene relajado en situación de reposo.
b) El tercio superior del esófago está constituido por musculatura estriada de forma exclusiva.
c) A nivel fetal, el desarrollo del esófago y la vía respiratoria se realiza a partir de un tubo común primitivo de origen endodérmico.
d) La complicación postquirúrgica más frecuentemente objetivada en adultos que han sido intervenidos de atresia esofágica es la presencia de enfermedad por reflujo gastroesofágico.

82. En relación con el manejo de la colangitis aguda, indique la opción que considera correcta:

a) La causa más frecuente son las estenosis neoplásicas de la vía biliar distal.
b) La tríada de Charcot (ictericia, fiebre y dolor abdominal) tiene una sensibilidad para el diagnóstico de colangitis aguda >90 %.
c) Tras el inicio del tratamiento antibiótico se recomienda drenaje biliar por vía endoscópica, idealmente pasadas >48 h del inicio del cuadro clínico.
d) En pacientes con alteraciones de la coagulación que requieren drenaje urgente de la vía biliar se prefiere la colocación de stent sin realizar esfinterotomía.

83. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) constituye actualmente la principal vía de drenaje de la vía biliar. Sobre sus principales riesgos y complicaciones, indique la opción que considere INCORRECTA:

a) La pancreatitis post-CPRE tiene una incidencia estimada entre el 3-10 % con una mortalidad <1 %.
b) El sexo masculino, la canulación del conducto pancreático y la edad joven se consideran factores de riesgo de pancreatitis post-CPRE.
c) La localización más frecuente de la perforación asociada a la CPRE se localiza a nivel periampular.
d) El supositorio de indometacina rectal, la administración de solución Ringer lactato y la inserción de stent en el conducto pancreático constituyen los principales métodos de prevención de pancreatitis post-CPRE.

84. Paciente varón de 37 años con diagnóstico de pancolitis ulcerosa desde hace 10 años en remisión bajo tratamiento con mesalazina. Solicita valoración por colestasis progresiva de 6 meses de evolución (FA: 230, GGT: 300, AST: 80, ALT: 90, bilirrubina total: 1,7). Prurito leve como única sintomatología. Serologías virales negativas. Niveles de IgG4 normales. Se realiza colangioRM demostrando irregularidad de los conductos biliares hepáticos derecho e izquierdo, así como desestructuración, irregularidad y dilataciones saculares del colédoco hasta su desembocadura. No presenta colelitiasis ni contenido en el interior de la vía biliar. En relación a la enfermedad que usted sospecha, indique la opción que considera correcta:

a) Los pacientes con colangitis esclerosante de pequeño conducto tienen un mayor riesgo de progresión a fibrosis significativa/cirrosis.
b) La determinación de CA 19-9 tiene un papel fundamental en el cribado precoz de colangiocarcinoma debido a su elevada precisión diagnóstica en los pacientes con colangitis esclerosante primaria.
c) Se recomienda tratamiento con ácido ursodesoxicólico a dosis >30 mg/kg/día, independientemente de la respuesta bioquímica, por haber demostrado reducir la mortalidad por cáncer colorrectal y colangiocarcinoma.
d) Los pacientes con colangitis esclerosante primaria tienen un riesgo incrementado de colangiocarcinoma, concentrándose la mayor parte de los casos en el primer año tras el diagnóstico de la enfermedad.

85. Sobre la biología y fisiopatología de la colelitiasis, indique la opción INCORRECTA:

a) Los cálculos de colesterol son el tipo más común de cálculos biliares.
b) Los cálculos de pigmentos negros se relacionan con estados hemolíticos crónicos.
c) La pérdida de peso rápida se considera un factor de riesgo para el desarrollo de colelitiasis.
d) La colecistoquinina es una hormona producida a nivel duodenal que inhibe la contracción de la vesícula biliar favoreciendo la hipomotilidad vesicular y por tanto la formación de colelitiasis.

86. Indique cuál de las siguientes afirmaciones considera correcta sobre el colangiocarcinoma intrahepático:

a) La mayor parte de los casos se relacionan con factores de riesgo, siendo la colangitis esclerosante primaria, la presencia de enfermedad hepática crónica, la hepatolitiasis y la enfermedad de Caroli factores de riesgo ampliamente reconocidos.
b) En pacientes con colangitis esclerosante primaria la presencia de una lesión focal hepática >1 cm con lavado precoz en prueba de imagen dinámica y elevación de CA 19-9 >100 UI/ml se consideran criterios diagnósticos no invasivos aceptados.
c) Histológicamente en el colangiocarcinoma intrahepático es frecuente encontrar inmunohistoquímica positiva para CK7 y CK19.
d) En los países asiáticos el consumo crónico de alcohol constituye el principal factor de riesgo.

87. En relación con el tratamiento del colangiocarcinoma intrahepático, indique entre las siguientes la afirmación que considera INCORRECTA:

a) Tras la resección quirúrgica, se recomienda tratamiento con capecitabina oral durante 6 meses como adyuvancia.
b) La presencia de enfermedad hepática crónica contraindica formalmente la resección quirúrgica en pacientes con colangiocarcinoma intrahepático T1 independientemente del volumen hepático residual.
c) En series de pacientes cirróticos con colangiocarcinoma intrahepático único y tamaño <2 cm, el trasplante hepático ha obtenido resultados en supervivencia >50 % a 5 años.
d) La fusión o reordenamiento del gen FGFR2 y la mutación de IDH1 constituyen las alteraciones moleculares más frecuentes en el colangiocarcinoma intrahepático y permiten un tratamiento molecularmente dirigido tras progresión a gemcitabina-cisplatino.

88. Indique la afirmación que considera correcta sobre el diagnóstico del colangiocarcinoma perihiliar/distal:

a) La tomografía computarizada (TAC) abdominal y la resonancia magnética hepática-colangioresonancia (RM/colangioRM) tienen una rentabilidad diagnóstica comparable en el diagnóstico del colangiocarcinoma extrahepático.
b) Tras la resección quirúrgica la recurrencia del tumor es frecuente, desarrollándose habitualmente de forma tardía (>5 años tras la cirugía).
c) La aplicación de FISH sobre la citología obtenida mediante cepillado de vía biliar incrementa la sensibilidad diagnóstica.
d) La punción con aguja fina guiada por ecoendoscopia para la confirmación histológica de ganglios sospechosos de metástasis está contraindicada en los pacientes con colangiocarcinoma por el riesgo de diseminación.

89. Paciente varón de 60 años que acude al servicio de urgencias por ictericia indolora es diagnosticado de masa de tercio distal de colédoco obstructiva, sospechosa de colangiocarcinoma distal. En relación con el manejo de este paciente, indique qué opción le parece INCORRECTA:

a) La confirmación diagnóstica de malignidad y la extensión del tumor se deben realizar previamente al drenaje biliar.
b) En los pacientes con colangiocarcinoma resecable la presencia de colangitis, prurito o cifras elevadas de bilirrubina determinan la priorización de drenaje prequirúrgico de la vía biliar.
c) Si el paciente presenta un colangiocarcinoma con afectación metastásica, se prefiere el drenaje biliar mediante prótesis metálicas (SEMS) frente a prótesis plásticas.
d) En caso de drenaje biliar fallido por CPRE se prefiere el drenaje percutáneo mediante CPTH frente al drenaje guiado por ecoendoscopia por presentar más eficacia y menor tasa de complicaciones.

90. Indique la respuesta correcta sobre la neoplasia papilar intraductal de la vía biliar:

a) Suele presentarse como masas papilares únicas con crecimiento intraductal a nivel de la vía biliar extrahepática.

b) La producción de mucina es infrecuente, pero puede producir cuadros de colangitis aguda.
c) Histológicamente, la negatividad de CK7 y CK20 permiten realizar el diagnóstico diferencial con el colangiocarcinoma.
d) Debido al riesgo de malignización, el tratamiento recomendado es la resección quirúrgica de toda la vía biliar afecta.

91. Mujer de 34 años sin antecedentes de interés que consulta por dolor abdominal recurrente de 8 meses de evolución, presente al menos 2 días por semana en los últimos 3 meses, que mejora parcialmente con la defecación y se asocia a un cambio en la frecuencia de las deposiciones. No presenta pérdida de peso, sangrado rectal ni anemia. La analítica básica, la calprotectina fecal y la colonoscopia son normales. En relación con el diagnóstico de esta paciente, señale la respuesta CORRECTA:

a) Para establecer el diagnóstico de síndrome del intestino irritable según los criterios de Roma IV es imprescindible disponer de una colonoscopia normal, ya que se trata de un diagnóstico de exclusión.
b) Cumple criterios de Roma IV para el diagnóstico de síndrome del intestino irritable, ya que presenta dolor abdominal recurrente al menos un día a la semana en los últimos 3 meses, asociado a al menos 2 de los criterios exigidos (relación con la defecación y cambio en la frecuencia de las deposiciones).
c) No puede establecerse el diagnóstico de síndrome del intestino irritable porque los síntomas deben llevar como mínimo 12 meses de evolución antes del diagnóstico.
d) El diagnóstico de síndrome del intestino irritable requiere, además de los criterios clínicos, la demostración de un tránsito colónico alterado mediante marcadores radiopacos.

92. En relación con la subclasificación del síndrome del intestino irritable según la consistencia de las deposiciones (escala de Bristol), señale la respuesta CORRECTA:

a) El síndrome del intestino irritable con predominio de estreñimiento se define cuando más del 25 % de las deposiciones son de tipo 1 o 2 de Bristol y menos del 25 % de tipo 6 o 7.
b) El síndrome del intestino irritable con predominio diarreico se define cuando más del 25 % de las deposiciones son de tipo 1 o 2 de Bristol.
c) La subclasificación debe realizarse preferentemente mientras el paciente está en tratamiento activo con laxantes o antidiarreicos, para reflejar mejor su situación clínica habitual.
d) El subtipo del síndrome del intestino irritable NO tiene relevancia clínica ni terapéutica, por lo que no se recomienda su determinación en la práctica habitual.

93. Varón de 52 años que consulta por plenitud postprandial molesta y saciedad precoz de 5 meses de evolución, que le impiden terminar las comidas de tamaño habitual. No refiere pérdida de peso ni otros síntomas de alarma. Se realiza endoscopia digestiva alta con biopsias, que es normal, y test del aliento con urea marcada, que resulta negativo para Helicobacter pylori. Respecto al diagnóstico y manejo de este paciente, señale la respuesta CORRECTA:

a) NO cumple criterios de dispepsia funcional porque, según Roma IV, es imprescindible la presencia de dolor epigástrico para establecer este diagnóstico.

b) El cuadro es compatible con dispepsia funcional, subtipo síndrome de distrés postprandial; dado que el test de Helicobacter pylori es negativo, el siguiente escalón terapéutico recomendado es un ensayo con inhibidores de la bomba de protones o procinéticos.
c) El diagnóstico de dispepsia funcional exige demostrar un vaciamiento gástrico retrasado mediante gammagrafía antes de iniciar cualquier tratamiento.
d) Ante una endoscopia normal, debe descartarse sistemáticamente enfermedad celiaca mediante biopsias duodenales seriadas como parte obligatoria del algoritmo diagnóstico de la dispepsia funcional.

94. En un paciente con dispepsia funcional e infección por Helicobacter pylori confirmada, en relación con el papel de la erradicación bacteriana, señale la respuesta CORRECTA:

a) La erradicación de Helicobacter pylori NO está indicada en la dispepsia funcional, ya que la presencia de esta bacteria es un hallazgo incidental sin relación con los síntomas dispépticos.
b) La erradicación de Helicobacter pylori se considera la estrategia de primera línea en estos pacientes, ya que se asocia a una mejoría sintomática modesta pero estadísticamente significativa frente a placebo en un subgrupo de pacientes.
c) La erradicación de Helicobacter pylori debe reservarse como última opción terapéutica, tras el fracaso de inhibidores de la bomba de protones, procinéticos y antidepresivos tricíclicos.
d) Una vez erradicada la infección por Helicobacter pylori, si el paciente continúa sintomático, debe asumirse que el diagnóstico inicial de dispepsia funcional era incorrecto.

95. Mujer de 45 años con episodios recurrentes de dolor retroesternal de características no anginosas de 6 meses de evolución, con estudio cardiológico, incluida ergometría, normal. Se realiza endoscopia digestiva alta, que es normal; pHmetría-impedanciometría de 24 horas, sin reflujo patológico ni asociación significativa de síntomas con episodios de reflujo; y manometría esofágica de alta resolución, que descarta acalasia y espasmo esofágico distal. Respecto al diagnóstico más probable, señale la respuesta CORRECTA:

a) El cuadro es compatible con dolor torácico funcional, ya que se trata de dolor retroesternal recurrente, de probable origen esofágico, en el que se han descartado causa cardiaca, reflujo gastroesofágico, incluida la hipersensibilidad al reflujo, al no existir asociación de síntomas con reflujo fisiológico, y los principales trastornos motores esofágicos primarios.
b) El diagnóstico más probable es la pirosis funcional, ya que esta entidad NO requiere la realización de pHmetría-impedanciometría para su diagnóstico.
c) Ante una manometría esofágica normal, debe descartarse de entrada cualquier origen esofágico del dolor y orientar el estudio exclusivamente hacia un origen psiquiátrico primario.
d) El diagnóstico de dolor torácico funcional exige la demostración de hipersensibilidad visceral mediante un test de distensión con balón intraesofágico en todos los casos.

96. Mujer de 38 años con estreñimiento de varios meses de evolución, caracterizado por esfuerzo defecatorio excesivo en más del 25 % de las deposiciones, sensación de evacuación incompleta en más del 25 % de las deposiciones y menos de 3 deposiciones espontáneas completas a la semana. No refiere dolor abdominal significativo ni hinchazón como síntomas predominantes, y no presenta heces líquidas salvo ocasionalmente tras el uso de laxantes. Respecto al diagnóstico diferencial entre estreñimiento funcional y síndrome del intestino irritable con predominio de estreñimiento, señale la respuesta CORRECTA:

a) El estreñimiento funcional y el síndrome del intestino irritable con predominio de estreñimiento son sinónimos y NO existe ningún criterio que permita diferenciarlos en la práctica clínica.
b) El elemento diferenciador clave es que, en el estreñimiento funcional, el dolor y la distensión abdominal pueden estar presentes pero no son los síntomas predominantes, y no se cumplen criterios suficientes para el diagnóstico de síndrome del intestino irritable; en este caso, dado que el dolor abdominal no es un síntoma predominante, el diagnóstico más probable es estreñimiento funcional.
c) El síndrome del intestino irritable con predominio de estreñimiento se diferencia del estreñimiento funcional únicamente por el número de deposiciones semanales, siendo el punto de corte de 3 deposiciones a la semana en ambas entidades.
d) El diagnóstico de estreñimiento funcional excluye por definición la posibilidad de que la paciente tenga, en el futuro, una evolución hacia síndrome del intestino irritable con predominio de estreñimiento, ya que se trata de entidades mutuamente excluyentes en el tiempo.

97. En relación con la clasificación de la gastritis crónica, señale la respuesta CORRECTA:

a) La gastritis tipo A se asocia típicamente a infección por Helicobacter pylori.
b) La gastritis tipo B afecta predominantemente al cuerpo gástrico y se asocia a anemia perniciosa.
c) La gastritis tipo A se localiza predominantemente en cuerpo y fundus gástricos y se asocia a autoinmunidad.
d) La gastritis tipo B se asocia exclusivamente a gastritis química por reflujo biliar

98. Respecto a la gastroprotección en pacientes tratados con antiinflamatorios no esteroideos, señale la respuesta CORRECTA:

a) Los inhibidores de la bomba de protones carecen de utilidad preventiva..
b) Los inhibidores de la bomba de protones constituyen una de las estrategias de gastroprotección más utilizadas y recomendadas por su eficacia y tolerabilidad..
c) El misoprostol es ineficaz para reducir el riesgo ulceroso
d) La erradicación de Helicobacter pylori elimina completamente el riesgo ulceroso asociado a AINE

99. Respecto a la gastritis aguda erosiva, señale la opción INCORRECTA:

a) Las causas más frecuentes incluyen el consumo de antiinflamatorios no esteroideos, el alcohol y el estrés fisiológico grave.
b) Endoscópicamente se caracteriza por la presencia de erosiones, definidas como defectos de la mucosa que no sobrepasan la muscular de la mucosa.

c) La hemorragia digestiva puede ser la forma de presentación inicial, incluso en ausencia de síntomas dispépticos previos.
d) La profilaxis de la gastritis aguda por estrés en pacientes críticos con coagulopatía o shock está CONTRAINDICADA por el riesgo de neumonía nosocomial asociada a la supresión ácida.

100. En relación con la enteropatía del intestino delgado inducida por antiinflamatorios no esteroideos, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las lesiones de la enfermedad diafragmática del intestino delgado consisten en estenosis anulares concéntricas y cortas, características, aunque no exclusivas del daño crónico por antiinflamatorios no esteroideos.
b) El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones protege de forma eficaz frente al desarrollo de lesiones de intestino delgado asociadas a antiinflamatorios no esteroideos, de forma similar a lo que ocurre en el estómago.
c) La cápsula endoscópica está CONTRAINDICADA en la sospecha de enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos por el riesgo inasumible de retención.
d) El diagnóstico de enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos se basa EXCLUSIVAMENTE en la determinación de biomarcadores séricos específicos.

101. Respecto a la gastropatía portal hipertensiva, indique la opción CORRECTA:

a) Es una entidad inflamatoria de la mucosa gástrica con infiltrado neutrofílico prominente, histológicamente indistinguible de la gastritis por Helicobacter pylori.
b) Su manifestación clínica más frecuente es la microhemorragia crónica con anemia ferropénica, y la gravedad de los síntomas se correlaciona débilmente con el aspecto endoscópico.
c) El tratamiento de elección de la hemorragia aguda grave por gastropatía portal hipertensiva es la inyección endoscópica de adrenalina diluida.
d) Su patogenia es independiente del grado de hipertensión portal, por lo que la colocación de una derivación portosistémica intrahepática transyugular NO tiene ningún papel en su manejo.

102. En relación con la gastritis atrófica metaplásica de origen autoinmune, señale la respuesta INCORRECTA:

e) Se caracteriza por la producción de anticuerpos anticélula parietal y antifactor intrínseco, con destrucción de las glándulas oxínticas del cuerpo y fundus gástricos.
f) La hipoclorhidria mantenida puede inducir hiperplasia de células G antrales e hipergastrinemia secundaria, con riesgo de desarrollo de tumores neuroendocrinos gástricos tipo 1.
g) Se asocia a un mayor riesgo relativo de adenocarcinoma gástrico, por lo que algunas guías recomiendan vigilancia endoscópica periódica.
h) Es una entidad EXCLUSIVA de la edad pediátrica, siendo excepcional su diagnóstico en la edad adulta.

103. En relación con la clasificación histológica de Lauren del adenocarcinoma gástrico, señale la respuesta CORRECTA:

a) El tipo intestinal forma estructuras glandulares, se asocia a factores ambientales como la infección por Helicobacter pylori y la metaplasia intestinal, y tiene mejor pronóstico que el tipo difuso.

b) El tipo difuso forma estructuras glandulares bien diferenciadas y predomina en varones de edad avanzada con antecedente de metaplasia intestinal.
c) El tipo difuso se asocia predominantemente a factores ambientales y dietéticos, mientras que el tipo intestinal tiene una mayor relación con la predisposición genética hereditaria.
d) Ambos subtipos histológicos presentan un pronóstico y una distribución epidemiológica idénticos, por lo que la clasificación de Lauren carece de utilidad pronóstica.

104. Mujer de 58 años diagnosticada de linfoma gástrico tipo MALT de bajo grado, en estadio limitado a la mucosa y submucosa gástricas, con confirmación de infección por Helicobacter pylori. En relación con el tratamiento de elección, señale la respuesta CORRECTA:

a) El tratamiento de elección inicial es la erradicación de Helicobacter pylori, que puede inducir la regresión histológica completa del linfoma en la mayoría de los casos en estadios limitados.
b) Dado que se trata de una neoplasia maligna, el tratamiento de elección inicial es siempre la gastrectomía total con linfadenectomía.
c) La erradicación de Helicobacter pylori carece de utilidad terapéutica en el linfoma MALT gástrico, siendo la quimioterapia el tratamiento de elección independientemente del estadio.
d) La respuesta a la erradicación de Helicobacter pylori, cuando se produce, es inmediata, completándose la regresión tumoral en las primeras 4 semanas tras finalizar el tratamiento antibiótico.

105. Respecto a los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) de localización gástrica, señale la opción INCORRECTA:

a) Se originan a partir de las células intersticiales de Cajal y la mayoría presentan mutaciones activadoras del gen KIT o PDGFRA.
b) El tamaño tumoral y el índice mitótico son factores pronósticos relevantes para estimar el riesgo de comportamiento maligno.
c) El imatinib, un inhibidor de tirosina-cinasa, tiene un papel reconocido en el tratamiento adyuvante y en la enfermedad metastásica o irresecable.
d) La inmunohistoquímica para CD117 (KIT) es SIEMPRE negativa en los GIST, por lo que su positividad descarta este diagnóstico.

106. En relación con los pólipos gástricos, señale la respuesta CORRECTA:

a) Los pólipos de glándulas fúndicas asociados al uso crónico de inhibidores de la bomba de protones tienen, en su forma esporádica, un riesgo de malignización muy bajo y rara vez asocian displasia.
b) Los pólipos hiperplásicos tienen un potencial de malignización nulo, independientemente de su tamaño o de la presencia de displasia en su superficie.
c) Los adenomas gástricos son lesiones genuinamente neoplásicas con un potencial de malignización significativo, que aumenta con el tamaño de la lesión.
d) a) y c) son CORRECTAS.

107. Varón de 76 años, sin antecedentes de interés, en el que se detecta una lesión gástrica de aspecto polipoideo ulcerado de 25 mm en cuerpo gástrico. La biopsia confirma un adenocarcinoma gástrico que infiltra la submucosa profunda (más de 500 micras), con invasión linfovascular presente. Respecto al manejo más adecuado, señale la respuesta CORRECTA:

a) Estos hallazgos histológicos corresponden a criterios de curación endoscópica, por lo que se recomienda únicamente seguimiento endoscópico tras la resección.
b) La presencia de invasión submucosa profunda e invasión linfovascular constituye criterios de no curación tras resección endoscópica, por lo que debe valorarse tratamiento quirúrgico complementario con linfadenectomía.
c) La invasión linfovascular en el cáncer gástrico precoz NO modifica el riesgo de metástasis ganglionar, por lo que no influye en la decisión terapéutica.
d) Ante estos hallazgos, el tratamiento de elección es la quimioterapia neoadyuvante exclusiva, sin necesidad de valorar cirugía.

108. En relación con las diferencias clínicas entre la úlcera gástrica y la úlcera duodenal, señale la respuesta CORRECTA:

a) El dolor de la úlcera duodenal típicamente se alivia con la ingesta de alimentos, reapareciendo 2 o 3 horas después, mientras que en la úlcera gástrica el patrón temporal del dolor con la comida es menos predecible.
b) La úlcera duodenal tiene un riesgo de malignización significativamente mayor que la úlcera gástrica, por lo que requiere biopsia sistemática de sus bordes.
c) La úlcera gástrica predomina típicamente en pacientes jóvenes, mientras que la úlcera duodenal es más frecuente en edades avanzadas.
d) El patrón de dolor con la ingesta es idéntico en ambas localizaciones, por lo que no aporta ningún valor en el diagnóstico diferencial.

109. Respecto al manejo diagnóstico de la úlcera péptica gástrica recién diagnosticada, señale la respuesta CORRECTA:

a) Debe realizarse biopsia múltiple de los bordes de la úlcera de forma sistemática, incluso si presenta un aspecto endoscópico de benignidad, dado que hasta un 5 % de las úlceras gástricas malignas pueden parecer benignas macroscópicamente.
b) La biopsia solo está indicada si el aspecto endoscópico es claramente sospechoso de malignidad, siendo innecesaria en úlceras con apariencia benigna.
c) La determinación de infección por Helicobacter pylori es irrelevante en la úlcera gástrica, a diferencia de la úlcera duodenal.
d) La opinión macroscópica aislada del endoscopista sobre la benignidad de la lesión tiene un valor predictivo positivo y negativo equivalentes, por lo que puede sustituir a la biopsia.

110. En relación con el tratamiento de erradicación de Helicobacter pylori en pacientes con úlcera péptica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Tras una erradicación exitosa de Helicobacter pylori, la tasa de recidiva de la úlcera péptica a 3 años es baja, mientras que es muy superior si la erradicación no se confirma o fracasa.
b) La erradicación de Helicobacter pylori no influye en la tasa de recidiva de la úlcera péptica, que depende EXCLUSIVAMENTE de la dosis y duración del tratamiento antisecretor.

c) El tratamiento antisecretor de mantenimiento a largo plazo es la estrategia recomendada de primera línea para todos los pacientes con úlcera péptica, independientemente del estado de Helicobacter pylori.
d) La confirmación de la erradicación de Helicobacter pylori tras el tratamiento es opcional y no modifica el manejo posterior del paciente.

111. Varón de 45 años con úlcera duodenal no complicada, sin toma de antiinflamatorios no esteroideos ni ácido acetilsalicílico, en el que se confirma infección por Helicobacter pylori y se completa tratamiento erradicador. Respecto al manejo del tratamiento antisecretor en este paciente, señale la respuesta CORRECTA:

a) Debe mantenerse tratamiento antisecretor de mantenimiento de forma indefinida, independientemente del resultado de la erradicación.
b) Una vez confirmada la erradicación de Helicobacter pylori mediante prueba no invasiva, no es necesario prolongar el tratamiento antisecretor de mantenimiento ni confirmar adicionalmente la cicatrización mediante endoscopia de control sistemática en la úlcera duodenal no complicada.
c) Debe realizarse SIEMPRE una endoscopia de control con toma de biopsias en la úlcera duodenal no complicada, de forma análoga a la úlcera gástrica.
d) El tratamiento antisecretor debe suspenderse inmediatamente al confirmar la erradicación, sin completar el periodo de cicatrización recomendado.

112. Respecto a las causas de úlcera péptica no asociadas a Helicobacter pylori ni a antiinflamatorios no esteroideos, señale la opción INCORRECTA:

a) El síndrome de Zollinger-Ellison, secundario a un gastrinoma, puede producir úlceras pépticas múltiples, refractarias o de localización atípica.
b) La úlcera péptica idiopática, en ausencia de Helicobacter pylori y de consumo de antiinflamatorios no esteroideos, es una entidad reconocida, aunque infrecuente.
c) El tabaquismo se ha asociado a un mayor riesgo de úlcera péptica y a una peor respuesta a la cicatrización.
d) Una vez descartados Helicobacter pylori y los antiinflamatorios no esteroideos como causa, NO existe ninguna otra etiología reconocida de úlcera péptica.

113. En relación con el papel de los inhibidores de la bomba de protones en el tratamiento de la úlcera péptica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las úlceras duodenales por antiinflamatorios no esteroideos suelen requerir un periodo de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones más prolongado que las úlceras gástricas.
b) Las úlceras gástricas suelen requerir un periodo de cicatrización con inhibidores de la bomba de protones más prolongado, en torno a 6-8 semanas, frente a las 4 semanas habituales en la úlcera duodenal.
c) El tiempo de cicatrización con inhibidores de la bomba de protones es idéntico en la úlcera gástrica y en la duodenal, independientemente del tamaño de la lesión.
d) Los inhibidores de la bomba de protones están CONTRAINDICADOS en la úlcera péptica asociada a Helicobacter pylori hasta haber completado el tratamiento erradicador.



114. En relación con la clasificación de Forrest para la estratificación del riesgo de resangrado en la hemorragia digestiva por úlcera péptica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las úlceras Forrest IIc (mancha plana pigmentada) y III (base limpia) se consideran de bajo riesgo de resangrado y, en general, no precisan tratamiento endoscópico hemostático.
b) Las úlceras Forrest Ia (sangrado activo en chorro) son de bajo riesgo de resangrado y pueden manejarse de forma conservadora sin tratamiento endoscópico.
c) La clasificación de Forrest se aplica EXCLUSIVAMENTE a las hemorragias de origen variceal, no a la úlcera péptica.
d) Todas las categorías de la clasificación de Forrest tienen un riesgo de resangrado equivalente, por lo que no influye en la decisión terapéutica.

115. Respecto al tratamiento endoscópico de la hemorragia digestiva por úlcera péptica con estigmas de alto riesgo (Forrest Ia-IIb), señale la respuesta CORRECTA:

a) La inyección aislada de adrenalina diluida como monoterapia tiene una tasa de resangrado considerable, por lo que se recomienda combinarla con un segundo método hemostático, como hemoclips o termocoagulación.
b) La inyección de adrenalina diluida en monoterapia ha demostrado ser superior al tratamiento combinado, por lo que no se recomienda asociar un segundo método hemostático.
c) El tratamiento médico conservador con inhibidores de la bomba de protones, sin tratamiento endoscópico, ha demostrado ser igual de eficaz que la terapia endoscópica en estos pacientes.
d) La realización sistemática de una segunda endoscopia de revisión (second-look) a las 24 horas está recomendada de forma rutinaria en todos los pacientes tratados endoscópicamente.

116. Varón de 72 años que acude a Urgencias por dolor abdominal epigástrico de inicio súbito e intensidad muy elevada, con abdomen en tabla a la exploración y datos de irritación peritoneal. La radiografía simple de abdomen muestra neumoperitoneo. Respecto al diagnóstico y manejo más probable, señale la respuesta CORRECTA:

a) El cuadro es compatible con perforación de úlcera péptica, una complicación que constituye una urgencia quirúrgica.
b) Estos hallazgos son típicos de una hemorragia digestiva por úlcera péptica no complicada, sin indicación de cirugía urgente.
c) El neumoperitoneo en este contexto es un hallazgo inespecífico sin relevancia clínica que no modifica el manejo.
d) Ante esta presentación, el manejo de elección inicial es la realización de una endoscopia digestiva alta urgente antes de cualquier otra prueba o valoración quirúrgica.

117. En relación con la obstrucción del tracto de salida gástrico como complicación de la úlcera péptica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Puede deberse a edema e inflamación en la fase aguda, o a fibrosis y cicatrización en los casos crónicos o recurrentes.

b) El manejo inicial puede incluir descompresión con sonda nasogástrica y tratamiento antisecretor, junto con erradicación de Helicobacter pylori si está presente.
c) Ante el fracaso del tratamiento médico, la dilatación endoscópica con balón o la cirugía son opciones terapéuticas a considerar.
d) Debe descartarse SIEMPRE organicidad maligna subyacente mediante toma de biopsias, ya que la obstrucción del tracto de salida gástrico NUNCA tiene un origen benigno.

118. Respecto a los factores que aumentan el riesgo de recidiva hemorrágica tras el tratamiento endoscópico de una úlcera péptica sangrante, señale la respuesta CORRECTA:

a) La presentación con shock hemodinámico, la hemoglobina baja con requerimiento transfusional, la hemorragia activa en la endoscopia y el tamaño de la úlcera superior a 2 cm se asocian a mayor riesgo de recidiva.
b) El tamaño de la úlcera y la localización NO se han relacionado en ningún estudio con el riesgo de recidiva hemorrágica.
c) La localización de la úlcera en la curvatura mayor gástrica es el principal factor de riesgo de recidiva descrito en la literatura.
d) Una vez realizado el tratamiento endoscópico inicial, el riesgo de recidiva hemorrágica es nulo independientemente de las características de la lesión.

119. En relación con el síndrome de dumping precoz tras cirugía gástrica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se produce típicamente entre 10 y 30 minutos tras la ingesta, como consecuencia del vaciamiento gástrico acelerado de contenido hiperosmolar hacia el intestino delgado, generando síntomas vasomotores y gastrointestinales.
b) Se produce entre 1 y 3 horas tras la ingesta, como consecuencia de una hipoglucemia reactiva secundaria a hiperinsulinismo.
c) Es una complicación EXCLUSIVA de la cirugía bariátrica, no descrita tras gastrectomía por úlcera péptica o cáncer gástrico.
d) Cursa EXCLUSIVAMENTE con síntomas gastrointestinales, sin manifestaciones vasomotores asociadas.

120. Respecto al síndrome de dumping tardío, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se produce entre 1 y 3 horas tras la ingesta, como consecuencia de una hipoglucemia reactiva secundaria a una respuesta hiperinsulinémica tras la rápida absorción de hidratos de carbono.
b) Se produce en los primeros 30 minutos tras la ingesta y se debe al paso rápido de contenido hiperosmolar al intestino delgado.
c) La acarbosa, un inhibidor de la alfa-glucosidasa, carece de utilidad en el tratamiento del dumping tardío.
d) El dumping tardío es la forma más frecuente de presentación, siendo el dumping precoz una complicación excepcional.

121. Varón de 70 años, intervenido hace 20 años de úlcera gástrica mediante antrectomía y gastroyeyunostomía tipo Billroth II, que consulta por dolor abdominal postprandial que se alivia bruscamente con vómitos de características biliosas, sin contenido alimentario. Respecto al diagnóstico más probable, señale la respuesta CORRECTA:

a) El cuadro es compatible con síndrome de asa aferente, secundario a una obstrucción parcial del asa aferente con acúmulo de secreciones biliopancreáticas que se vacían bruscamente hacia el remanente gástrico.
b) El cuadro es típico de síndrome de dumping precoz, en el que predominan los síntomas vasomotores inmediatos a la ingesta.
c) Estos síntomas son característicos de una recidiva ulcerosa en la boca anastomótica, sin relación con la anatomía quirúrgica previa.
d) El alivio del dolor tras el vómito bilioso es un hallazgo inespecífico sin valor diagnóstico en el contexto de cirugía gástrica previa.

122. En relación con el sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado como complicación de la cirugía gástrica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las bacterias intestinales en exceso suelen consumir vitamina B12, mientras que pueden sintetizar folato, por lo que es característico encontrar déficit de vitamina B12 con niveles de ácido fólico normales o elevados.
b) El sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado se asocia típicamente a déficit de ácido fólico, mientras que los niveles de vitamina B12 permanecen siempre normales.
c) El diagnóstico de sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado se basa EXCLUSIVAMENTE en el cultivo cuantitativo del aspirado yeyunal, sin que existan alternativas no invasivas validadas.
d) La rifaximina carece de eficacia demostrada en el tratamiento del sobrecrecimiento bacteriano del intestino delgado.

123. Respecto a la gastropatía por reflujo biliar tras cirugía gástrica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Es más frecuente tras reconstrucción tipo Billroth II que tras Billroth I o piloroplastia, debido a la pérdida del mecanismo pilórico que limita el reflujo de secreciones biliopancreáticas hacia el remanente gástrico.
b) Es una complicación EXCLUSIVA de la reconstrucción en Y de Roux, no descrita tras Billroth I o Billroth II.
c) El diagnóstico es sencillo y no plantea dificultades, ya que todos los pacientes con reflujo biliar e inflamación de la mucosa presentan síntomas claros y específicos.
d) La conversión quirúrgica a una reconstrucción en Y de Roux carece de utilidad en el manejo de esta complicación cuando es refractaria al tratamiento médico.

124. En relación con los métodos diagnósticos no invasivos de la infección por Helicobacter pylori, señale la respuesta CORRECTA:

a) El test del aliento con urea marcada con carbono 13 es la prueba no invasiva de elección, tanto para el diagnóstico inicial como para confirmar la erradicación tras el tratamiento.

b) La serología frente a Helicobacter pylori permite diferenciar de forma fiable entre infección activa e infección pasada, por lo que es el método de elección para confirmar la erradicación.
c) El antígeno de Helicobacter pylori en heces carece de utilidad clínica y no se recomienda en ninguna guía de práctica clínica.
d) Los métodos no invasivos son siempre superiores a los métodos invasivos basados en biopsia, por lo que estos últimos han quedado en desuso.

125. Respecto a las condiciones previas necesarias para garantizar la fiabilidad del test del aliento con urea marcada en el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se recomienda suspender el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones al menos 2 semanas antes de la prueba, y los antibióticos o el bismuto al menos 4 semanas antes.
b) No es necesario suspender ningún tratamiento previo a la realización del test del aliento, ya que ningún fármaco interfiere con sus resultados.
c) Basta con suspender los inhibidores de la bomba de protones 48 horas antes de la prueba para garantizar su fiabilidad.
d) Los antagonistas de los receptores H2 deben suspenderse SIEMPRE durante al menos 4 semanas antes de la prueba, de forma equivalente a los inhibidores de la bomba de protones.

126. En relación con el tratamiento de primera línea de la infección por Helicobacter pylori en un área con alta tasa de resistencia a claritromicina, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se recomienda una pauta cuádruple, con o sin bismuto, durante 14 días, evitando los tratamientos triples clásicos con claritromicina por su menor eficacia en este contexto.
b) El tratamiento triple clásico con inhibidor de la bomba de protones, claritromicina y amoxicilina durante 7 días continúa siendo el tratamiento de elección independientemente de la tasa de resistencias locales.
c) La duración recomendada del tratamiento erradicador de primera línea es de 3 días, independientemente de la pauta elegida.
d) La adición sistemática de probióticos a cualquier pauta erradicadora ha demostrado mejorar de forma relevante las tasas de erradicación, por lo que se recomienda en todos los pacientes.

127. Paciente con infección por Helicobacter pylori que ha fracasado a un primer tratamiento con terapia cuádruple concomitante y a un segundo tratamiento con levofloxacino, amoxicilina e inhibidor de la bomba de protones. En relación con las opciones de tratamiento de rescate posterior, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las pautas basadas en rifabutina constituyen una alternativa de rescate de tercera línea o posteriores, con tasas de erradicación aceptables, aunque deben usarse con precaución por el riesgo de mielotoxicidad.
b) Tras dos fracasos terapéuticos, se debe repetir SIEMPRE el mismo tratamiento de primera línea, ya que la resistencia bacteriana no se mantiene en el tiempo.
c) La rifabutina es un fármaco completamente exento de efectos adversos relevantes, por lo que puede emplearse sin restricciones como tratamiento de primera línea.



d) Tras el fracaso de dos tratamientos erradicadores, debe abandonarse definitivamente cualquier intento adicional de erradicación, sin valorar opciones de rescate posteriores.

128. En relación con las indicaciones de erradicación de Helicobacter pylori, señale la opción INCORRECTA:

a) La presencia de úlcera péptica gástrica o duodenal, activa o cicatrizada, con infección confirmada por Helicobacter pylori, constituye una indicación clara de tratamiento erradicador.
b) El linfoma MALT gástrico de bajo grado asociado a infección por Helicobacter pylori es una indicación reconocida de tratamiento erradicador.
c) Los familiares de primer grado de pacientes con cáncer gástrico se consideran un grupo en el que se recomienda valorar el cribado y, en su caso, la erradicación de Helicobacter pylori.
d) La infección asintomática por Helicobacter pylori en ausencia de cualquier otro factor de riesgo NUNCA constituye una indicación de tratamiento erradicador, independientemente del contexto clínico.

129. Respecto a la relación entre la infección por Helicobacter pylori y la patología gástrica, señale la respuesta CORRECTA:

a) La infección crónica por Helicobacter pylori se considera un factor causal reconocido tanto en el desarrollo de la gastritis crónica como en el del adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal y el linfoma MALT gástrico.
b) La infección por Helicobacter pylori se asocia EXCLUSIVAMENTE al desarrollo de gastritis aguda, sin relación demostrada con entidades crónicas como la gastritis atrófica o el cáncer gástrico.
c) Helicobacter pylori es un microorganismo Gram positivo que coloniza preferentemente el cuerpo gástrico en todos los pacientes, independientemente del estado de la secreción ácida.
d) La erradicación de Helicobacter pylori en pacientes con gastritis atrófica establecida revierte SIEMPRE de forma completa la atrofia y la metaplasia intestinal ya desarrolladas.

130. En relación con las diferencias histológicas entre la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, señale la respuesta CORRECTA:

a) La enfermedad de Crohn se caracteriza por una afectación inflamatoria transmural con posible presencia de granulomas no caseificantes, mientras que la inflamación de la colitis ulcerosa suele limitarse a la mucosa.
b) La colitis ulcerosa se caracteriza por una afectación transmural con granulomas, mientras que la enfermedad de Crohn se limita típicamente a la mucosa.
c) La presencia de granulomas no caseificantes es un hallazgo constante, presente en la práctica totalidad de las biopsias de pacientes con enfermedad de Crohn.
d) Ambas entidades son SIEMPRE distinguibles con absoluta certeza mediante el estudio histológico aislado, sin necesidad de correlación clínica ni endoscópica.



131. Respecto a la distribución macroscópica de las lesiones en la enfermedad inflamatoria intestinal, señale la respuesta CORRECTA:

a) La enfermedad de Crohn se caracteriza típicamente por una afectación segmentaria con zonas de mucosa sana intercaladas, mientras que la colitis ulcerosa presenta afectación continua desde el recto hacia proximal.
b) La colitis ulcerosa se caracteriza por una afectación segmentaria con zonas salteadas, mientras que la enfermedad de Crohn presenta afectación siempre continua y simétrica.
c) Ambas entidades presentan SIEMPRE un patrón de afectación idéntico, por lo que la distribución de las lesiones no aporta valor diagnóstico diferencial.
d) La colitis ulcerosa afecta con frecuencia y de forma característica al intestino delgado proximal, de forma equivalente a la enfermedad de Crohn.

132. Mujer de 28 años con colitis ulcerosa extensa conocida, que ingresa por un brote grave con diarrea sanguinolenta, fiebre, taquicardia y distensión abdominal progresiva. La radiografía simple de abdomen muestra un colon transverso con un diámetro de 8 cm. Respecto al diagnóstico y manejo de esta complicación, señale la respuesta CORRECTA:

a) Estos hallazgos son compatibles con colitis tóxica con megacolon, una urgencia médica que requiere manejo multidisciplinar y vigilancia estrecha por el riesgo de perforación.
b) Un diámetro de colon transverso de 8 cm se considera dentro de la normalidad, sin relevancia clínica en el contexto de un brote de colitis ulcerosa.
c) Ante estos hallazgos, está CONTRAINDICADA la realización de cualquier prueba de imagen adicional, debiendo procederse a cirugía urgente sin más estudios.
d) El tratamiento médico intensivo está CONTRAINDICADO en este contexto, siendo la cirugía urgente la única opción terapéutica posible desde el momento del diagnóstico.

133. En relación con las manifestaciones extraintestinales de la enfermedad inflamatoria intestinal, señale la opción INCORRECTA:

a) El eritema nodoso y el pioderma gangrenoso son manifestaciones cutáneas reconocidas, que pueden asociarse tanto a la enfermedad de Crohn como a la colitis ulcerosa.
b) La uveítis y la episcleritis son manifestaciones oculares descritas en la enfermedad inflamatoria intestinal.
c) Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal presentan un riesgo aumentado de litiasis renal respecto a la población general.
d) Las manifestaciones extraintestinales son EXCLUSIVAS de la enfermedad de Crohn, no habiéndose descrito en ningún caso en pacientes con colitis ulcerosa.

134. Respecto al cribado de infecciones antes de iniciar tratamiento inmunosupresor o biológico en un paciente con enfermedad inflamatoria intestinal de reciente diagnóstico, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se recomienda evaluar el estado serológico frente a virus de la hepatitis B, hepatitis C, VIH y descartar tuberculosis latente antes de iniciar tratamiento inmunosupresor o biológico.

b) El cribado de infecciones previo al inicio de tratamiento inmunosupresor o biológico es innecesario, ya que estos fármacos no modifican el riesgo de reactivación de infecciones latentes.
c) La vacunación frente a hepatitis B está CONTRAINDICADA de forma sistemática en todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, independientemente de su estado inmunitario.
d) El despistaje de tuberculosis latente solo está indicado si el paciente presenta síntomas respiratorios activos en el momento de la valoración.

135. En relación con el uso de calprotectina fecal en el seguimiento de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, señale la respuesta CORRECTA:

a) Una disminución de los valores de calprotectina fecal tras el inicio de tratamiento médico se correlaciona, en general, con la respuesta clínica y con la curación mucosa.
b) La calprotectina fecal es un marcador específico de enfermedad inflamatoria intestinal, sin elevarse en ninguna otra situación de inflamación intestinal.
c) Los valores de calprotectina fecal NO guardan ninguna relación con el grado de actividad endoscópica de la enfermedad inflamatoria intestinal.
d) La determinación de calprotectina fecal ha sustituido por completo a la colonoscopia en la valoración de la actividad endoscópica de la enfermedad inflamatoria intestinal.

136. Mujer de 35 años con diagnóstico reciente de tiroiditis autoinmune, en la que se realiza cribado de enfermedad celiaca, obteniéndose anticuerpos antitransglutaminasa tisular IgA positivos con niveles de IgA total normales. Respecto al manejo diagnóstico posterior, señale la respuesta CORRECTA:

a) En adultos, ante una serología positiva, la biopsia duodenal continúa siendo necesaria en la práctica totalidad de los casos para confirmar el diagnóstico histológico de enfermedad celiaca.
b) La positividad aislada de los anticuerpos antitransglutaminasa, sin necesidad de biopsia ni de ningún otro estudio, es suficiente para establecer el diagnóstico definitivo de enfermedad celiaca en cualquier paciente adulto.
c) Ante una serología positiva, debe iniciarse directamente la dieta sin gluten antes de completar el estudio diagnóstico, para valorar la respuesta clínica.
d) La determinación de IgA total es innecesaria en el cribado serológico de la enfermedad celiaca.

137. En relación con la clasificación histológica de Marsh para la enfermedad celiaca, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las lesiones Marsh IIIa-IIIc se caracterizan por aumento de linfocitos intraepiteliales, hiperplasia de las criptas y distintos grados de atrofia vellositaria parcial o total.
b) La lesión Marsh 0 corresponde a la atrofia vellositaria total con hiperplasia críptica marcada.
c) Todas las biopsias duodenales en la enfermedad celiaca muestran lesiones histológicas homogéneas, sin variabilidad entre distintas zonas del duodeno.
d) Una lesión Marsh I es SIEMPRE diagnóstica de enfermedad celiaca por sí sola, independientemente de la serología o el contexto clínico.



138. Respecto a la dermatitis herpetiforme como manifestación cutánea de la enfermedad celiaca, señale la respuesta CORRECTA:

a) Prácticamente todos los pacientes con dermatitis herpetiforme presentan algún grado de enteropatía sensible al gluten, aunque solo una minoría de los pacientes celiacos desarrolla dermatitis herpetiforme.
b) La dermatitis herpetiforme se presenta en la mayoría de los pacientes con enfermedad celiaca, siendo la manifestación clínica más frecuente de esta entidad.
c) El tratamiento de la dermatitis herpetiforme es independiente del seguido en la enfermedad celiaca digestiva, no siendo necesaria la dieta sin gluten para su control.

d) El diagnóstico de dermatitis herpetiforme excluye, por definición, la coexistencia de afectación intestinal.

139. En relación con las enfermedades autoinmunes asociadas a la enfermedad celiaca, señale la opción INCORRECTA:

a) La diabetes mellitus tipo 1 y la tiroiditis autoinmune son las asociaciones autoinmunes descritas con mayor frecuencia en los pacientes celiacos adultos.
b) El déficit selectivo de inmunoglobulina A es más frecuente en pacientes con enfermedad celiaca que en la población general, y puede ser causa de FALSOs negativos en la serología basada en anticuerpos IgA.
c) Las enfermedades autoinmunes asociadas pueden manifestarse antes, simultáneamente o después del diagnóstico de la enfermedad celiaca.
d) La asociación entre enfermedad celiaca y otras enfermedades autoinmunes es excepcional, sin que existan datos epidemiológicos que la respalden.

140. Respecto a la utilidad del estudio genético HLA-DQ2/DQ8 en el diagnóstico de la enfermedad celiaca, señale la respuesta CORRECTA:

a) Su principal utilidad clínica radica en su elevado valor predictivo negativo, ya que la ausencia de estos haplotipos hace muy improbable el diagnóstico de enfermedad celiaca.
b) La positividad del HLA-DQ2 o DQ8 es, por sí sola, diagnóstica de enfermedad celiaca, dada su elevada especificidad.
c) El estudio HLA-DQ2/DQ8 debe solicitarse de forma sistemática en todos los pacientes con serología y biopsia ya diagnósticas de enfermedad celiaca, ya que modifica el manejo terapéutico.
d) La positividad del HLA-DQ2/DQ8 se limita a los pacientes con enfermedad celiaca, sin presencia en la población general sana.

141. Varón con dolor abdominal recurrente tras la ingesta de leche de vaca, sin pérdida de peso ni síntomas de alarma, en el que se sospecha una alergia alimentaria no mediada por IgE. Respecto al diagnóstico diferencial entre alergia alimentaria mediada y no mediada por IgE, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las reacciones mediadas por IgE suelen ser de inicio rápido tras la exposición al alimento, mientras que las reacciones no mediadas por IgE, como la proctocolitis alérgica o la enteropatía inducida por proteínas alimentarias, tienen un inicio más tardío y un curso más insidioso.



b) Las reacciones no mediadas por IgE se caracterizan SIEMPRE por un inicio inmediato, en los primeros minutos tras la exposición al alimento.
c) La determinación de IgE específica frente al alimento sospechoso es imprescindible para el diagnóstico de cualquier tipo de alergia alimentaria, incluidas las no mediadas por IgE.
d) Las alergias alimentarias no mediadas por IgE son indistinguibles clínicamente de las mediadas por IgE, por lo que no existen criterios para diferenciarlas.

142. En relación con la distribución anatómica de los principales tumores malignos primarios del intestino delgado, señale la respuesta CORRECTA:

a) El adenocarcinoma predomina en el duodeno y el yeyuno proximal, mientras que el tumor neuroendocrino (carcinoide) predomina típicamente en el íleon distal.
b) El adenocarcinoma predomina en el íleon distal, mientras que el tumor neuroendocrino predomina en el duodeno proximal.
c) El linfoma primario de intestino delgado predomina característicamente en el duodeno, siendo excepcional su aparición en íleon.
d) Todos los tumores primarios de intestino delgado presentan una distribución homogénea a lo largo de todo el órgano, sin predilección por ningún segmento concreto.

143. Respecto a los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) del intestino delgado, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se originan a partir de las células intersticiales de Cajal y, en localización yeyunoileal, son uno de los tumores primarios malignos más frecuentes de este segmento, junto al adenocarcinoma y el linfoma.
b) Los GIST de intestino delgado son SIEMPRE benignos, a diferencia de los GIST de localización gástrica.
c) La hemorragia digestiva como forma de presentación es excepcional en los GIST de intestino delgado.
d) El tratamiento con imatinib carece de indicación en los GIST de intestino delgado, a diferencia de los de localización gástrica.

144. En relación con el linfoma primario de intestino delgado, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se ha descrito una asociación entre el linfoma de intestino delgado y la enfermedad celiaca de larga evolución, especialmente cuando esta no ha sido tratada adecuadamente.
b) El linfoma de intestino delgado es siempre de estirpe Hodgkin, sin formas de linfoma no Hodgkin descritas en esta localización.
c) Esta entidad se presenta SIEMPRE de forma localizada y única, sin formas difusas a lo largo del intestino delgado.
d) El linfoma de intestino delgado no guarda relación alguna con ningún proceso inflamatorio o autoinmune intestinal previo.



145. En relación con el tumor neuroendocrino (carcinoide) de intestino delgado, señale la respuesta CORRECTA:

a) El síndrome carcinoide, secundario a la liberación de sustancias vasoactivas como la serotonina, aparece típicamente en presencia de metástasis hepáticas que eluden el metabolismo hepático de primer paso.
b) El síndrome carcinoide aparece en todos los pacientes con tumor neuroendocrino de intestino delgado, independientemente de la presencia de metástasis hepáticas.
c) El tumor neuroendocrino de intestino delgado se origina a partir de la mucosa duodenal en la práctica totalidad de los casos.
d) Los tumores neuroendocrinos de intestino delgado son siempre de gran tamaño en el momento del diagnóstico, sin formas de pequeño tamaño descritas.

146. Respecto a las técnicas diagnósticas empleadas en la sospecha de tumor de intestino delgado de localización en yeyuno o íleon proximal, señale la respuesta CORRECTA:

a) La cápsula endoscópica y la enteroscopia asistida por balón son técnicas útiles para la valoración directa de estos segmentos, no accesibles mediante endoscopia digestiva alta ni colonoscopia convencionales.
b) La endoscopia digestiva alta convencional permite visualizar de forma sistemática y completa el yeyuno y el íleon proximal.
c) La colonoscopia convencional permite, de forma habitual, alcanzar y valorar el yeyuno proximal sin necesidad de técnicas adicionales.
d) Ante la sospecha de un tumor en yeyuno o íleon proximal, NO existe ninguna técnica endoscópica capaz de explorar dicho segmento, siendo la cirugía exploradora la única opción diagnóstica.

147. En relación con el diagnóstico diferencial entre maldigestión y malabsorción intestinal, señale la respuesta CORRECTA:

a) El test de D-xilosa permite diferenciar ambas entidades, ya que su absorción es normal en la insuficiencia pancreática exocrina (maldigestión) y se encuentra alterada cuando existe una enfermedad de la mucosa del intestino delgado (malabsorción).
b) El test de D-xilosa carece de utilidad para diferenciar entre maldigestión de origen pancreático y malabsorción de origen mucoso intestinal.
c) La maldigestión y la malabsorción son términos sinónimos que hacen referencia a la misma alteración fisiopatológica, sin diferencias clínicamente relevantes.
d) La prueba de D-xilosa requiere la integridad de la función enzimática pancreática para su CORRECTA interpretación, siendo anormal de forma constante en la insuficiencia pancreática exocrina.

148. Respecto a la cuantificación de grasa en heces como prueba diagnóstica de esteatorrea, señale la respuesta CORRECTA:

a) La determinación cuantitativa de grasa fecal en una recolección de 72 horas, con una ingesta de grasa conocida, se considera la prueba de referencia para confirmar la esteatorrea.
b) La tinción cualitativa con Sudán III es más precisa que la cuantificación gravimétrica de grasa fecal, por lo que ha sustituido a esta última como prueba de referencia.

c) Un valor de excreción de grasa fecal inferior a 7 gramos al día en un adulto con dieta normal se considera diagnóstico de esteatorrea significativa.
d) La cuantificación de grasa fecal es innecesaria en presencia de esteatorrea macroscópicamente evidente y de causa clínica clara.

149. En relación con la determinación de elastasa fecal como marcador de insuficiencia pancreática exocrina, señale la respuesta CORRECTA:

a) La elastasa fecal es una enzima que no se degrada significativamente durante el tránsito intestinal, por lo que sus valores fecales reflejan de forma fiable la función pancreática exocrina.
b) La elastasa fecal se degrada completamente durante el tránsito intestinal, por lo que carece de utilidad diagnóstica en la insuficiencia pancreática exocrina.
c) Los valores de elastasa fecal son SIEMPRE normales en la insuficiencia pancreática exocrina, independientemente de su gravedad.
d) La determinación de elastasa fecal exige la suspensión completa de la ingesta de grasas en los días previos a la prueba para su CORRECTA interpretación.

150. Mujer de 60 años con antecedente de resección ileal extensa por enfermedad de Crohn, que presenta diarrea crónica y deficiencia de vitamina B12. Respecto a la fisiopatología de esta deficiencia, señale la respuesta CORRECTA:

a) La resección del íleon terminal interrumpe la absorción del complejo vitamina B12-factor intrínseco, que tiene lugar específicamente en este segmento intestinal.
b) La vitamina B12 se absorbe fundamentalmente en el yeyuno proximal, por lo que la resección ileal no debería asociarse a su deficiencia.
c) El déficit de vitamina B12 tras resección ileal se debe EXCLUSIVAMENTE a una disminución en la ingesta oral, sin relación con la función absortiva intestinal.
d) La resección ileal extensa no se asocia a ningún tipo de malabsorción de micronutrientes, afectando EXCLUSIVAMENTE a la absorción de agua y electrolitos.

151. En relación con la malabsorción de ácidos biliares como causa de diarrea crónica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Puede ser secundaria a la resección o disfunción del íleon terminal, segmento donde se produce la reabsorción fisiológica de las sales biliares mediante circulación enterohepática.
b) La malabsorción de ácidos biliares es una entidad EXCLUSIVA de la patología pancreática, sin relación con la patología del intestino delgado.
c) Las resinas secuestradoras de ácidos biliares, como la colestiramina, carecen de utilidad terapéutica en esta entidad.
d) La malabsorción de ácidos biliares NUNCA debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la diarrea crónica, al tratarse de una causa excepcional.

152. Respecto a las manifestaciones clínicas y analíticas del síndrome de malabsorción intestinal, señale la opción INCORRECTA:

a) Las deposiciones son típicamente voluminosas, fétidas y de difícil eliminación por el inodoro, pudiendo asociar restos alimentarios no digeridos.

b) Pueden observarse hipoalbuminemia e hipocolesterolemia como reflejo de la malabsorción proteica y lipídica, respectivamente.
c) El déficit de vitaminas liposolubles, como la vitamina D o la vitamina K, puede manifestarse clínicamente con alteraciones óseas o de la coagulación.
d) La presencia de fibra vegetal no digerida en las heces, como restos de legumbres o vegetales, es SIEMPRE indicativa de malabsorción intestinal patológica.

153. En relación con la enteropatía del intestino delgado asociada al consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos, señale la respuesta CORRECTA:

a) Puede manifestarse con un amplio espectro de lesiones, desde petequias y erosiones hasta úlceras y la denominada enfermedad diafragmática, caracterizada por estenosis anulares concéntricas.
b) Las lesiones de intestino delgado asociadas a antiinflamatorios no esteroideos son siempre asintomáticas y carecen de relevancia clínica.
c) La enfermedad diafragmática del intestino delgado es una entidad EXCLUSIVA de la enfermedad de Crohn, sin relación descrita con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos.
d) El tratamiento con inhibidores de la bomba de protones revierte de forma constante las lesiones de intestino delgado inducidas por antiinflamatorios no esteroideos, de forma similar a su efecto en el estómago.

154. Respecto al papel de la cápsula endoscópica en el diagnóstico de las úlceras de intestino delgado, señale la respuesta CORRECTA:

a) Antes de su realización, en pacientes con sospecha de estenosis, debe valorarse el uso de una cápsula de permeabilidad (biodegradable) para minimizar el riesgo de retención de la cápsula real en el segmento estenótico.
b) La cápsula endoscópica está completamente exenta de riesgo de retención, independientemente de la presencia de estenosis previas conocidas.
c) La cápsula endoscópica es superior a la enteroscopia de doble balón en todas las situaciones clínicas, incluida la necesidad de toma de biopsias o tratamiento endoscópico.
d) La presencia de estenosis intestinal constituye una indicación preferente para la realización de cápsula endoscópica convencional sin estudio previo de permeabilidad.

155. Varón de 65 años, consumidor crónico de diclofenaco por artrosis, que presenta anemia ferropénica crónica sin sangrado digestivo macroscópico evidente, con endoscopia digestiva alta y colonoscopia normales. Respecto al diagnóstico más probable y a la actitud diagnóstica más adecuada, señale la respuesta CORRECTA:

a) Debe sospecharse enteropatía de intestino delgado por antiinflamatorios no esteroideos como causa de hemorragia digestiva de origen oscuro, siendo razonable completar el estudio con cápsula endoscópica o enteroscopia.
b) Ante una endoscopia digestiva alta y una colonoscopia normales, debe descartarse de entrada cualquier origen digestivo del sangrado, sin estudio adicional del intestino delgado.
c) El consumo de antiinflamatorios no esteroideos descarta, por definición, que el intestino delgado sea el origen del sangrado oculto.

d) La anemia ferropénica en este contexto se debe SIEMPRE a un déficit dietético de hierro, sin relación con patología digestiva subyacente.

156. En relación con el diagnóstico diferencial de las estenosis y úlceras de intestino delgado detectadas mediante cápsula endoscópica o enteroscopia, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La enfermedad de Crohn, la enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos, la isquemia intestinal y la enteritis actínica forman parte del diagnóstico diferencial de las estenosis benignas de intestino delgado.
b) Los tumores de intestino delgado, como el adenocarcinoma, el linfoma o el tumor del estroma gastrointestinal, deben considerarse en el diagnóstico diferencial de una estenosis de causa no filiada.
c) Las técnicas radiológicas convencionales, como el tránsito intestinal baritado, presentan una sensibilidad muy alta para detectar todas las estenosis intestinales, incluidas las únicas o de pequeño tamaño.
d) El estudio histológico mediante biopsia es de gran utilidad para orientar la etiología cuando se dispone de muestra tisular de la lesión.

157. Respecto al manejo de las lesiones de intestino delgado asociadas al consumo crónico de antiinflamatorios no esteroideos, señale la respuesta CORRECTA:

a) La suspensión del fármaco causal constituye una medida fundamental del tratamiento, mientras que las estenosis tipo diafragma establecidas no suelen revertir únicamente con esta medida.
b) El antiinflamatorio no esteroideo causal puede mantenerse sin ninguna restricción, ya que la suspensión del fármaco no influye en la evolución de las lesiones intestinales.
c) Las estenosis tipo diafragma establecidas revierten siempre por completo tras la suspensión del antiinflamatorio no esteroideo causante, sin precisar ningún otro tratamiento.
d) La enteroscopia carece de cualquier papel terapéutico en el manejo de las estenosis sintomáticas asociadas a enteropatía por antiinflamatorios no esteroideos.

158. En relación con la fisiopatología de la proctopatía crónica por radiación, señale la respuesta CORRECTA:

a) El daño crónico de la microvasculatura intestinal conduce a isquemia, fibrosis de la submucosa y desarrollo de telangiectasias, mecanismo angiogénico compensador que constituye la principal causa de rectorragia en la fase crónica.
b) La fase crónica de la enteritis por radiación se debe fundamentalmente a un infiltrado inflamatorio agudo de polimorfonucleares, similar al observado en la fase aguda.
c) Las telangiectasias observadas en la fase crónica de la proctopatía actínica son SIEMPRE secundarias a isquemia activa de la mucosa, sin relación con mecanismos angiogénicos.
d) La proctopatía crónica por radiación se presenta SIEMPRE de forma inmediata tras finalizar el tratamiento radioterápico, sin intervalo libre de síntomas.



159. Mujer de 58 años con antecedente de radioterapia pélvica por carcinoma de cérvix hace 3 años, que presenta rectorragia crónica recidivante. La colonoscopia muestra múltiples telangiectasias en la mucosa rectal, sin otras lesiones. Respecto al tratamiento endoscópico de elección, señale la respuesta CORRECTA:

a) La coagulación con plasma de argón es una de las modalidades de tratamiento endoscópico más utilizadas para el control de la rectorragia crónica secundaria a telangiectasias por proctopatía actínica.
b) El tratamiento endoscópico está CONTRAINDICADO en la proctopatía crónica por radiación, siendo la cirugía la única opción terapéutica disponible.
c) Las telangiectasias por proctopatía actínica no sangran de forma recurrente, por lo que no precisan ningún tratamiento específico.
d) La inyección de adrenalina diluida es el único tratamiento endoscópico eficaz descrito para esta entidad, sin que existan alternativas.

160. En relación con la enteritis aguda por radiación, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se presenta típicamente durante o poco después del tratamiento radioterápico, con síntomas como diarrea, dolor abdominal o tenesmo, y suele ser autolimitada en la mayoría de los casos.
b) La enteritis aguda por radiación se presenta característicamente varios años después de finalizar el tratamiento radioterápico, nunca de forma precoz.
c) Los hallazgos histológicos de la fase aguda son indistinguibles de los de la fase crónica, sin diferencias en el infiltrado inflamatorio ni en el grado de fibrosis.
d) La enteritis aguda por radiación no se ha descrito en pacientes sometidos a radioterapia pélvica, siendo exclusiva de la irradiación abdominal alta.

161. Respecto a las opciones terapéuticas médicas en la proctopatía crónica por radiación de intensidad leve-moderada, señale la respuesta CORRECTA:

a) El sucralfato tópico y los enemas o derivados de ácido acetilsalicílico se han empleado con resultados irregulares e impredecibles en estos casos.
b) No existe ningún tratamiento médico descrito para la proctopatía crónica por radiación, siendo la cirugía la única opción terapéutica en todos los casos.
c) Los corticoides tópicos están formalmente CONTRAINDICADOS en cualquier grado de afectación de la proctopatía actínica.
d) El tratamiento médico tópico ha demostrado una eficacia constante y predecible en la totalidad de los pacientes con proctopatía crónica por radiación.

162. En relación con las complicaciones tardías de la enteritis crónica por radiación, distintas de la rectorragia por telangiectasias, señale la respuesta CORRECTA:

a) La fibrosis transmural progresiva puede dar lugar a estenosis intestinales, que pueden manifestarse clínicamente con cuadros suboclusivos o de obstrucción intestinal.
b) La enteritis crónica por radiación NUNCA se asocia a estenosis ni a clínica obstructiva, limitándose exclusivamente al sangrado rectal.
c) Las estenosis por enteritis actínica son indistinguibles macroscópica e histológicamente de las estenosis tumorales, sin posibilidad de diagnóstico diferencial.

d) La fibrosis submucosa observada en la fase crónica de la enteritis por radiación es un hallazgo reversible que desaparece espontáneamente con el paso del tiempo.

163. En relación con el uso de contraste ecográfico, indique cuál de las siguientes afirmaciones considera CORRECTA:

a) El uso de contrastes ecográficos se encuentra contraindicado en pacientes con tasa de filtrado glomerular inferior a 30.
b) En la ecografía con contraste hepática, la fase arterial del estudio comienza en los primeros 10-20 segundos y finaliza a partir de los 120 segundos de la inyección del contraste.
c) El uso de ecografía con contraste no ha sido evaluado en pacientes con cirrosis.
d) El colangiocarcinoma intrahepático se caracteriza por presentar captación de contraste en fase arterial y, en comparación con el hepatocarcinoma, exhibir un lavado más intenso y precoz en fase portal, en menos de 60 segundos.

164. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el intervencionismo guiado por ecografía es INCORRECTA?

a) Un cilindro de tejido hepático de 25 milímetros se considera una muestra de calidad en la biopsia hepática percutánea.
b) La incidencia de complicaciones graves tras una biopsia hepática es del 3 al 5 por ciento, siendo la más frecuente el hemoperitoneo.
c) La biopsia ofrece mayor rentabilidad diagnóstica que la punción aspiración con aguja fina en la valoración histológica de las lesiones focales hepáticas.
d) El riesgo de siembra de células malignas tras la biopsia de un tumor hepático es inferior al 0,010 por ciento.

165. En relación con el tratamiento de la infección por Helicobacter pylori, señale la FALSA:

a) Se recomienda que la duración de la terapia cuádruple con bismuto, formada por inhibidor de la bomba de protones, bismuto, tetraciclina y metronidazol, sea de 10 días como mínimo.
b) No se recomienda asociar probióticos al tratamiento erradicador.
c) Tras el fracaso de un primer tratamiento con claritromicina y una segunda línea con levofloxacino, se recomienda un tratamiento cuádruple con bismuto.
d) En los pacientes con úlcera duodenal no complicada que no requieren antiinflamatorios no esteroideos ni ácido acetilsalicílico, se recomienda mantener el tratamiento antisecretor durante cuatro a ocho semanas tras finalizar el tratamiento erradicador de Helicobacter pylori.

166. Señale la respuesta FALSA:

a) La infección por el virus de Epstein-Barr y por Helicobacter pylori son factores de riesgo independientes de cáncer gástrico.
b) La toma de anticoagulantes incrementa el riesgo de hemorragia digestiva en pacientes con infección por Helicobacter pylori.
c) El uso de ácido acetilsalicílico o antiinflamatorios no esteroideos aumenta el riesgo de úlcera péptica y complicaciones relacionadas en pacientes con infección por Helicobacter pylori.

d) La erradicación de Helicobacter pylori mejora la gastritis en tomadores crónicos de inhibidores de la bomba de protones.

167. Señale la respuesta CORRECTA:

a) La presencia de atrofia gástrica es un marcador fiable de la presencia de metaplasia intestinal en el estómago.
b) La utilización de cromoendoscopia virtual NO ha demostrado mejorar la detección de metaplasia intestinal en el estómago.
c) En pacientes con metaplasia intestinal completa únicamente en antro, sin otros factores de riesgo de cáncer gástrico, no se recomienda seguimiento endoscópico.
d) En pacientes con metaplasia intestinal incompleta extensa, sin antecedentes familiares de cáncer gástrico, se recomienda seguimiento endoscópico cada uno o dos años.

168. Varón de 76 años, sin antecedentes familiares o personales de interés, al que se le detecta una lesión gástrica en cuerpo de 25 milímetros, con morfología 0-IIa más 0-IIc de la clasificación de Paris. Su equipo médico decide extirpar la lesión mediante disección endoscópica submucosa. El informe de anatomía patológica indica que se trata de un adenocarcinoma de tipo intestinal de 15 milímetros, bien diferenciado, que invade 250 micras la capa submucosa, sin invasión linfovascular ni ulceración, con márgenes horizontales y verticales libres. ¿Cuál sería su recomendación en el comité multidisciplinar?

a) Se trata de una resección no curativa, por lo que recomendaría tratamiento quirúrgico, ya que el paciente tiene un riesgo moderado-alto de presentar metástasis ganglionares.
b) Recomendaría quimioterapia adyuvante, con el objetivo de evitar el tratamiento quirúrgico.
c) Recomendaría la realización de un TAC toracoabdominopélvico y una ecoendoscopia de la úlcera de la resección para valorar enfermedad residual local.
d) Se trata de una resección curativa con un riesgo bajo de metástasis linfoganglionares, inferior al 3 por ciento, por lo que recomendaría seguimiento endoscópico.

169. Mujer de 47 años que acude al servicio de Urgencias por melenas y hematemesis de 24 horas de evolución. En relación con la patología que usted sospecha, señale la respuesta CORRECTA:

a) En casos graves, se recomienda la utilización de ácido tranexámico.
b) Si la paciente está antiagregada y la hemorragia es grave, se recomienda la transfusión de plaquetas.
c) Si la paciente está anticoagulada con rivaroxabán y la hemorragia es grave, se recomienda la utilización de idarucizumab.
d) La endoscopia en las primeras 12 horas NO ha demostrado mejorar la supervivencia de los pacientes.

170. Mujer de 82 años con diagnóstico de gastritis crónica atrófica autoinmune. Señale la respuesta FALSA:

a) Los tumores neuroendocrinos gástricos más frecuentes en este contexto son los de tipo 1.

b) En los tumores neuroendocrinos que cabe esperar encontrar en esta paciente, se recomienda la extirpación endoscópica si son mayores de 1 centímetro.
c) Desde el punto de vista ecoendoscópico, los tumores neuroendocrinos que cabe esperar encontrar en esta paciente suelen asentar en la segunda o tercera capa de la pared gástrica.
d) El síndrome de Zollinger-Ellison se asocia a los tumores neuroendocrinos gástricos de tipo 3.

171. ¿Cuál NO se considera un criterio de calidad de la endoscopia digestiva?

a) Se recomienda la toma de al menos 10 imágenes durante la endoscopia digestiva alta, incluyendo fotodocumentación del esófago, estómago y duodeno.
b) Tasa de detección de adenoma superior al 25 por ciento en pacientes mayores de 50 años cuando la indicación de la colonoscopia sea el cribado de cáncer colorrectal.
c) Cuando la indicación sea el cribado de cáncer colorrectal, la tasa de intubación cecal debe ser igual o mayor al 90 por ciento.
d) El tiempo de inspección durante la endoscopia digestiva alta debe ser de al menos 7 minutos.

172. En relación con las alteraciones moleculares características del cáncer colorrectal, señale la opción FALSA:

a) La vía serrada de la carcinogénesis no sigue la secuencia clásica adenoma-carcinoma y es responsable de algunos cánceres de intervalo.
b) Las mutaciones en el gen APC son la alteración característica de la poliposis adenomatosa familiar.
c) La mutación BRAF V600E es una alteración característica de los cánceres colorrectales que aparecen en el síndrome de Lynch.
d) Mutaciones en los dos alelos del gen MUTYH dan lugar a un síndrome polipósico familiar que recuerda a la poliposis adenomatosa familiar atenuada.

173. Respecto al cribado de cáncer colorrectal, señale la respuesta CORRECTA:

a) La colonografía por tomografía computarizada tiene una sensibilidad similar a la colonoscopia para los pólipos mayores de 1 centímetro.
b) Los métodos serológicos han demostrado disminuir el riesgo de muerte por cáncer colorrectal.
c) Se cree que la secuencia de adenoma a carcinoma tarda una media de 20 años.
d) La sangre oculta en heces inmunológica anual-bienal es una prueba con alta especificidad y sensibilidad para el diagnóstico de adenomas avanzados.

174. Durante una colonoscopia de cribado, usted se encuentra con una lesión de extensión lateral de 35 milímetros en colon transverso. ¿Cuál de las siguientes características ópticas NO se asocia a un riesgo alto de invasión submucosa profunda?

a) Ausencia de patrón de superficie.
b) Patrón de criptas Kudo Vn en área demarcada.
c) Vasos gruesos interrumpidos.
d) Lesión de extensión lateral no granular, plano elevada, tipo IIa de la clasificación de Paris.

175. Señale la opción FALSA respecto a la infección por Clostridioides difficile:

a) En un primer episodio, se recomienda el uso de fidaxomicina frente al uso de vancomicina.
b) En pacientes con episodios recurrentes, se recomienda el uso de fidaxomicina frente al uso de vancomicina.
c) Bezlotoxumab es un anticuerpo monoclonal que se une a la toxina B de Clostridioides difficile y se recomienda como alternativa a vancomicina en un segundo episodio.
d) El trasplante de microbiota fecal se recomienda a partir de la segunda recurrencia, es decir, en el tercer episodio, de infección por Clostridioides difficile.

176. Varón de 56 años al que se le realiza una colonoscopia de cribado. Se extirpan 4 pólipos NICE 2, morfología Is de la clasificación de Paris, con los siguientes tamaños: 3, 5, 6 y 7 milímetros. La histología de 3 de ellos es de adenoma con displasia de bajo grado. El pólipo restante es un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado. Todos los pólipos tienen márgenes de resección libres. ¿Cuándo se recomienda la endoscopia de seguimiento?

a) A los 6 meses.
b) Al año.
c) A los 3 años.
d) A los 10 años; como alternativa a la colonoscopia, podría volver al programa de cribado poblacional.

177. En relación con la enfermedad inflamatoria intestinal, señale la respuesta FALSA:

a) En todos los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, en el momento del diagnóstico, se recomienda la determinación de serología del virus de la hepatitis A, B y C, VIH, virus de Epstein-Barr, virus de la varicela-zóster y virus del sarampión, en ausencia de infección pasada o vacunación de los dos últimos.
b) En pacientes no inmunes, se recomienda la vacunación frente al virus de la hepatitis A.
c) Los pacientes que reciben inhibidores de JAK quinasa presentan un riesgo incrementado de reactivación de enfermedad tuberculosa latente.
d) La vacunación del neumococo en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal SOLO se recomienda en la edad pediátrica o por encima de los 65 años.

178. En pacientes con diarrea crónica, señale la opción CORRECTA:

a) La calprotectina es una herramienta útil para el cribado de enfermedad inflamatoria intestinal; el punto de corte óptimo para optimizar la sensibilidad de la prueba es de 150 microgramos por gramo.
b) Se recomienda la realización de proteína C reactiva en sangre para el cribado de enfermedad inflamatoria intestinal.
c) Se recomienda el cribado de infección por Giardia.
d) Se recomienda la realización de una endoscopia digestiva con toma de biopsias de segunda porción duodenal, independientemente del resultado de la serología de enfermedad celiaca.



179. En relación con la enfermedad diverticular del colon, señale la CORRECTA:

a) La hemorragia digestiva baja de origen diverticular suele asociarse a dolor abdominal.
b) La edad y un índice de masa corporal bajo son factores de riesgo para la aparición de divertículos en el colon.
c) Evidencia de alta calidad apoya la realización de una colonoscopia tras un episodio de diverticulitis aguda no complicada confirmado mediante TAC abdominal.
d) Los pacientes con diverticulitis aguda no complicada pueden ser manejados sin necesidad de antibioterapia en la mayoría de las ocasiones.

180. Respecto a la clasificación endoscópica de la enfermedad diverticular del colon, señale la afirmación CORRECTA:

a) La clasificación DICA valora exclusivamente la extensión anatómica de la diverticulosis.
b) La clasificación DICA integra hallazgos endoscópicos con valor pronóstico sobre el riesgo de recurrencia y complicaciones.
c) La clasificación de Hinchey ha sustituido a la DICA en la evaluación endoscópica.
d) La clasificación DICA únicamente es aplicable durante episodios de diverticulitis aguda.

181. En relación con la prevención del cáncer colorrectal en pacientes con colitis ulcerosa extensa, señale la respuesta CORRECTA:

a) La cromoendoscopia únicamente está indicada cuando existen lesiones visibles.
b) La cromoendoscopia con biopsias dirigidas constituye la técnica de elección cuando existe experiencia.
c) Las biopsias aleatorias siguen siendo el estándar en todos los casos.
d) La vigilancia debe iniciarse a los 15 años en todos los pacientes.

182. ¿Cuál de los siguientes hallazgos histológicos es más característico de la colitis colagenosa?

a) Granulomas no caseificantes.
b) Banda subepitelial de colágeno >10 μm.
c) Abscesos crípticos difusos.
d) Metaplasia de células de Paneth.

183. Respecto a la clasificación de París de las lesiones superficiales del colon, señale la correcta:

a) Las 0-IIc tienen menor riesgo de invasión.
b) Las LST granulares homogéneas tienen menor riesgo que las no granulares pseudodeprimidas.
c) Solo se aplica a lesiones malignas.
d) Las 0-Ip son deprimidas.

184. ¿Cuál NO es un factor de alto riesgo de cáncer colorrectal en colitis ulcerosa?

a) Colangitis esclerosante primaria.
b) Inflamación persistente.
c) Pseudopólipos inflamatorios.

d) Proctitis aislada.

185. Respecto a la clasificación de la displasia en Enfermedad inflamatoria intestinal:

a) DALM sigue siendo la clasificación recomendada.
b) Toda displasia visible obliga a colectomía.
c) Debe clasificarse en visible o invisible valorando resección completa.
d) La displasia invisible no requiere confirmación.

186. Respecto a los pólipos serrados:

a) Los hiperplásicos proximales >10 mm equivalen a adenomas.
b) Las lesiones serradas sésiles predominan en colon distal.
c) Muchos CCR MSI esporádicos derivan de la vía serrada.
d) APC es la alteración inicial típica.

187. ¿Cuál NO es criterio OMS de síndrome de poliposis serrada?

a) Cinco pólipos serrados proximales con dos ≥10 mm.
b) Más de 20 pólipos serrados distribuidos por el colon.
c) Diez adenomas tubulares.
d) Múltiples lesiones serradas con distribución compatible

188. Sobre la clasificación de Kudo:

a) El patrón Vn se asocia a invasión submucosa profunda.
b) IIL corresponde a carcinoma invasivo.
c) I identifica adenomas de alto grado.
d) Solo sirve para pólipos pediculados.

189. Sobre la Disección endoscópica submucosa (ESD) colorrectal:

a) Menor resección en bloque que resección mucosa endoscópica (EMR).
b) La EMR fragmentada equivale histológicamente.
c) Indicada cuando se precisa resección en bloque de carcinoma superficial.
d) Sustituye completamente a la EMR.

190. Respecto a los criterios histológicos de resección curativa del carcinoma colorrectal pT1 tras resección endoscópica, señale la respuesta CORRECTA

a) La presencia de invasión linfovascular aislada no modifica la indicación de tratamiento.
b) Un margen vertical ≥1 mm, ausencia de invasión linfovascular, tumor bien o moderadamente diferenciado y ausencia de budding de alto grado definen una resección de bajo riesgo.
c) El grado de diferenciación carece de valor pronóstico cuando la lesión se ha resecado en bloque.
d) La profundidad de invasión submucosa no influye en el riesgo de metástasis ganglionar.

191. En relación con el tumor budding en el carcinoma colorrectal precoz, señale la afirmación CORRECTA:

a) Es un hallazgo exclusivamente endoscópico.

b) Se considera un marcador histológico independiente de riesgo de metástasis ganglionar.
c) Solo tiene utilidad en tumores T3 y T4.
d) No forma parte de los criterios actuales de decisión terapéutica.

192. Según las recomendaciones de la ESGE, ¿cuál de los siguientes pacientes requiere un programa de vigilancia endoscópica intensiva tras polipectomía?

a) Un adenoma tubular de 6 mm con displasia de bajo grado.
b) Dos adenomas tubulares de 5 mm completamente resecados.
c) Cinco adenomas, independientemente de su tamaño.
d) Un pólipo hiperplásico rectal de 8 mm.

193. ¿Cuál de las siguientes alteraciones moleculares constituye el evento inicial más frecuente en la secuencia clásica adenoma-carcinoma?

a) Mutación de KRAS.
b) Mutación de BRAF.
c) Inactivación del gen APC.
d) Mutación de TP53

194. Respecto a la clasificación endoscópica NICE, señale la respuesta CORRECTA:

a) Requiere obligatoriamente magnificación óptica.
b) Utiliza el patrón vascular, el color y la superficie de la lesión evaluados mediante imagen de banda estrecha (NBI).
c) Se emplea exclusivamente para lesiones gástricas.
d) Permite valorar únicamente lesiones pediculadas.

195. Respecto a la clasificación JNET (Japan NBI Expert Team) de las lesiones colorrectales, señale la afirmación CORRECTA

a) El tipo 1 corresponde habitualmente a adenomas con displasia de alto grado.
b) El tipo 2A se asocia generalmente a adenomas de bajo grado.
c) El tipo 2B identifica de forma específica carcinomas con invasión submucosa profunda.
d) El tipo 3 se corresponde con lesiones hiperplásicas.

196. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO constituye un criterio histológico de alto riesgo tras la resección endoscópica de un carcinoma colorrectal pT1?

a) Invasión linfovascular.
b) Tumor budding de alto grado.
c) Carcinoma bien diferenciado con márgenes libres y sin invasión linfovascular.
d) Margen de resección afectado

197. Respecto a las lesiones laterales extensas (LST) del colon, señale la respuesta CORRECTA:

a) Todas presentan un riesgo similar.
b) Las LST granulares homogéneas presentan el mayor riesgo.
c) Las LST no granulares pseudodeprimidas presentan el mayor riesgo de invasión submucosa.
d) Todas deben tratarse mediante cirugía.



198. Según la clasificación SMSA de complejidad de la polipectomía, ¿cuál NO forma parte de la puntuación?

a) Tamaño.
b) Morfología.
c) Localización.
d) Grado de displasia histológica.

199. En relación con la colitis asociada a AINE, señale la respuesta CORRECTA:

a) Afecta exclusivamente al recto.
b) Puede producir ulceraciones diafragmáticas.
c) Se caracteriza por granulomas epitelioides.
d) Es indistinguible de la colitis colagenosa.

200. Según las recomendaciones de la European Crohn's and Colitis Organisation, ¿cuál de las siguientes circunstancias NO justifica por sí misma un acortamiento del intervalo de vigilancia endoscópica en pacientes con colitis ulcerosa?

a) Colangitis esclerosante primaria asociada.
b) Antecedente de estenosis inflamatoria colónica.
c) Inflamación endoscópica e histológica moderada o grave mantenida.
d) Proctitis ulcerosa aislada sin otros factores de riesgo.

201. Respecto a la colitis microscópica, señale la afirmación CORRECTA:

a) La colonoscopia muestra lesiones ulceradas en la mayoría de los pacientes.
b) El diagnóstico puede excluirse si la mucosa colónica es endoscópicamente normal.
c) Deben obtenerse biopsias seriadas de distintos segmentos del colon incluso cuando la exploración endoscópica sea normal.
d) La afectación histológica se limita habitualmente al recto.

202. ¿Cuál de las siguientes alteraciones moleculares se asocia con mayor frecuencia a la vía serrada de carcinogénesis colorrectal?

a) Inactivación germinal del gen APC.
b) Mutación de BRAF con fenotipo metilador de islas CpG (CIMP).
c) Mutación aislada de TP53 como evento inicial.
d) Amplificación de HER2 como alteración característica.

203. Respecto a los criterios de resección curativa del carcinoma colorrectal precoz mediante técnicas endoscópicas, señale la afirmación CORRECTA:

a) La resección fragmentada permite valorar adecuadamente el margen vertical y constituye el procedimiento de elección cuando se sospecha invasión submucosa.
b) La presencia de invasión linfovascular no modifica la probabilidad de metástasis ganglionar si los márgenes son negativos.
c) La resección en bloque (R0) es un requisito fundamental para valorar la curación endoscópica de un carcinoma T1.
d) La diferenciación tumoral carece de influencia en la indicación de cirugía complementaria.

204. Respecto a la clasificación de Tokio 2018 (TG18) para el diagnóstico de la colecistitis aguda, señale la afirmación CORRECTA:

a) El diagnóstico definitivo requiere la presencia simultánea de criterios locales, criterios sistémicos y hallazgos de imagen compatibles.
b) La presencia de hallazgos ecográficos compatibles permite establecer el diagnóstico independientemente de la clínica.
c) La clasificación TG18 únicamente establece criterios de gravedad y no criterios diagnósticos.
d) La leucocitosis constituye un criterio local de inflamación.

205. Según las Tokyo Guidelines 2018, ¿cuál de los siguientes criterios NO se utiliza para clasificar una colecistitis aguda como grado III (grave)?

a) Disfunción cardiovascular con necesidad de vasopresores.
b) Disfunción respiratoria con PaO_2/FiO_2 <300.
c) Leucocitosis superior a 18.000/mm^3 sin disfunción orgánica.
d) Insuficiencia renal con creatinina sérica superior a 2 mg/dL.

206. Respecto al síndrome de Mirizzi, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se produce por la impactación de un cálculo en el colédoco distal.
b) Se caracteriza por la compresión extrínseca del conducto hepático común secundaria a un cálculo impactado en el cuello vesicular o el conducto cístico.
c) Su clasificación más utilizada es la de Bismuth-Corlette.
d) Siempre se trata mediante CPRE sin necesidad de cirugía.

207. ¿Cuál de los siguientes factores constituye el principal predictor de malignidad en un pólipo vesicular?

a) Sexo femenino.
b) Tamaño igual o superior a 10 mm.
c) Litiasis vesicular asociada.
d) Edad inferior a 40 años.

208. Respecto a la adenomiomatosis de la vesícula biliar, señale la afirmación CORRECTA:

a) Se considera una lesión premaligna obligada.
b) Se caracteriza por la proliferación de la mucosa con invaginación hacia la muscular formando los senos de Rokitansky-Aschoff.
c) Su localización exclusiva es el fundus vesicular.
d) El tratamiento quirúrgico está indicado en todos los pacientes asintomáticos.

209. Respecto al tratamiento de la colecistitis aguda grado I (leve) según las Tokyo Guidelines 2018, señale la afirmación CORRECTA:

a) El tratamiento antibiótico exclusivo constituye el tratamiento definitivo de elección.
b) La colecistectomía laparoscópica precoz constituye el tratamiento de elección siempre que no existan contraindicaciones quirúrgicas.
c) Debe diferirse sistemáticamente la cirugía al menos seis semanas tras el episodio agudo.

d) El drenaje percutáneo debe realizarse de forma rutinaria antes de la cirugía.

210. En relación con la colecistitis aguda grado II (moderada), ¿cuál de los siguientes criterios forma parte de la definición establecida por las Tokyo Guidelines 2018?

a) Hipotensión con necesidad de noradrenalina.
b) Plaquetas inferiores a 100.000/mm³.
c) Leucocitosis superior a 18.000/mm³.
d) Creatinina superior a 2 mg/dL.

211. Respecto a la colecistitis enfisematosa, señale la respuesta CORRECTA:

a) Es más frecuente en mujeres jóvenes.
b) Se asocia habitualmente a infección por microorganismos productores de gas y presenta mayor riesgo de perforación que la colecistitis aguda convencional.
c) La presencia de aire intraluminal excluye el diagnóstico de colecistitis.
d) El tratamiento conservador constituye la estrategia recomendada.

212. Respecto a los pólipos de la vesícula biliar, señale la afirmación CORRECTA:

a) Todos los pólipos de colesterol requieren colecistectomía.
b) Los adenomas representan la causa más frecuente de pólipos vesiculares.
c) La coexistencia de colangitis esclerosante primaria modifica el umbral de indicación quirúrgica debido al incremento del riesgo de malignidad.
d) La presencia de litiasis elimina el riesgo de carcinoma vesicular asociado al pólipo

213. Un varón de 48 años consulta por episodios recurrentes de dolor biliar típico durante los últimos 18 meses. La ecografía abdominal, la colangio-RM y la ecoendoscopia son normales. Las pruebas hepáticas y pancreáticas son siempre normales. La gammagrafía hepatobiliar con CCK demuestra una fracción de eyección vesicular del 72%, reproduciendo exactamente el dolor habitual durante la infusión. ¿Cuál es la afirmación más correcta?

a) Una fracción de eyección >65% excluye un trastorno funcional de la vesícula biliar y obliga a investigar exclusivamente un origen intestinal.
b) El hallazgo es compatible con una vesícula biliar hiperquinética, entidad cuya fisiopatología probablemente se relaciona con una hipersensibilidad a la CCK y que puede responder a la colecistectomía en pacientes cuidadosamente seleccionados, aunque la evidencia es limitada.
c) La reproducción del dolor durante la administración de CCK confirma el diagnóstico de trastorno funcional de la vesícula biliar con una especificidad superior al 95%.
d) La elevada fracción de eyección es característica de la disfunción del esfínter de Oddi tipo III.

214. En relación con el cáncer incidental de vesícula biliar diagnosticado tras una colecistectomía, señale la respuesta CORRECTA

a) Los tumores pT1a tratados mediante colecistectomía simple presentan excelentes resultados oncológicos y, en general, no requieren resección hepática adicional.
b) Todos los tumores pT1 precisan hepatectomía derecha ampliada.
c) La afectación exclusiva de la lámina propia obliga a linfadenectomía regional.

d) La reintervención quirúrgica está indicada independientemente del estadio tumoral

215. Respecto a la colecistectomía precoz en la colecistitis aguda, señale la afirmación CORRECTA:

a) Debe realizarse exclusivamente durante las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas.
b) Superadas las 72 horas, las guías recomiendan diferir sistemáticamente la cirugía al menos seis semanas.
c) En pacientes candidatos a cirugía, la colecistectomía laparoscópica precoz continúa siendo la estrategia recomendada incluso cuando han transcurrido más de 72 horas desde el inicio de los síntomas, siempre que exista experiencia quirúrgica.
d) La duración de los síntomas constituye la principal contraindicación para la cirugía laparoscópica.

216. En relación con el síndrome de Mirizzi, señale la afirmación CORRECTA:

a) La clasificación de Csendes establece cinco tipos en función del grado de destrucción de la pared del conducto biliar y de la presencia de fístula colecistoentérica.
b) La clasificación de Mirizzi se basa exclusivamente en el diámetro del colédoco.
c) El síndrome de Mirizzi tipo I se caracteriza por la existencia de una fístula colecistocoledociana que afecta a más de dos tercios de la circunferencia del conducto biliar.
d) La CPRE constituye el tratamiento definitivo en todos los tipos.

217. ¿Cuál de los siguientes hallazgos incrementa de forma independiente el riesgo de malignidad en un pólipo vesicular de 8 mm?

a) Sexo masculino aislado.
b) Edad mayor de 60 años.
c) Litiasis vesicular aislada.
d) Índice de masa corporal superior a 30 kg/m².

218. Respecto a la colecistitis alitiásica, señale la afirmación CORRECTA:

a) Representa la forma más frecuente de colecistitis aguda.
b) Aparece predominantemente en pacientes críticos y presenta mayor mortalidad que la colecistitis litiásica.
c) La presencia de cálculos pequeños constituye un requisito diagnóstico.
d) La ecografía tiene escasa utilidad diagnóstica.

219. Respecto al drenaje de la vesícula biliar en pacientes con colecistitis aguda no candidatos a cirugía, señale la afirmación CORRECTA:

a) El drenaje percutáneo ha sido completamente sustituido por el drenaje guiado por ecoendoscopia.
b) El drenaje guiado por ecoendoscopia constituye una alternativa válida en centros con experiencia, con resultados comparables o superiores al drenaje percutáneo en pacientes seleccionados.
c) El drenaje transpapilar mediante CPRE constituye el procedimiento de elección universal.

d) Ninguna técnica de drenaje ha demostrado utilidad clínica.

220. Respecto a la Critical View of Safety (CVS) descrita por Steven M. Strasberg para la colecistectomía laparoscópica, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se considera conseguida cuando se identifican claramente el colédoco y la arteria hepática propia.
b) Requiere la disección completa del triángulo hepatocístico, la separación del tercio inferior de la vesícula del lecho hepático y la identificación exclusiva de dos estructuras que penetran en la vesícula.
c) Su objetivo principal es disminuir la incidencia de hemorragia intraoperatoria.
d) Una colangiografía intraoperatoria normal equivale a obtener una Critical View of Safety adecuada.

221. ¿Cuál de las siguientes variantes anatómicas del árbol biliar se asocia con mayor riesgo de lesión durante la colecistectomía laparoscópica?

a) Conducto cístico corto con desembocadura paralela al conducto hepático común.
b) Conducto cístico largo con inserción lateral.
c) Duplicación vesicular.
d) Vesícula en gorro frigio.

222. Respecto al carcinoma incidental de vesícula biliar pT1b, señale la afirmación CORRECTA:

a) La colecistectomía simple se considera suficiente en todos los casos.
b) Existe consenso en que debe valorarse una resección hepática complementaria asociada a linfadenectomía regional debido al riesgo de enfermedad residual y afectación ganglionar.
c) El tratamiento de elección consiste exclusivamente en quimioterapia adyuvante.
d) La reintervención únicamente está indicada cuando existe afectación del conducto cístico.

223. Respecto a la colecistectomía subtotal, señale la respuesta CORRECTA:

a) Constituye una técnica desaconsejada por las guías actuales.
b) Es una estrategia de rescate ("bail-out procedure") recomendada cuando no puede identificarse con seguridad la anatomía del hilio vesicular.
c) Presenta menor riesgo de fuga biliar que la colecistectomía total.
d) Su principal indicación es el carcinoma de vesícula.

224. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la colangiografía intraoperatoria es CORRECTA?

a) Ha demostrado eliminar completamente el riesgo de lesión de la vía biliar.
b) Su realización sistemática está recomendada de forma universal por todas las sociedades científicas.
c) Facilita la identificación anatómica y puede permitir el diagnóstico precoz de una lesión biliar, aunque no sustituye a la obtención de una adecuada Critical View of Safety.
d) Debe evitarse cuando existe sospecha de coledocolitiasis.

225. Respecto a la clasificación de Strasberg de las lesiones iatrogénicas de la vía biliar, señale la afirmación CORRECTA:

a) La lesión tipo A corresponde a una sección completa del conducto hepático común.
b) La lesión tipo B consiste en la oclusión de un conducto biliar aberrante, generalmente el hepático derecho.
c) La lesión tipo E comprende exclusivamente fugas biliares del muñón cístico.
d) La clasificación de Strasberg únicamente se aplica a lesiones producidas durante cirugía abierta.

226. Respecto al tratamiento de una fuga biliar tipo A de Strasberg tras colecistectomía laparoscópica, señale la respuesta CORRECTA:

a) La reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía constituye el tratamiento inicial de elección.
b) El tratamiento endoscópico mediante CPRE con esfinterotomía y/o colocación de prótesis biliar constituye la estrategia terapéutica de elección en la mayoría de los casos.
c) Debe realizarse siempre una hepatectomía parcial.
d) El tratamiento conservador aislado consigue el cierre de prácticamente todas las fugas.

227. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una indicación aceptada de procedimiento de rescate ("bail-out procedure") durante una colecistectomía laparoscópica?

a) Colelitiasis asintomática.
b) Imposibilidad de obtener una visión crítica de seguridad debido a inflamación intensa o distorsión anatómica del triángulo hepatocístico.
c) Presencia de un pólipo vesicular de 6 mm.
d) Vesícula escleroatrófica sin adherencias.

228. Según las Tokyo Guidelines 2018, ¿cuál de los siguientes hallazgos NO forma parte de los criterios diagnósticos de colangitis aguda?

a) Evidencia de inflamación sistémica.
b) Datos de colestasis.
c) Hallazgos de imagen compatibles con obstrucción o dilatación biliar.
d) Confirmación microbiológica mediante hemocultivos positivos.

229. Respecto a la estratificación de gravedad de la colangitis aguda según las Tokyo Guidelines 2018, señale la afirmación CORRECTA:

a) La hipotensión que requiere vasopresores define una colangitis grado III.
b) La bilirrubina superior a 5 mg/dL constituye por sí sola un criterio de gravedad grado III.
c) Toda colangitis con dilatación del colédoco debe clasificarse como grado III.
d) La edad superior a 75 años constituye un criterio de disfunción orgánica.

230. Según la guía de la ESGE sobre coledocolitiasis, ¿qué estrategia diagnóstica se recomienda en pacientes con probabilidad intermedia de presentar cálculos en la vía biliar principal?

a) CPRE diagnóstica inmediata.
b) Colecistectomía sin estudios adicionales.
c) Ecoendoscopia o colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) antes de indicar una CPRE.
d) Colangiografía transparietohepática.

231. Respecto a la CPRE en la coledocolitiasis, señale la respuesta CORRECTA:

a) Debe utilizarse como prueba diagnóstica inicial en todos los pacientes con sospecha de coledocolitiasis.
b) Actualmente su principal indicación es terapéutica.
c) Ha sustituido completamente a la ecoendoscopia en el diagnóstico.
d) Presenta una tasa de pancreatitis post-CPRE inferior al 0,5 %.

232. En relación con la pancreatitis post-CPRE, señale cuál de las siguientes medidas ha demostrado reducir su incidencia en pacientes de riesgo.

a) Antibioterapia profiláctica sistemática.
b) Administración rectal de antiinflamatorios no esteroideos inmediatamente antes o después del procedimiento.
c) Colocación rutinaria de prótesis biliares metálicas.
d) Suspensión del contraste yodado.

233. Respecto a la colangitis esclerosante primaria (CEP), señale la respuesta CORRECTA:

a) Los anticuerpos antimitocondriales están presentes en más del 90 % de los pacientes.
b) La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) constituye la prueba de imagen inicial de elección para el diagnóstico.
c) La CPRE debe realizarse sistemáticamente como primera exploración diagnóstica.
d) La afectación exclusiva de la vía biliar extrahepática excluye el diagnóstico.

234. ¿Cuál de las siguientes asociaciones es la más frecuente en pacientes con colangitis esclerosante primaria?

a) Hepatitis autoinmune.
b) Enfermedad de Crohn.
c) Colitis ulcerosa
d) Enfermedad celíaca.

235. Respecto al tratamiento farmacológico de la colangitis esclerosante primaria, señale la afirmación CORRECTA:

a) El ácido ursodesoxicólico a dosis elevadas ha demostrado mejorar la supervivencia y se recomienda de forma sistemática.
b) Actualmente no existe ningún tratamiento farmacológico que haya demostrado modificar de forma concluyente la historia natural de la enfermedad.
c) Los corticoides constituyen el tratamiento estándar de mantenimiento.

d) El ácido obeticólico constituye el tratamiento de primera línea.

236. Respecto a la colangitis biliar primaria (CBP), señale la respuesta CORRECTA:

a) Se caracteriza por fibrosis periductal concéntrica de los conductos biliares principales.
b) El marcador serológico más característico es la presencia de anticuerpos antimitocondriales (AMA).
c) La CPRM constituye un criterio diagnóstico imprescindible.
d) La asociación con enfermedad inflamatoria intestinal es más frecuente que en la población general.

237. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea recomendado para la colangitis biliar primaria?

a) Prednisona.
b) Azatioprina.
c) Ácido ursodesoxicólico.
d) Ácido obeticólico.

238. Respecto al colangiocarcinoma perihiliar, señale la afirmación CORRECTA:

a) La clasificación de Bismuth-Corlette se basa exclusivamente en el tamaño tumoral.
b) El tipo I afecta a la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo.
c) La clasificación de Bismuth-Corlette describe la extensión proximal del tumor en relación con la bifurcación biliar.
d) El tipo IV se limita al conducto hepático común.

239. En pacientes con una estenosis biliar indeterminada, ¿cuál de las siguientes técnicas proporciona el mayor rendimiento diagnóstico cuando la citología obtenida mediante CPRE resulta negativa?

a) Repetir la citología por cepillado exclusivamente.
b) Ecoendoscopia con punción-aspiración (EUS-FNA/FNB), especialmente en estenosis distales o lesiones extrínsecas.
c) Gammagrafía hepatobiliar.
d) Radiografía simple de abdomen.

240. Respecto a las prótesis biliares metálicas autoexpandibles (SEMS), señale la respuesta CORRECTA:

a) Las prótesis plásticas presentan mayor permeabilidad que las SEMS.
b) En la obstrucción biliar maligna irresecable, las SEMS son preferibles a las prótesis plásticas debido a su mayor permeabilidad y menor necesidad de recambios.
c) Las SEMS están contraindicadas en cualquier paciente con expectativa de vida superior a tres meses.
d) Las SEMS recubiertas pueden retirarse fácilmente mediante CPRE en todos los casos.

241. En relación con el drenaje biliar preoperatorio en el colangiocarcinoma hiliar potencialmente resecable, señale la afirmación CORRECTA:

a) Debe realizarse sistemáticamente en todos los pacientes.

b) Solo está indicado en situaciones seleccionadas, como colangitis, insuficiencia hepática o cuando se prevé un retraso significativo hasta la cirugía.
c) Está contraindicado por no aumentar la supervivencia.
d) Debe efectuarse exclusivamente mediante drenaje transparietohepático.

242. Respecto a la colangioscopia peroral, señale la respuesta CORRECTA:

a) Su principal indicación es el tratamiento de la pancreatitis aguda.
b) Permite la visualización directa de la vía biliar y la obtención de biopsias dirigidas en estenosis biliares indeterminadas.
c) Ha sustituido completamente a la ecoendoscopia.
d) No ofrece ventajas respecto al cepillado citológico convencional.

243. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye una indicación aceptada de litotricia intraductal mediante colangioscopia?

a) Coledocolitiasis única de 4 mm.
b) Litiasis biliar compleja que no puede extraerse mediante las técnicas convencionales de CPRE.
c) Colangitis biliar primaria.
d) Estenosis benigna del hepático común.

244. Respecto a las estenosis biliares benignas, señale la afirmación CORRECTA:

a) Las prótesis metálicas no recubiertas constituyen el tratamiento estándar.
b) El tratamiento endoscópico suele basarse en dilatación y colocación secuencial de múltiples prótesis plásticas o SEMS totalmente recubiertas en casos seleccionados.
c) La cirugía es obligatoria en todos los pacientes.
d) La ecoendoscopia constituye el tratamiento definitivo.

245. Respecto a las complicaciones de la CPRE, señale la respuesta CORRECTA:

a) La hemorragia es la complicación más frecuente.
b) La pancreatitis aguda constituye la complicación más frecuente y clínicamente relevante.
c) La perforación ocurre con mayor frecuencia que la pancreatitis.
d) La bacteriemia constituye la complicación más habitual.

246. Respecto a las estenosis biliares tras el trasplante hepático, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las estenosis anastomóticas suelen asociarse a isquemia arterial difusa.
b) Las estenosis anastomóticas constituyen la complicación biliar más frecuente tras el trasplante hepático y el tratamiento inicial suele ser endoscópico.
c) Todas las estenosis postrasplante requieren reconstrucción quirúrgica inmediata.
d) La Colangio-RM carece de utilidad diagnóstica.

247. En relación con el drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (EUS-BD), señale la afirmación CORRECTA:

a) Constituye la técnica de primera elección en todos los pacientes con ictericia obstructiva.

b) Está indicado especialmente cuando la CPRE ha fracasado o no es técnicamente posible, siempre que exista experiencia.
c) Ha sustituido completamente al drenaje transparietohepático.
d) Solo puede realizarse en estenosis benignas.

248. Respecto al colangiocarcinoma asociado a colangitis esclerosante primaria, señale la respuesta CORRECTA:

a) El riesgo es similar al de la población general.
b) El riesgo acumulado está significativamente incrementado, especialmente durante los primeros años tras el diagnóstico de la enfermedad.
c) El ácido ursodesoxicólico elimina el riesgo de colangiocarcinoma.
d) La vigilancia mediante imagen no está recomendada.

249. ¿Cuál de los siguientes marcadores tumorales presenta mayor utilidad clínica, aunque limitada, en el seguimiento del colangiocarcinoma?

a) Alfa-fetoproteína.
b) Antígeno carcinoembrionario (CEA).
c) CA 19-9.
d) CA 125.

250. Respecto a la profilaxis antibiótica en la CPRE, señale la respuesta CORRECTA:

a) Debe administrarse sistemáticamente a todos los pacientes.
b) Está recomendada cuando se prevé un drenaje biliar incompleto o existe riesgo elevado de infección.
c) Está indicada exclusivamente en pacientes con pancreatitis aguda.
d) La administración de antibióticos elimina el riesgo de colangitis post-CPRE.

251. Según las recomendaciones actuales de la ESGE, en un paciente con coledocolitiasis y vesícula biliar in situ, tras una CPRE terapéutica satisfactoria, la actitud recomendada es:

a) No realizar colecistectomía si la vía biliar ha quedado completamente limpia.
b) Indicar colecistectomía laparoscópica durante el mismo ingreso hospitalario o de forma precoz, salvo contraindicación.
c) Realizar una nueva CPRE de control antes de plantear la cirugía.
d) Mantener tratamiento con ácido ursodesoxicólico de forma indefinida como alternativa a la cirugía.

252. En un paciente con proctosigmoiditis ulcerosa con actividad leve-moderada:

a) Se recomienda emplear 5-ASA oral a dosis mayor o igual a 2g al día en monoterapia.
b) Se recomienda asociar 5-ASA tópico al tratamiento con 5-ASA oral.
c) Se debe asociar azatioprina al tratamiento con 5-ASA para inducir la remisión.
d) Un valor de calprotectina en heces > 250 ug/g es indicación de tratamiento con corticoides.

253. En relación con el tratamiento de la enfermedad de Crohn, señale la FALSA:

a) El infliximab está indicado en el tratamiento de la enfermedad perianal compleja.

b) Se recomienda el uso de 5-ASA para inducir la remisión de formas leves.
c) El infliximab está indicado para inducir la remisión en pacientes con enfermedad moderada que no responden a tratamiento convencional.
d) El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal que se une a la subunidad p40 del as interleucinas IL-12 e IL-13.

254. Varón de 45 años con pancreatitis crónica que presenta una litiasis intraductal de 5 mm en la cabeza del páncreas. ¿Cuál es la indicación principal para realizar un procedimiento terapéutico sobre esa litiasis?

a) Si presenta insuficiencia pancreática exocrina.
b) Si asocia diabetes mellitus.
c) Si presenta dolor leve controlado con analgesia.
d) Si presenta dolor diario que precisa de mórficos.

255. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las manifestaciones extraintestinales en la enfermedad inflamatoria intestinal es CORRECTA?

a) La artropatía periférica poliarticular tipo 2 es independiente de la actividad de la enfermedad.
b) El 40% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal tiene datos radiológicos de sacroileitis.
c) Ustekinumab es de elección en el tratamiento del pioderma gangrenoso.
d) Vedolizumab es el fármaco más adecuado para tratar la artropatía periférica.

256. ¿Cuál de las siguientes opciones NO es una indicación de cribado de enfermedad celíaca?

a) Fibromialgia.
b) Diarrea crónica.
c) Elevación persistente de transaminasas.
d) Dermatitis herpetiforme.

257. ¿Una de las siguientes opciones NO es una indicación de drenaje guiado por ecoendoscopia de una colección necrótica organizada:

a) Obstrucción biliar.
b) Obstrucción al vaciamiento gástrico.
c) Tamaño > 10 cm.
d) Sospecha de infección con evolución desfavorable con tratamiento médico.

258. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con la enfermedad hepática poliquística?

a) El ácido ursodeoxicólico disminuye el volumen hepático.
b) Aumento de la concentración de CA 19.9 en suero.
c) Mayor beneficio del tratamiento con análogos de somatostatina en varones.
d) El tratamiento con estrógenos disminuye el volumen hepático.

259. ¿Cuál de las asociaciones siguientes sobre la colangitis esclerosante primaria (CEP) es FALSA?

a) CEP de pequeño conducto – mal pronóstico.
b) CEP de grandes conductos – aumento de IgG4 en suero < 1.5 x.
c) Prurito – bezafibrato terapia primera línea.
d) Sexo femenino – buen pronóstico.

260. ¿En cuál de las situaciones siguientes está indicado el tratamiento con rifaximina?

a) Tratamiento de la encefalopatía hepática subclínica si no tolera o fallan los disacáridos.
b) Profilaxis secundaria tras el primer episodio de encefalopatía hepática clínica en combinación con lactulosa.
c) Profilaxis primaria de la encefalopatía hepática post-TIPS electivo en pacientes sin encefalopatía hepática clínica previa.
d) a) y b).

261. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con las pruebas no invasivas de fibrosis, como el FIB-4?

a) Mayor precisión para diagnosticar fibrosis avanzada en poblaciones de baja prevalencia.
b) Mayor precisión para descartar fibrosis avanzada en poblaciones de alta prevalencia.
c) Las variables que componen el FIB-4 son la edad, ALT, GGT y plaquetas.
d) Falsos positivos del FIB-4 en > 65 años.

262. La respuesta al ácido ursodeoxicólico en la colangitis biliar primaria se relaciona con uno de los siguientes factores:

a) Disminuye con la edad.
b) Peor en varones.
c) Independiente de la dosis.
d) Mejor en presencia de anticuerpo anti-gp210.

263. ¿Cuál es la causa más frecuente de síndrome de Budd-Chiari?

a) Déficit de anti-trombina.
b) Déficit de proteína C.
c) Neoplasias mieloproliferativas.
d) Idiopática.

264. ¿Cuál de los factores siguientes NO se considera para decidir el tratamiento de un adenoma hepático?

a) Sexo.
b) Tamaño.
c) Patrón de progresión.
d) Etiología.

265. En un paciente con cirrosis y fallo renal agudo (AKI), ¿cuál de los siguientes hallazgos NO es propio de síndrome hepatorrenal tipo 1 (HRS-AKI)?

a) Relacionado con peritonitis bacteriana espontánea.
b) Respuesta a la infusión intravenosa de albúmina (1g/kg/día) durante al menos 2 días.
c) Hematuria < 50 células por campo.
d) Proteinuria < 500 mg/día.

266. ¿Cuál es el fármaco, o su combinación, que escogería en nuestro medio actualmente para tratar a un paciente varón de 60 años con cirrosis por virus C, Child-Pugh A-6, hepatocarcinoma con trombosis portal tumoral y hemorragia por varices esofágicas hace 4 meses?

a) Atezolizumab más bevacizumab.
b) Nivolumab.
c) Sorafenib.
d) Tramiento sistémico contraindicado.

267. ¿Cuál de los factores siguientes NO se tiene en cuenta para decidir utilizar TACE para tratar un carcinoma hepatocelular en un paciente con cirrosis?

a) Presencia de ascitis.
b) Tamaño del nódulo mayor.
c) Trombosis venosa portal no tumoral.
d) Alfa-fetoproteína.

268. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA en relación con el heterocigoto compuesto del gen HFE, C282Y/H63D?

a) La sobrecarga férrica es patognomónica de la hemocromatosis.
b) Asociación frecuente a alteración leve en los parámetros del metabolismo del hierro.
c) No comporta aumento del riesgo de cirrosis, aún asociada a factores de riesgo ambientales.
d) Todas las anteriores son falsas.

269. ¿En cuáles de las siguientes situaciones de pacientes asintomáticos con pólipos en la vesícula biliar debe considerarse la colecistectomía?

a) Pólipo único < 5 mm.
b) Pólipo único de 8 mm en > 60 años.
c) Pólipo único < 5 mm junto con colelitiasis.
d) Ninguna de las anteriores.

270. Respecto a los marcadores tumorales del páncreas, señale la respuesta CORRECTA:

a) El anticuerpo monoclonal antígeno carbohidrato 19.9 ha demostrado utilidad en el diagnóstico del adenocarcinoma de páncreas.
b) El anticuerpo monoclonal antígeno carbohidrato 19.9 no es útil para predecir la aparición de recidiva.

c) Un nuevo marcador que se asocia a la presencia de la proteína tirosina-cinasa AXL aparece en las fases avanzadas de la enfermedad.
d) La combinación de las dos proteínas, CA 19.9 y AXL, determina la presencia de células cancerosas con una sensibilidad del 90%.

271. Señale la respuesta FALSA:

a) El páncreas exocrino es una glándula tubuloacinosa, de secreción serosa que produce diariamente unos 1200 ml de fluido rico en bicarbonato proenzimas digestivas.
b) El páncreas endoscrino constituye la mayor parte del tejido pancreático (80%).
c) El páncreas endocrino está formado por agregados esféricos de unos 2000 a 3000 células, los islotes de Langerhans, que representan menos del 5% de la glándula.
d) Los islotes de Langerhans se sitúan fundamentalmente en la cola.

272. Señale la respuesta CORRECTA con respecto a los islotes de Langerhans:

a) Existen 9 tipos de células que forman los islotes.
b) Las células Beta son las más frecuentes y disminuyen los niveles de glucosa en sangre.
c) Las células Delta son las más frecuentes e inhiben la gluconeogénesis.
d) Las células G sólo se encuentra en la cabeza del páncreas y estimulan la producción de ácido clorhídrico por las células parietales del estómago.

273. Con respecto a la embriología del páncreas, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las anomalías congénitas pancreáticas se detectan generalmente en la edad adulta.
b) El páncreas se origina en la parte posterior del intestino anterior.
c) Los patrones de expresión anormal del gen Hedgehog se asocia al páncreas divisum.
d) El páncreas divisum incompleto es el subtipo más frecuente.

274. Con respecto al páncreas anular, señale la respuesta FALSA:

a) Es la anomalía pancreática más frecuente en la edad pediátrica.
b) Más de la mitad de los pacientes presentan clínica obstructiva alta en el período neonatal.
c) Se puede asociar a otros trastornos como la atresia duodenal o esofágica, S. Down o divertículo de Meckel.
d) En los adultos es habitual la ictericia secundaria a la obstrucción biliar.

275. Señale la respuesta FALSA con respecto al páncreas ectópico:

a) La ecoendoscopia constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico diferencial.
b) La clínica dependerá de la localización siendo la más frecuente el estómago.
c) Se asocia también con el desarrollo de tumores por lo que se recomienda la resección quirúrgica siempre.
d) Se caracteriza por ser una lesión de base ancha y bordes lisos, que depende habitualmente de la submucosa y que presenta una umbilicación central clásica.



276. Señale la respuesta FALSA con respecto a la secreción pancreática:

a) La secreción está reguladad por un mecanismo neurohormonal complejo en el que intervienen múltiples hormonas y neuropéptidos.
b) Las enzimas se clasifican en 4 grupos: glucolíticas, lipolíticas, proteolíticas y nucleolíticas.
c) Todas las enzimas son liberadas en forma activa.
d) Las enzimas proteolíticas y las fosfolipasa son liberadas en forma de proenzimas.

277. Señale la respuesta CORRECTA relacionada con la fisiopatología de la pancreatitis.

a) Mutaciones asociadas a la activación del tripsinógeno constituyen un factor importante en el desarrollo de la pancreatitis.
b) La pancreatitis se produce por el bloqueo intrapancreático de las enzimas.
c) Los mecanismos de autofagia no han demostrado tener un papel relevante.
d) El bloqueo de la liberación de la IL-10 podrían mejorar los efectos no deseables dela inflamación generalizada.

278. Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a las pancreatitis agudas en la infancia:

a) El diagnóstico de pancreatitis aguda en la infancia ha aumentado considerablemente en las últimas dos décadas.
b) En la infancia, se diagnostican con la misma frecuencia que en la edad adulta.
c) Las pancreatitis agudas en la infancia tienen más riesgo de complicaciones y mortalidad.
d) Los niños con pancreatitis aguda recurrente o pancreatitis crónica suelen tener más factores de riesgo genéticos o anatómicos en comparación con los adultos.

279. La fibrosis quística es una enfermedad multisistémica que se caracteriza por todas MENOS UNA de las afirmaciones siguientes:

a) Se acepta el diagnóstico cuando se cumplen dos criterios de los siguientes: afectación de un órgano diana, concentración cloruro en sudor > 60 mEq/l, 2 mutaciones patogénicas en cada alelo o potencial nasal anómalo.
b) La afectación pulmonar progresiva es la mayor causa de morbimortalidad.
c) Las pruebas de función respiratoria están alteradas antes de la aparición de síntomas.
d) Se trata de una enfermedad autosómica dominante que afecta al gen CFTR.

280. Señale la respuesta CORRECTA con respecto a la fibrosis quística:

a) Las mutaciones que afectan más al tránsito de bicarbonato tendrán una afectación digestiva más grave.
b) La afectación pancreática es infrecuente en la fibrosis quística clásica.
c) En la fibrosis quística, los quistes pancreáticos pueden llegar a ser de gran tamaño, afección que se conoce como cistosis.
d) a) y c).



281. Señale qué enfermedad NO se relaciona con la fibrosis quística:

a) Diabetes mellitus
b) Mucocele apendicular.
c) Azoospermia.
d) Celiaquía.

282. ¿Cuál es la PRIMERA causa de insuficiencia pancreática exocrina en la infancia?

a) S. Johanson-Blizzard.
b) Agesia pancreática.
c) S. Shwachwan-Diamond.
d) Fibrosis quística.

283. Señale la opción FALSA con respecto al páncreas divisum:

a) Se calcula que el páncreas divisum es sintomático al menos en el 50% de quienes lo presentan.
b) Ante la sospecha de páncreas divisum la primera prueba a realizar es la CPRE.
c) Las medidas intervencionistas terapéuticas deben reservarse para pacientes con pancreatitis aguda recurrente.
d) a) y b).

284. Señale qué criterio NO pertenece a la Clasificación Revisada de Atlanta para el diagnóstico de pancreatitis aguda.

a) Presencia de coledocolitiasis en una prueba de imagen.
b) Aumento de las enzimas pancreáticas (lipasa y/o amilasa) > 3 veces el límite superior de la normalidad.
c) Dolor abdominal en epigastrio e irradiado en cinturón.
d) Prueba de imagen compatible con pancreatitis aguda.

285. Indica qué parámetro NO pertenece a la escala BISAP (evaluada en las primeras 24h):

a) Nitrógeno ureico en sangre (BUN) > 25 mg/dL.
b) Edad > 60 años.
c) Derrame pericárdico.
d) Alteración nivel de la conciencia.

286. ¿Cuál es el primer estudio de imagen a realizar para diagnosticar la causa de la pancreatitis aguda?

a) Ecoendoscopia.
b) Ecografía abdominal.
c) TAC abdominal.
d) Colangio-RM.

287. La fluidoterapia es un pilar básico en el tratamiento de la pancreatitis aguda debido a que en ésta se produce un secuestro de líquidos por varios motivos. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Teniendo en cuenta la evidencia disponible actual, parece razonable aconsejar una fluidoterapia agresiva basada en objetivos.
b) La fluidoterapia con suero fisiológico parece la mejor alternativa para el tratamiento de la pancreatitis aguda.
c) El Ringer Lactato no ha demostrado reducir la PCR ni el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.
d) Ninguna de las opciones anteriores es correcta.

288. Señale la respuesta CORRECTA en el manejo médico de la pancreatitis aguda:

a) Se recomienda probar tolerancia oral al 4º día de ingreso hospitalario.
b) En aquellos pacientes que no toleren la dieta oral se reservará la nutrición enteral por sonda al 7º día.
c) La vía preferida de nutrición por sonda es la nasoyeyunal en todos los casos.
d) La anestesia epidural puede ser una alternativa en casos de dolor refractario sobre todo en las primeras 24-72h.

289. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Las guías de mayor prestigio en pancreatitis aguda se posicionan en contra del uso de la antibioticoterapia profiláctica.
b) En caso de pancreatitis aguda biliar sin colangitis se recomienda realizar la CPRE en las primeras 72h.
c) En el caso de pancreatitis aguda biliar con colangitis asociada se recomienda realizar la CPRE urgente (primeras 24h).
d) Todas las respuestas son correctas.

290. Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a las complicaciones locales de la pancreatitis aguda:

a) Las colecciones inflamatorias pancreáticas se clasifican según incluyan o no restos necróticos y según el tiempo de evolución.
b) La colección necrótica aguda precisa un mínimo de 4 semanas de evolución para su formación siempre.
c) Hasta el 25% de los pseudoquistes de hasta 10 cm de diámetro se resuelven sin intervención.
d) El síndrome de desconexión del ducto es una complicación infradiagnosticada que puede afectar a más del 30% de las pancreatitis necrotizantes.

291. Señale la respuesta FALSA con respecto a la infección de las colecciones peripancreáticas:

a) La infección es más característica de las colecciones necróticas.
b) Suele ser una complicación tardía que aparece a partir de la segunda o tercera semana de evolución.
c) Se recomienda confirmar el diagnóstico mediante una punción y cultivo de una muestra obtenida mediante punción con aguja fina de aspiración.



d) El hallazgo en un TAC de gas libre retroperitoneal lo confirmaría; sin embargo, este signo radiológico sólo se encuentra en el 40% de las necrosis infectadas.

292. Indique la respuesta FALSA con respecto al tratamiento de las colecciones peripancreáticas:

a) Está indicado realizar un tratamiento invasivo en las colecciones pancreáticas infectadas, cuando comprimen órganos o producen un síndrome compartimental.
b) Para disminuir el riesgo de fístula pancreatocutánea mediante un drenaje percutáneo se recomienda utilizar catéteres de pequeño calibre.
c) Un abordaje progresivo (step-up) con necrosectomía retroperitoneal mínimamente invasiva es preferible a la necrosectomía abierta.
d) La necrosectomía endoscópica es un método eficaz pero no está exento de complicaciones siendo el sangrado la más frecuente (18%).

293. Con respecto a las pancreatitis autoinmunes, señale la respuesta FALSA:

a) El subtipo 2, supone una manifestación más de la enfermedad relacionada con la IgG4.
b) El subtipo 1, se caracteriza por el desarrollo de una lesión epitelial granulocítica centrada en los conductos pancreáticos, sin elevación sérica de la IgG4.
c) Ambos subtipos se manifiestan por dolor, ictericia, episodios de pancreatitis agua y/o formación de seudomasas que suelen responder de forma rápida al tratamiento con corticoides.
d) a) + b)

294. ¿Cuál es la distribución geográfica predominante en la pancreatitis autoinmune tipo 1?

a) Distribución homogénea a nivel mundial.
b) Predominio en países occidentales.
c) Predominio en Asia.
d) Predominio exclusivo en Europa y África.

295. En cuanto al género predominante, ¿cómo se comporta la pancreatitis autoinmune tipo 2?

a) Predominio en mujeres.
b) Hombres y mujeres por igual.
c) Predominio en hombres (3:1).
d) Exclusivo del sexo masculino.

296. ¿Cuál es la manifestación clínica más frecuente en la pancreatitis autoinmune tipo 1 y 2?

a) Ictericia obstructiva.
b) Pancreatitis aguda.
c) Dolor abdominal crónico.
d) Pérdida de peso.



297. ¿Qué hallazgo histológico es exclusivo y característico de la pancreatitis autoinmune tipo 2?

a) Lesiones epiteliales granulocíticas.
b) Abundantes células IgG4 positivas (> 10/CGA).
c) Fibrosis estoriforme.
d) Flebitis obliterativa.

298. A nivel radiológico, ¿qué hallazgo es el más común en la pancreatitis autoinmune tipo 2?

a) Atrofia completa de la glándula (100%).
b) Quistes calcificados.
c) Engrosamiento difuso (40%).
d) Engrosamiento focal (85%).

299. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos para la pancreatitis crónica mediante ecoendoscopia se considera un criterio mayor A en la clasificación de Rosemont?

a) Conducto pancreático principal dilatado y arrosariado.
b) Lobularización en panal de abeja de toda la glándula.
c) Litiasis intraductal o parenquimatosa (al menos 3 mayores de 2mm).
d) Presencia de quistes pancreáticos.

300. ¿Qué factores NO están implicados a favor de la probabilidad de que se trate de una pancreatitis crónica?

a) Pancreatitis aguda recurrente.
b) Enolismo crónico con pancreatitis aguda.
c) Diabetes mellitus evolucionada.
d) La presencia de factores de riesgo genéticos de pancreatitis crónica.

301. De acuerdo con las recomendaciones de la Sociedad Catalana de Páncreas, ¿en cuál de las siguientes situaciones se considera obligatorio hacer un estudio genético en pacientes con pancreatitis crónica?

a) Paciente con pancreatitis crónica con familiar de primer o segundo grado con patología pancreática.
b) Paciente con pancreatitis crónica de inicio antes de los 35 años.
c) Paciente con pancreatitis crónica de etiología no filiada.
d) a) + b).

302. Un paciente con pancreatitis crónica presenta un control insuficiente del dolor con el escalón analgésico inicial de paracetamol y metamizol. ¿Cuál de los siguientes fármacos se recomienda en estos casos debdo a su utilidad demostrada para el manejo del dolor neuropático asociado?

a) Diclofenaco.
b) Pregabalina.
c) Tramadol.
d) Buprenorfina.

303. Un paciente con pancreatitis crónica presenta una estenosis biliar asintomática. ¿Cuál de las siguientes situaciones justificaría realizar un tratamiento invasivo sobre la estenosis?

a) Cirrosis biliar secundaria.
b) Colestasis transitoria.
c) Progresión clara de la estenosis biliar.
d) a) y c).

304. Un paciente con insuficiencia pancreática exocrina secundaria a una pancreatitis crónica inicia tratamiento enzimático sustitutivo con dosis estándar (50.000 UI en las comidas principales y 25.000 UI en las menores). Si tras un período de evaluación el paciente presenta una respuesta insuficiente, ¿cuál sería el siguiente paso terapéutico?

a) Suspender la terapia enzimática sustitutiva y realizar una cirugía del páncreas.
b) Doblar la dosis de las enzimas sustitutivas y asociar un IBP (omeprazol 20 mg /12).
c) Cambiar la dieta a una baja en carbohidratos.
d) Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro para el manejo del sobrecrecimiento bacteriano y posteriormente modificar las enzimas sustitutivas.

305. Las litiasis pancreáticas tienen una prevalencia muy alta en pacientes con pancreatitis crónica. ¿Cuál es la estrategia inicial recomendada por las guías internacionales según el tamaño de los cálculos?

a) El tratamiento endoscópico es de primera elección para resolver de forma definitiva los cálculos mayores de 10 mm.
b) El tratamiento endoscópico es de primer elección para resolver los cálculos menores de 5 mm.
c) La litrotricia extracorpórea es la primera opción recomendada para cálculos inferiores a 5 mm.
d) Independientemente del tamaño de los cálculos, se deben tratar inicialmente mediante pancreatoscopia con litotricia.

306. ¿Cuál de las siguientes opciones describe una ventaja del tratamiento endoscópico del seudoquiste frente al drenaje percutáneo?

a) El tratamiento endoscópico ha demostrado una mayor tasa de éxito clínico, menor tasa de reintervenciones y menor estancia hospitalaria.
b) El tratamiento endoscópico presenta una mayor estancia hospitalaria pero menos efectos adversos.
c) El drenaje percutáneo es superior al endoscópico en cuanto a costes y rapidez de resolución.
d) No existen diferencias significativas en la estancia hospitalaria ni en la necesidad de reintervención entre ambas técnicas.

307. ¿Cuáles son los dos mecanismos principales que conducen a la acumulación de grasa en el páncreas?

a) Hipercalcemia mantenida y la obstrucción mecánica del Wirsung.
b) La secreción excesiva de los adipocitos y la atrofia de las células acinares.

c) La muerte de las células acinares con su sustitución por adipocitos (reemplazo grado) y el aumento de la infiltración grasa en el órgano.
d) La metaplasia mucinosa de las células ductales y la necrosis pancreática aguda por el alcoholismo.

308. En referencia el diagnóstico radiológico de la grasa pancreática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Una de las limitaciones de la ecografía abdominal es que la fibrosis también es hiperecogénica.
b) Para la evaluación de la grasa pancreática mediante TAC, se prefiere el estudio con contraste.
c) En la RM, las imágenes potenciadas en T1 y T2 muestras hiperintensidad en comparación con un hígado normal.
d) La ecoendoscopia permite la aplicación de elastografía y proporciona una excelente visualización del páncreas, pero es una técnica invasiva.

309. Los siguientes factores de riesgo para desarrollar un adenocarcinoma de páncreas, condicionan un aumento importante del riesgo (x 2-3 veces), EXCEPTO uno:

a) Alcohol.
b) Raza negra.
c) Exposición al cadmio, arsénico y plomo.
d) Infección por el virus de la hepatitis B.

310. De acuerdo con los criterios de resecabilidad de la Guía de Práctica Clínica NCCN del adenocarcinoma de páncreas, ¿Cómo se clasifica un tumor pancreático que presenta un contacto con la VMS o la Vporta < 180º con irregularidad del contorno venoso o trombosis de la vena?

a) Resecable por tratarse de una afectación venosa.
b) Bordeline.
c) Irresecable localmente avanzado.
d) Irresecable metastásico.

311. Un paciente es intervenido de un tumor de páncreas de 3,5 cm, con metástasis de 2 ganglios linfáticos regionales sin evidencia de metástasis a distancia. De acuerdo con la American Joint Commitee (AJCC), ¿cuál es el estadío definitivo de este paciente?

a) Estadio IIB.
b) Estadio IB.
c) Estadio IIA.
d) Estadio III.

312. De las afecciones genéticas que pueden predisponer a desarrollar mayor riesgo de cáncer de páncreas, ¿cuál tiene un mayor riesgo relativo?

a) Pancreatitis hereditaria.
b) S. de Lynch.
c) S. Melanoma familiar con lunares atípicos múltiples.

d) S. Peutz-Jeghers.

313. ¿Cuál de las siguientes estructuras anatómicas NO forma parte de una duodenopancreatectomía cefálica (Whipple)?

a) La cabeza de páncreas y el proceso uncinado.
b) El duodeno, el primer segmento del yeyuno y el conducto biliar común.
c) El bazo y el colon transverso.
d) La vesícula y algunas veces el antro.

314. La fístula pancreática es la complicación más temible tras la DPC (Whipple). ¿Cuál de las siguientes acciones es INCORRECTA?

a) Se recomienda mantener al paciente sin ingesta oral para disminuir la secreción de jugos pancreáticos e iniciar nutrición parenteral si se prevé mantener esta estrategia más de 7 días.
b) Se debe iniciar una dieta hiperproteica cuanto antes para acelerar la cicatrización de la fístula.
c) El uso de análogos de somatostatina pueden ser útiles en fístulas de alto débito.
d) Si existe aumento de los reactantes de fase agua o fiebre, se recomienda una cobertura antibiótica de amplio espectro y cultivo de líquido pancreático.

315. ¿Cuál de los siguientes estudios demostró de forma revolucionaria que el esquema de poliquimioterapia con Folfirinox lograba una mediana de supervivencia global muy superior en comparación con la monoterapia con gemcitabina en el tratamiento adyuvante?

a) CONKO-01.
b) ESPAC-3.
c) ESPAC-4.
d) PRODIGE-24.

316. El esquema de poliquimioterapia con Folfirinox combina varios agentes citostáticos para potenciar la eficacia antitumoral frente al adenocarcinoma de páncreas a costa de aumentar la toxicidad. ¿Cuál es la asociación CORRECTA?

a) El oxaliplatino es un profármaco oral que destaca por su buen perfil de seguridad.
b) El irinotecán actúa como un inhibidor de la topoisomerasa I, se administra vía intravenosa y entre sus efectos adversos destaca la alopecia, diarrea, alteración pruebas función hepática y toxicidad hematológica.
c) El 5-fluorouracilo es un agente alquilante puro que genera enlaces cruzados entras las cadenas de ADG y se caracteriza por producir exclusivamente el síndrome palmo-plantar.
d) El oxaliplatino se administra vía subcutánea y presenta un buen perfil de seguridad hepático al no alterar las enzimas.

317. ¿Cuál de los siguientes factores se considera un INCONVENIENTE EXCLUSIVO de la quimioterapia neoadyuvante frente a la adyuvante?

a) Permite el tratamiento de la enfermedad micrometastásica desde el inicio.
b) Peor cumplimiento por secuelas o complicaciones tras la cirugía.

c) Pérdida de oportunidad de la cirugía si hay complicación por el tratamiento.
d) Imposibilidad para conseguir una mayor tasa de cirugía R0.

318. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA respecto a la epidemiología de los TNE pancreáticos (TNEp)?

a) La mayoría de los TNEp son malignos y alrededor del 60% tienen enfermedad mestastásica en el momento del diagnóstico.
b) La mayoría de los TNEp se asocian a síndromes familiares hereditarios siendo la neoplasia endocrina múltiple tipo 1 la más frecuente.
c) La mayoría de los TNEp son funcionantes siendo los insulinomas los más frecuentes.
d) Los insulinomas son tumores malignos en el 90% de los casos por lo que el pronóstico suele ser desfavorable.

319. Indique la relación INCORRECTA:

a) Insulinoma – hipoglucemia.
b) Glucagonoma – eritema necrolítico migratorio.
c) Gastrinoma – S. Zollinger-Ellison.
d) Somatostatinoma – aclorhidria.

320. Señale la opción INCORRECTA respecto a las neoplasias sólidas seudopapilares:

a) Es una entidad inusual que se diagnostica en edades tempranas y principalmente en mujeres.
b) Tienen una incidencia ligeramente mayor en la cola del páncreas.
c) Es característico que comuniquen con el conducto pancreático principal.
d) Tienen potencial de malignización por lo que se recomienda realizar un abordaje quirúrgico.

321. Señale la opción CORRECTA en relación a los TNE de pánreas quísticos:

a) Son lesiones bien delimitadas que comunican con el conducto pancreático principal.
b) Son ligeramente prevalentes en las mujeres.
c) Tienen un comportamiento menos agresivo que las lesiones puramente sólidas.
d) Al análisis citopatológico muestra un CEA y amilasa bajos y un índice de proliferación Ki-67 aumentado.

322. Señale la opción CORRECTA con respecto a las lesiones quísticas pancreáticas:

a) La neoplasia quística serosa se considera un tumor benigno de crecimiento muy lento y un bajo riesgo de malignización (< 1%) por lo que se recomienda una actitud conservadora.
b) Las lesiones quísticas mucinosas son más frecuentes en varones y debido a su potencial maligno se recomienda un abordaje quirúrgico sobre todo si tienen > 4 cm.
c) En la mayoría de los TPMI debido a su comunicación con el conducto pancreático principal producen síntomas.



d) Los TPMI de ramal principal se caracterizan por un Wirsung > de 10 mm.

323. De acuerdo con la clasificación de Todani, ¿cuál de los tipos se corresponde con la Enfermedad de Caroli caracterizada por una dilatación sacular o fusiforme aislada del árbol biliar intrahepático sin afectación extrahepática?

a) Tipo III.
b) Tipo II.
c) Tipo IVA.
d) Tipo V.

324. Las siguientes características del dolor son obligatorios para el diagnóstico de la disfunción del esfínter de Oddi para cumplir los criterios de Roma IV, EXCEPTO uno:

a) El dolor despierta al paciente por la noche.
b) El dolor está localizado en epigastrio o hipocondrio derecho con una duración, al menos, de 30 min.
c) El dolor no es diario.
d) El dolor se asocia al hábito intestinal en menos del 20% de las ocasiones.

325. Todos son factores de riesgo para desarrollar colelitiasis, EXCEPTO uno que se considera como un factor protector:

a) Multiparidad.
b) Café.
c) Análogos de somatostatina.
d) Ceftriaxona.

326. Según el algoritmo de la ASGE (2019) para la estratificación del riesgo de coledocolitiasis, los siguientes escenarios clasificación a un paciente de forma directa en la categoría de riesgo medio (10-50%), EXCEPTO uno. ¿Cuál es?

a) Alteración del perfil hepático.
b) Edad > 55 años.
c) Dilatación de la vía biliar.
d) Dilatación de la vía biliar >6 mm en pacientes con vesícula in situ o > 8 mm en colecistectomizados + bilirrubina > 4 mg/dL

327. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) La colecistitis alitiásica parece con más frecuencia en hombres y se relaciona principalmente con situaciones de gravedad.
b) La colecistitis enfisematosa es una variante muy frecuente causada por la infección de bacterias anaerobias productoras de gas como Clostridium perfringens.
c) La colecistitis xantogranulomatosa puede simular un cáncer de vesícula.
d) La vesícula en porcelana tiene un alto índice de degeneración maligna.

328. ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente la pentada de Reynolds?

a) Fiebre, dolor, ictericia, náuseas y signo de Murphy +.
b) Masa palpable en hipocondrio derecho e hipotensión.



c) Añade shock y alteración del sistema nervioso central (obnubilación y confusión) a la tríada de Charcot.
d) Se caracteriza por dolor, fiebre e ictericia y se asocia a formas leves.

329. Señale la respuesta CORRECTA con respecto a los colangiocarcinomas:

a) El colangiocarcinoma más frecuentes es el perihiliar (50-60%) seguido del distal (30-40%).
b) El patrón de crecimiento periductal infiltrante es el más frecuente (73%).
c) a) + b).
d) En los colangiocarcinomas intrahepáticos el crecimiento polipoide intraductas es el patrón de crecimiento más frecuente.

330. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA sobre los factores de riesgo de los colangiocarcinomas?

a) Los pacientes con malformaciones del tracto biliar como la Enfermedad de Caroli o quistes del colédoco tienen entre un 6% y un 30% de riesgo de sufrir un colangiocarcinoma.
b) La infección por Clonorchis sinensis es el principal factor de riesgo en Europa.
c) La colangitis esclerosante primaria es el principal factor de riesgo en Europa y su incidencia acumulada a los 30 años alcanza el 70%.
d) b) + c).

331. Señale la respuesta CORRECTA sobre las características de los adenomas de la vesícula biliar según el tipo citológico:

a) El tipo biliar se caracteriza por presentar de forma habitual displasia de bajo grado con mórulas escamosas.
b) El tipo foveolar es el más frecuente (82%) y se asocia habitualmente a litiasis.
c) El tipo pilórico es el menos frecuente, siendo más común en hombres con litiasis.
d) El tipo intestinal es el segundo más frecuente, muestra una morfología similar a los adenomas del colon y se asocia fenotípicamente al S. de Gardner.

332. La adenomiomatosis es una entidad relativamente frecuente que cursa de forma asintomática. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) Es mucho más frecuente en las mujeres.
b) La forma localizada o fúndica es la presentación más frecuente.
c) La forma segmentaria es el tipo que se asocia a colelitiasis y al cáncer.
d) El TAC es útil para diferenciar la adenomiomatosis del cáncer de vesícula al identificar el “signo del collar de perlas”.

333. De los siguientes agentes, indique el que NO está relacionado con el cáncer de vesícula:

a) Helicobacter pylori.
b) Estrógenos.
c) Alcohol.
d) Síndrome de Mirizzi.

334. Señale la respuesta CORRECTA con respecto al tratamiento del cáncer de vesícula:

a) Para los tumores T1a, la colecistectomía simple es el tratamiento de elección.
b) Para los tumores T1a y T1b, la colecistectomía simple es el tratamiento de elección.
c) Para los tumores T2 con la colecistectomía y linfadenectomía es suficiente.
d) Está justificada la resección sistemática de la vía biliar aunque no exista invasión de ésta dada la agresividad de esta neoplasia.

335. Las neoplasias ampulares son poco frecuentes pero son las responsables del 20% de las obstrucciones del conducto biliar principal. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) Son más frecuentes en los hombres de raza blanca.
b) Entre las neoplasias benignas se encuentran: lipoma, leiomioma y linfangioma.
c) Entre las neoplasias malignas se encuentran: adenocarcinoma, tumores neuroendocrinos y sarcomas.
d) No es infrecuente que en área periampular aparezcan metástasis de otros orígenes.

336. Dentro de los síndromes hereditarios polipósicos, ¿cuál es el que se asocia con más riesgo de desarrollar neoplasias ampulares?

a) S. Lynch.
b) S. Gardner.
c) Poliposis adenomatosa familiar, incluyendo la atenuada.
d) Poliposis asociada a MUTYH.

337. La CPRE suele ser el procedimiento terapéutico de elección para el drenaje de la vía biliar. Sin embargo, esta técnica puede no ser factible en todos los pacientes. Se define una papila de difícil canulación por los siguientes escenarios, EXCEPTO uno:

a) > 5 contactos con la papila intentando la canulación.
b) > 5 minutos intentando la canulación.
c) 1 canulación no intencionada del Wirsung.
d) La realización de una falsa vía con la guía.

338. Con respecto a la elastografía empleada en la ultrasonografía endoscópica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Puede ser de utilidad para guiar la punción con aguja hacia zonas con mayor probabilidad de malignidad y evitar el tejido necrótico.
b) No se espera que la elastografía sustituya a la toma de biopsias.
c) El color azul indica el tejido más rígido (sospechoso) mientras que el color rojo refleja el tejido más blando y elástico.
d) El color rojo refleja el tejido más sospechoso de malignidad y hacia donde hay que lanzar la aguja de punción.

339. Señale la opción INCORRECTA sobre el manejo del plexo celíaco guiadas por ecoendoscopia:

a) El bloqueo o la neurólisis del plexo celíaco es una opción terapéutica para el control del dolor en pacientes con pancreatitis crónica o neoplasias pancreáticas.
b) No se recomienda administrar antibioticoterapia profiláctica si se va a utilizar corticoides.
c) El bloqueo consiste en la administración de un anestésico con un corticoide, habitualmente triamcinolona.
d) Para realizar la neurólisis se emplea alcohol concentrado.

340. Señale la respuesta INCORRECTA con respecto a las complicaciones de las prótesis biliopancreáticas:

a) La disfunción de la prótesis es más frecuente y ocurre de una forma más precoz con las prótesis plásticas que con las prótesis metálicas.
b) El ingrowth (crecimiento tumoral intraprotésico) es más frecuente en las prótesis plásticas.
c) El overgrowth (obstrucción del extremo proximal) de una prótesis metálica secundaria a hiperplasia epitelial sucede hasta en un 5%.
d) La migración distal es la principal causa de disfunción de las prótesis metálicas totalmente cubiertas.

341. Paciente de 75 años que ingresa por colangitis aguda secundaria a una coledocolitiasis de 2 cm con morfología cuadrada y ubicada en el tercio proximal del colédoco. ¿Cómo actuaría?

a) Debido a las características del cálculo remitiría al paciente a cirugía directamente.
b) Haría un intento de CPRE mediante litotricia mecánica y si no se puede dejaría una prótesis plástica biliar y remitiría al paciente para realizar litotricia extracorpórea.
c) Dada la baja probabilidad de éxito mediante técnicas convencionales, tendría preparado el colangioscopio para realizar una litotricia electrohidraúlica como primera opción.
d) Sólo haría la litotricia electrohidraúlica en un segundo tiempo si falla la esfinteroplastia y la litotricia mecánica.

342. En la hipertensión portal presinusoidal no cirrótica, ¿cuál suele ser el valor del gradiente de presión venosa hepática (HVPG)?

a) >20 mmHg.
b) >16 mmHg.
c) Normal o discretamente elevado.
d) Siempre >12 mmHg.

343. Paciente con albúmina, INR y bilirrubina normales, pero con hipertensión portal evidente (varices esofágicas grandes, esplenomegalia y trombocitopenia). No se objetiva trombosis portal y la biopsia hepática no muestra fibrosis significativa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Cirrosis criptogénica.
b) PSVD (porto-sinusoidal vascular disease).
c) Síndrome de robo de la vena esplénica.

d) Colangitis biliar primaria estadio 3.

344. ¿Cuál es el principal mecanismo por el que carvedilol reduce la presión portal?

a) Vasoconstricción esplácnica exclusivamente.
b) Disminución del gasto cardiaco exclusivamente.
c) Bloqueo β asociado a efecto vasodilatador intrahepático por antagonismo α1.
d) Inhibición del sistema renina-angiotensina.

345. Según la clasificación de Sarin, las varices gástricas aisladas localizadas exclusivamente en el fundus corresponden a:

a) GOV1.
b) GOV2.
c) IGV1.
d) IGV2.

346. ¿Qué procedimiento estaría indicado en el tratamiento de las varices gástricas si el paciente tiene un shunt gastrorrenal espontáneo?

a) Esplenectomía.
b) BRTO (Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration).
c) Derivación mesocava quirúrgica.
d) Esclerosis percutánea portal.

347. ¿Cuál fue uno de los efectos observados tras la implantación del MELD como sistema de asignación de órganos?

a) Incremento del 15 % de la mortalidad en lista de espera.
b) Disminución de la supervivencia postrasplante por priorizar a pacientes con hepatopatía excesivamente avanzada.
c) Disminución de la mortalidad en lista de espera sin afectar la supervivencia postrasplante.
d) Incremento del tiempo medio en lista de espera.

348. Respecto al papel del TIPS precoz (pre-emptive TIPS) en la hemorragia aguda por varices esofágicas, indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

a) Está indicado únicamente tras un episodio de resangrado durante el mismo ingreso.
b) Debe realizarse de forma preventiva en todos los pacientes Child-Pugh B con estigmas de riesgo de hemorragia variceal (“red wale spots”)
c) Está indicado en pacientes seleccionados de alto riesgo Child-Pugh C (10-13 puntos) y Child-Pugh B con sangrado activo.
d) Su principal beneficio consiste en reducir la encefalopatía hepática posthemorrágica.

349. Respecto a la colestasis intrahepática del embarazo (CIE), señale la afirmación correcta:

a) La elevación de fosfatasa alcalina sérica es el marcador diagnóstico más específico.
b) Los niveles séricos de ácidos biliares >40 µmol/L se han asociado con un aumento del riesgo de complicaciones fetales.

c) El prurito suele iniciarse en el primer trimestre y se acompaña de ictericia en más del 50% de los casos.
d) El bezafibrato es el tratamiento de primera elección en estos casos por su efecto sobre la colestasis y el prurito.

350. ¿Cuál de los siguientes hallazgos se considera más característico del hígado graso agudo del embarazo?

a) Presencia de intenso infiltrado portal constituido principalmente por macrófagos con lipofucsina.
b) Esteatosis macrovesicular predominantemente centrolobulillar secundaria a la deficiencia de LCHAD (long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase).
c) Esteatosis microvesicular difusa de los hepatocitos.
d) Necrosis hepática masiva con escaso infiltrado inflamatorio

351. Respecto a los autoanticuerpos en la colangitis biliar primaria, señale la afirmación correcta:

a) Los anticuerpos anti-gp210 se asocian a una evolución más favorable.
b) Los anticuerpos anti-Sp100 son específicos de CBP pero carecen de valor pronóstico.
c) Los anticuerpos anti-gp210 se han asociado a progresión más rápida de la enfermedad
d) Los AMA-M2 sólo aparecen en estadios avanzados.

352. ¿Cuál de las siguientes complicaciones extrahepáticas se asocia frecuentemente con la CBP?

a) Enfermedad de Crohn.
b) Miastenia gravis.
c) Esclerosis múltiple.
d) Síndrome seco (Sjögren).

353. ¿Cuál es la principal utilidad clínica de determinar el ARN-VHC en la semana 4 de tratamiento con AAD?

a) Confirmar respuesta viral sostenida precoz.
b) Predecir con precisión el fracaso terapéutico.
c) Evaluar adherencia y documentar la evolución virológica.
d) Decidir la duración definitiva del tratamiento.
Schiff's Diseases of the Liver, 12.ª ed. Capítulo de Hepatitis C crónica.

354. En pacientes con VHC y cirrosis descompensada Child-Pugh B o C, ¿qué grupo de antivirales debe evitarse?

a) Inhibidores NS5A.
b) Sofosbuvir.
c) Inhibidores de proteasa.
d) Ribavirina.



355. ¿Cuál es la incidencia aproximada de reactivación del VHB en pacientes HBsAg positivos tratados con antivirales de acción directa frente al VHC?

a) 1,4%.
b) 5%.
c) 12%.
d) 24%.

356. Respecto a tenofovir alafenamida (TAF), señale la afirmación correcta:

a) Es menos eficaz que TDF (tenofovir disoproxil fumarato).
b) Tiene mayor toxicidad ósea.
c) Tiene menor toxicidad renal y ósea que TDF.
d) No debe utilizarse en mayores de 65 años.

357. En una embarazada que requiere tratamiento antiviral frente al VHB, ¿cuál es la opción adecuada?

a) Entecavir.
b) PegIFN.
c) TDF (tenofovir).
d) Lamivudina.

358. En un paciente con fracaso virológico a lamivudina, ¿cuál debería ser la estrategia alternativa?

a) Sustituir por interferón.
b) Sustituir por entecavir.
c) Incrementar la dosis de lamivudina a 150 mg/día.
d) Sustituir por tenofovir.

359. En un paciente naïve tratado con tenofovir durante 10 años, ¿qué patrón de resistencia se podría esperar?

a) No se han identificado mutaciones característica de resistencia a tenofovir.
b) Resistencia acumulada del 15%.
c) Mutación YMDD frecuente.
d) Patrón de resistencias similar a lamivudina.

360. En pacientes HBsAg (+) con viremia persistente a pesar del tratamiento con entecavir o tenofovir, la causa más frecuente es:

a) Resistencia primaria.
b) Mala adherencia.
c) Mutación pre-core.
d) Coinfección oculta por VHD.

361. Respecto a la hiperplasia nodular focal (HNF), señale la afirmación correcta:

a) Presenta riesgo de transformación maligna hasta en un 20% de casos.
b) En los casos con aumento progresivo de tamaño se debe tratar con antiangiogénicos.



c) Representa una respuesta hiperplásica a una anomalía vascular preexistente.
d) Se asocia al uso de anticonceptivos orales.

362. ¿Cuál es el hallazgo radiológico más característico de la HNF en resonancia magnética con contraste hepatobiliar?

a) Lavado portal precoz.
b) Cicatriz central con captación tardía.
c) Cápsula fibrosa periférica gruesa.
d) Restricción intensa en difusión.

363. ¿Cuál de los siguientes subtipos moleculares de adenoma hepatocelular presenta mayor riesgo de transformación maligna?

a) Adenoma inflamatorio.
b) Adenoma inactivado para HNF1A.
c) Adenoma mixto inflamatorio-HNF1A.
d) Adenoma con activación de β-catenina.

364. ¿Cuál es el principal factor predictor de hemorragia espontánea en un adenoma hepatocelular?

a) Sexo femenino.
b) Tamaño superior a 5 cm.
c) Presencia de esteatosis intralesional.
d) Identificación de la arteria nutricia del adenoma en el TAC con patron vascular.

365. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un paciente de 54 años con enfermedad poliquística hepática difusa y sintomática?

a) Ácido Ursodeoxicólico
b) Trasplante hepático
c) Resección segmentaria
d) Evacuaciones repetidas percutáneas del contenido de los quistes de mayor tamaño

366. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea del rechazo celular agudo moderado-severo que no ha respondido al incremento de dosis de anticalcineurínicos?

a) Bolos de corticoides intravenosos.
b) Plasmaféresis.
c) Rituximab.
d) Inmunoglobulina intravenosa.

367. ¿Cuál de las siguientes complicaciones se relaciona con uso de inhibidores mTOR en el postrasplante inmediato?

a) Trombosis portal.
b) Retraso en la cicatrización.
c) Hemólisis.
d) Hipotiroidismo.



368. ¿Qué inmunosupresor presenta el mayor riesgo de neurotoxicidad temprana postrasplante?

a) Azatioprina.
b) Micofenolato.
c) Tacrolimus.
d) Everolimus.

369. ¿Cuál es la principal toxicidad limitante del micofenolato mofetilo?

a) Fibrosis pulmonar.
b) Mielosupresión.
c) Diabetes postrasplante.
d) Neurotoxicidad.

370. ¿A partir de qué valor de HVPG (gradiente de presión venosa hepatica) aumenta significativamente el riesgo de hemorragia por varices y el desarrollo de ascitis?

a) ≥8 mmHg
b) ≥10 mmHg
c) ≥12 mmHg
d) ≥16 mmHg

371. ¿Cuál es el mecanismo hemodinámico central implicado en la fisiopatología del síndrome hepatorrenal?

a) Vasoconstricción esplácnica intensa.
b) Vasodilatación arterial esplácnica secundaria a hipertensión portal.
c) Hipertensión arterial sistémica.
d) Hipervolemia efectiva arterial.

372. En relación con el hidrotórax hepático, señale la respuesta correcta:

a) Habitualmente es bilateral.
b) Se produce por aumento de la permeabilidad pleural.
c) Es más frecuente en el hemitórax derecho.
d) La colocación de drenaje torácico permanente es el tratamiento de elección.

373. ¿Qué hallazgo en elastografía se asocia con una probabilidad superior al 90% de hipertensión portal clínicamente significativa?

a) Rigidez hepática >20 kPa y plaquetas <150.000/µL.
b) Rigidez hepática >25 kPa y cualquier cifra de plaquetas.
c) Rigidez hepática >25 kPa y plaquetas <110.000/µL.
d) Rigidez hepática >30 kPa y plaquetas <150.000/µL.

374. En un paciente con hipertensión portal presinusoidal pura, ¿cuál es la principal limitación diagnóstica de la medición del gradiente de presión portal?

a) Puede ser normal pese a existir hipertensión portal significativa.
b) Produce falsos positivos por el aumento del presión venosa hepatica libre.

c) Sobreestima la presión portal.
d) El cilindro de presión generado por la presión enclavada permite determinar con precisión los casos con sospecha de hipertensión presinusoidal pura

375. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico predominante en la colangiopatía por hipertensión portal?

a) Isquemia arterial biliar por la hipoperfusión hrombos.
b) Compresión extrínseca de la vía biliar por colaterales venosas.
c) Colangitis bacteriana recurrente.
d) Toxicidad directa por sales biliares.

376. Respecto a la genética de la enfermedad de Wilson, indique la afirmación correcta:

a) Está causada por mutaciones del gen HFE localizado en el cromosoma 6.
b) La mayoría de los pacientes presentan una única mutación heterocigota de ATP6B.
c) El gen ATP7B codifica la ATPasa transportadora responsable de la excreción biliar de cobre.
d) Existe una correlación genotipo-fenotipo suficientemente sólida como para predecir la evolución clínica individual.

377. Respecto al tratamiento farmacológico de la enfermedad de Wilson, señale la opción correcta:

a) El zinc actúa aumentando la excreción urinaria de cobre mediante quelación directa.
b) La trientina posee mayor riesgo de toxicidad hematológica que la D-penicilamina.
c) Una vez normalizados los parámetros bioquímicos puede suspenderse el tratamiento de mantenimiento
d) La D-penicilamina puede producir empeoramiento neurológico paradójico al inicio del tratamiento.

378. ¿Qué valor del cociente R define lesión colestásica?

a) <2.
b) 2-5.
c) >3.
d) >5.

379. ¿Qué fármaco se asocia a esteatosis microvesicular por toxicidad mitocondrial?

a) Acetaminofeno
b) Ácido valproico
c) Simvastatina
d) Bezafibrato

380. ¿Cual es la característica radiológica típica del hepatocarcinoma en los estudios dinámicos (TAC o RM con contraste)?

a) Hipocaptación arterial e hipercaptación portal.
b) Restricción en la difusión exclusivamente.
c) Hipercaptación arterial seguida de washout portal o tardío.

d) Captación homogénea persistente.

381. ¿Cuál es el factor histológico más estrechamente relacionado con recurrencia tumoral tras el trasplante hepático?

a) Grado de fibrosis hepática.
b) Invasión microvascular.
c) Ausencia de cápsula fibrosa.
d) Grado de diferenciación.

382. ¿Cuál es la principal ventaja de la radioembolización con Ytrio-90 frente a TACE?

a) Menor toxicidad hematológica.
b) Menor coste.
c) Su aplicabilidad en pacientes seleccionados con trombosis portal.
d) Su efecto terapeutico inmediato.

383. ¿Qué complicación de la cirrosis debe evaluarse prioritariamente antes de iniciar tratamiento con atezolizumab-bevacizumab?

a) Se debe realizar colonoscopia previa, dado el riesgo de colitis inmunomediada
b) Presencia de patología biliar, dado el riesgo incrementado de colangitis
c) Presencia de varices gastroesofágicas, dado el riesgo aumentado de hemorragia por hipertensión portal.
d) Hipotiroidismo, por el riesgo de complicaciones tiroideas autoinmunes.

384. ¿Qué combinación constituye el esquema STRIDE aprobado para HCC avanzado?

a) Durvalumab + tremelimumab.
b) Nivolumab + ipilimumab.
c) Pembrolizumab + lenvatinib.
d) Sorafenib + atezolizumab.

385. Varón de 58 años con cirrosis VHC compensada, Child-Pugh A5, MELD 8, PS 0. Presenta una lesión única de 4 cm con patrón radiológico típico de HCC. Plaquetas 85.000/µ L en relación a esplenomegalia. Medición de gradiente de presión portal: 18 mmHg. ¿Cuál es la estrategia terapéutica más adecuada?

a) Resección hepática.
b) Radiofrecuencia.
c) Trasplante hepático.
d) Sorafenib.

386. ¿Qué parámetro evalúa específicamente mRECIST para determinar la respuesta tumoral tras tratamiento loco-regional?

a) Disminución del volumen total tumoral.
b) Disminución del diámetro máximo global.
c) Tejido tumoral viable con captación arterial, con independencia de la necrosis.
d) Respuesta de AFP tras el tratamiento.

387. Paciente con progresión radiológica tras atezolizumab-bevacizumab y Child-Pugh A. ¿Cuál de las siguientes opciones tiene evidencia como tratamiento de segunda línea?

a) Cabozantinib.
b) Azatioprina.
c) Ciclofosfamida.
d) Bevacizumab en monoterapia.

388. ¿Cuál es la principal diferencia conceptual entre una terapia de bridging y una terapia de downstaging en pacientes con hepatocarcinoma?

a) El bridging sólo utiliza ablación por radiofrecuencia.
b) El downstaging sólo utiliza TACE.
c) El bridging mantiene al paciente dentro de criterios de transplantabilidad; el downstaging intenta reducir carga tumoral para lograr elegibilidad para trasplante.
d) Son estrategias comparables, sin diferencias clínica relevantes.

389. ¿Cuál de las siguientes enfermedades confiere uno de los mayores riesgos relativos de hepatocarcinoma?

a) Porfiria aguda intermitente.
b) Hemocromatosis hereditaria.
c) Déficit de alfa-1-antitripsina.
d) Enfermedad de Wilson.

390. ¿Cuál de los siguientes fármacos se ha asociado de manera consistente en estudios observacionales con una reducción del riesgo de hepatocarcinoma?

a) Ácido ursodesoxicólico.
b) Colchicina.
c) Azatioprina.
d) Estatinas.

391. ¿Cuál es el estadio BCLC de un paciente con cirrosis Child A y hepatocarcinoma multinodular bilateral sin invasión vascular?

a) BCLC 0.
b) BCLC A.
c) BCLC B.
d) BCLC C.

392. Tras inicio de la inmunoterapia en un paciente con hepatocarcinoma, la lesión diana aumenta de tamaño un 15% pero presenta marcada necrosis y desaparición parcial del realce arterial. ¿Cuál es la interpretación más adecuada?

a) Estabilidad de la lesion diana según mRECIST.
b) Respuesta parcial según mRECIST.
c) Fracaso terapéutico.
d) Progresión tumoral.

393. ¿Cuál es la etiología típica de fallo hepático agudo asociada a anemia hemolítica Coombs negativa?

a) Hepatitis E en embarazadas.
b) Hepatitis autoinmune.
c) Enfermedad de Wilson.
d) Hepatitis A hiperaguda.

394. Según los criterios de King's College para intoxicación por paracetamol, ¿cuál de los siguientes hallazgos constituye indicación de trasplante urgente por sí solo?

a) INR >2.
b) Bilirrubina >15 mg/dL.
c) pH arterial <7,30 tras reanimación adecuada.
d) ALT >5000 U/L.

395. En la clasificación de Bismuth-Corlette: ¿a qué tipo de colangicarcinoma corresponde un tumor que alcanza la confluencia de los conductos hepáticos derecho e izquierdo sin extenderse a ninguno de ellos?

a) Tipo I.
b) Tipo II.
c) Tipo IIIa.
d) Tipo IV.

396. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la biopsia percutánea de una lesión proliferativa biliar en un paciente con CEP y sospecha de colangiocarcinoma potencialmente trasplantable?

a) Es imprescindible para estimar el riesgo de recurrencia postrasplante.
b) En el contexto de un potencial trasplante es obligatoria para confirmar el diagnóstico.
c) En el escenario de un potencial trasplante la biopsia percutánea está contraindicada por riesgo de diseminación tumoral.
d) Tiene una sensibilidad superior al 95%.

397. ¿Qué ensayo estableció el beneficio de añadir durvalumab a gemcitabina-cisplatino como tratamientode primera linea en cancer biliar avanzado?

a) SHARP.
b) TOPAZ-1.
c) RESORCE.
d) BILCAP.

398. ¿Cuál es la sensibilidad aproximada del cepillado biliar convencional obtenido durante ERCP para diagnosticar colangiocarcinoma?

a) >95%.
b) 80-90%.
c) 30-60%.
d) <10%.



399. ¿Cuál es el patrón macroscópico más frecuente del colangiocarcinoma intrahepático?

a) Tumor formador de masa.
b) Neoplasia papilar.
c) Neoplasia infiltrante ductal.
d) Colangiocarcinoma polipoide.

400. ¿Qué hallazgo radiológico es más característico de colangiocarcinoma intrahepático que de hepatocarcinoma?

a) Washout portal intenso.
b) Cápsula tumoral típica.
c) Retracción capsular.
d) Esteatosis focal marcada.

401. ¿Cuál es actualmente el tratamiento estándar adyuvante tras resección curativa de colangiocarcinoma?

a) Sorafenib.
b) Capecitabina.
c) Gemcitabina sola.
d) Durvalumab.

402. En una paciente trasplantada hepática que desea quedarse embarazada ¿que fármaco inmunosupresor debe suspenderse con semanas-meses de antelación por sus efectos teratogénicos?

a) Tacrolimus
b) Ciclosporina
c) Micofenolato
d) Azatioprina

403. Una mujer de 52 años presenta fosfatasa alcalina elevada hasta tres veces los valores normales durante más de 6 meses y AMA-M2 positivos. ¿Cuál es la actitud diagnóstica más apropiada?

a) Antes de iniciar el tratamiento es obligatoria una biopsia hepática para confirmar el diagnóstico.
b) Puede tratarse de una colangitis esclerosante de pequeño ducto, por lo que la CPRE es imprescindible.
c) En los casos con patrón analítico y serologías compatibles el diagnóstico de CBP puede establecerse sin biopsia.
d) Realizar elastografía priritaria para confirmar el diagnóstico.

404. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos se asocia con peor pronóstico en la colangitis biliar primaria?

a) Anti-Ro52.
b) Anti-gp210.
c) Anti-Sm.



d) Anti-LKM1.

405. ¿Cuál de los siguientes fármacos ha demostrado beneficio bioquímico en colangitis biliar primaria??

a) Micofenolato mofetilo.
b) Bezafibrato.
c) Metotrexato.
d) Ciclosporina.

406. ¿Cuál es el tratamiento endoscópico de primera elección para una estenosis dominante sintomática en la colangitis esclerosante primaria?

a) Inserción de prótesis metálica autoexpandible durante meses.
b) Dilatación con balón.
c) Esfinterotomía aislada.
d) Litotricia intracanalicular.

407. ¿Cuál es el principal motivo por el que el ácido ursodesoxicólico a dosis altas (>28-30 mg/kg/día) no se recomienda en CEP?

a) Escaso beneficio bioquímico.
b) Incremento de eventos adversos y peor evolución clínica.
c) Riesgo de hipertensión portal.
d) Desarrollo de resistencia farmacológica.

408. Mujer de 56 años con fosfatasa alcalina 4 veces el límite superior de la normalidad, prurito, y fatiga con colangioresonancia normal, AMA negativos y anticuerpos anti-sp100 positivos. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) CEP de pequeño conducto.
b) Hepatitis autoinmune.
c) CBP AMA negativa.
d) Colangitis asociada a IgG4.

409. ¿Cuál de los siguientes autoanticuerpos se considera altamente específico de hepatitis autoinmune?

a) Anti-SLA/LP.
b) ANA centromérico
c) ASMA.
d) p-ANCA.

410. Respecto a la hepatitis autoinmune aguda grave:

a) Los niveles de IgG son patognomónicos y están elevados.
b) Los autoanticuerpos pueden ser inicialmente negativos.
c) El tratamiento consiste en azatioprina 1-2 mg/kg añadiendo posteriormente esteroides (1 mg/kg)
d) La biopsia hepática no suele ser necesaria porque el diagnóstico se establece con los autoanticuerpos característicos



411. Respecto a la coagulopatía del fallo hepático agudo:

a) El INR refleja de forma fiable el riesgo hemorrágico real.
b) El HRSALF (Hemorrhagic Risk Score in Acute Liver Failure) es un predictor fiable del riesgo hemorrágico, con independencia del INR y de las plaquetas
c) Existe un reequilibrio complejo entre factores procoagulantes y anticoagulantes.
d) Debe corregirse sistemáticamente con plasma fresco hasta lograr un INR < 1,5.

412. Paciente de 52 años con ANA 1/640, ASMA positivos, IgG 1,8 veces el límite superior de la normalidad y biopsia compatible con hepatitis de interfase. Tras tres años de tratamiento logra remisión bioquímica completa. La biopsia de control muestra actividad inflamatoria residual moderada.¿Cuál es la actitud más apropiada?

a) Retirada lenta de inmunosupresión.
b) Mantener inmunosupresión a la dosis mínima tolerada.
c) Sustituir azatioprina por ácido ursodesoxicólico.
d) Iniciar plasmaféresis.

413. Paciente con hepatitis autoinmune que durante el tratamiento desarrolla pancreatitis aguda por azatioprina. ¿Cuál es la alternativa terapéutica?

a) Rituximab.
b) Micofenolato mofetilo.
c) Bezafibrato.
d) Ácido ursodesoxicólico.

414. ¿Cuál es el principal reservorio animal implicado en la transmisión del VHE genotipo 3 en Europa?ç

a) Suidos
b) Bovino..
c) Ovino.
d) Roedores.

415. ¿Cuál de las siguientes etiologías de fallo hepático fulminante presenta mejor supervivencia espontánea sin trasplante?.

a) Hepatitis autoinmune.
b) Coinfección VHB + VHD..
c) Enfermedad de Wilson.
d) Hepatoxicidad por paracetamol

416. ¿Cuál de las siguientes es definitoria del fallo hepático hiperagudo en la clasificación del Kings College?

a) Desarrollo de encefalopatía >26 semanas tras la ictericia.
b) Intervalo ictericia-encefalopatía inferior a 7 días.
c) Aparición de encefalopatía entre las 5 y 12 semanasdel inicio del cuadro
d) INR > 6 con independencia del grado de encefalopatía

417. ¿Cuál NO es un criterio Roma IV para el diagnóstico de síndrome del intestino irritable con predominio estreñimiento?

a) Dolor abdominal recurrente, como media, al menos un día a la semana en los últimos tres meses.
b) Los criterios deben cumplirse al menos durante los últimos tres meses y los síntomas deben haberse iniciado como mínimo 6 meses antes del diagnóstico.
c) Dolor abdominal que se relaciona con la defecación.
d) Más de un 75 % de las deposiciones con heces tipo 1 o 2 de Bristol y menos del 25 % con heces tipo 6 o 7 de Bristol.

418. En relación con la unión esofagogástrica, señale la respuesta correcta:

a) En los países occidentales, la línea Z es sinónimo de unión gastroesofágica.
b) Ante la presencia de metaplasia intestinal en una línea Z irregular, se recomienda seguimiento endoscópico.
c) En los países occidentales, la unión esofagogástrica se define como el límite más proximal de los pliegues gástricos.
d) Según la clasificación de Hill, una unión gastroesofágica tipo II es equivalente a una hernia de hiato por deslizamiento >2 cm.

419. En relación con la cromoendoscopia, ¿cuál de las siguientes NO es cierta?

a) La clasificación NICE se basa en la utilización de Narrow-Band-Imaging (NBI).
b) La principal utilidad del Lugol es estimar el grado de invasión submucosa.
c) El ácido acético ha demostrado incrementar la detección de lesiones displásicas y cáncer en pacientes con esófago de Barrett.
d) El "crystal violet" es el colorante de elección para la evaluación del patrón de criptas de las lesiones colorrectales.

420. Mujer de 75 años que presenta una lesión subepitelial gástrica de 2 cm. Se toman biopsias que son informadas como neoplasia de extirpe mesenquimal con células de aspecto fusiforme, CD117 +, CD34+, DOG1 +. Señale la respuesta FALSA:

a) El uso de imatinib está aprobado tanto en adyuvancia como en neoadyuvancia.
b) La inmunohistoquímica es sugestiva de GIST.
c) La disección endoscópica submucosa representa una alternativa terapéutica para la extirpación de este tipo de lesiones.
d) Este tipo de neoplasias presentan un riesgo moderado/alto de invasión linfática.

421. En relación con el diagnóstico de la enfermedad celiaca, NO es cierto:

a) La determinación de HLA-DQ2/DQ8 debe emplearse en situaciones clínicas seleccionadas.
b) El estudio serológico inicial se compone de autoanticuerpos frente a la transglutaminasa 2 de tipo IgA y determinación de IgA total.
c) Una afectación histológica Marsh II implica la presencia de atrofia vellositaria.
d) La dieta sin gluten puede reducir la sensibilidad de la serología y de las biopsias duodenales.

422. Señale la afirmación correcta sobre los tumores neuroendocrinos de intestino delgado:

a) La localización más frecuente es el duodeno.
b) El grado G1 se define por un índice Ki-67<5 %.
c) El síndrome carcinoide no se asocia con la presencia de metástasis.
d) El PET-TC con análogos de somatostatina marcados con Galio 68 es de elección para el estudio de extensión por su elevada sensibilidad.

423. ¿Cuál es cierta con relación a la enteritis postradiación?

a) Una dieta rica en fibra puede mejorar la diarrea.
b) La loperamida debe evitarse en pacientes con diarrea.
c) En el diagnóstico diferencial no hay que considerar el sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado.
d) La enteritis rádica crónica generalmente se desarrolla a partir de los tres meses tras completar el tratamiento radioterápico.

424. ¿Cuál de las siguientes opciones se asocia con el desarrollo de sobrecrecimiento bacteriano?

a) Cirrosis.
b) Insuficiencia pancreática exocrina.
c) Síndrome de intestino irritable.
d) Todas son ciertas.

425. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta en relación con la pancreatitis aguda?

a) Se debe recomendar ayuno durante al menos 48 horas para favorecer el reposo pancreático.
b) En un paciente con pancreatitis aguda que requiera nutrición enteral se recomienda emplear una sonda nasoyeyunal.
c) El Ringer Lactato ha demostrado reducir la mortalidad frente al suero salino fisiológico.
d) La alimentación oral se puede iniciar con dieta blanda.

426. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la pancreatitis crónica:

a) La ecoendoscopia es útil para el diagnóstico precoz.
b) El tratamiento quirúrgico precoz ofrece mejores resultados que el tratamiento endoscópico en el control del dolor a largo plazo.
c) El tratamiento enzimático sustitutivo se recomienda para el tratamiento del dolor.
d) Los pacientes con pancreatitis crónica presentan un riesgo elevado de osteoporosis.

427. ¿Cuál de las siguientes opciones es INCORRECTA en relación con el tratamiento endoscópico de la pancreatitis crónica?

a) El tratamiento de las estenosis biliares está indicado en pacientes que desarrollan colangitis y en pacientes asintomáticos con colestasis mantenida.
b) En el tratamiento de las estenosis biliares se pueden emplear prótesis metálicas o prótesis plásticas.

c) Se recomienda tratar las litiasis obstructivas en el conducto pancreático principal en pacientes asintomáticos.
d) Algunos pseudoquistes pueden drenarse endoscópicamente por vía transpapilar.

428. En relación con la insuficiencia pancreática exocrina, señale la afirmación correcta:

a) Una elastasa fecal <100 µg/g permite diagnosticar insuficiencia pancreática exocrina.
b) Los pacientes que reciben tratamiento enzimático sustitutivo deben seguir una dieta pobre en grasas.
c) Tras iniciar tratamiento con enzimas pancreáticas se recomienda solicitar una elastasa fecal a los 6 meses para valorar respuesta terapéutica.
d) La cirugía bariátrica puede ser causa de insuficiencia pancreática exocrina.

429. Una de las siguientes afirmaciones sobre la pancreatitis autoinmune tipo 1 NO es cierta:

a) Un valor elevado de IgG4 sérica permite hacer el diagnóstico.
b) La pancreatitis autoinmune tipo 1 puede desarrollarse en pacientes con enfermedad de Crohn.
c) La respuesta al tratamiento con corticoides se debe evaluar de forma precoz.
d) El rituximab es una alternativa terapéutica en pacientes corticorresistentes.

430. Señale la afirmación INCORRECTA acerca del pancreas divisum:

a) Es la anomalía pancreática congénita más frecuente.
b) La mayoría de los pacientes con pancreas divisum no presenta síntomas.
c) Se debe a una anomalía en la fusión de los conductos del páncreas ventral y dorsal.
d) Se recomienda el tratamiento endoscópico tras un primer episodio de pancreatitis aguda.

431. ¿Cuál de las siguientes opciones es cierta en relación con el cáncer de páncreas?

a) En pacientes con pancreatitis crónica está indicado el cribado de cáncer de páncreas.
b) En un paciente con ictericia obstructiva secundaria a adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado debe realizarse drenaje de la vía biliar preferiblemente por vía percutánea.
c) Los pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers presentan un riesgo de desarrollar cáncer de páncreas superior que los pacientes con mutación en el gen ATM.
d) La insuficiencia pancreática exocrina es más frecuente en tumores del cuerpo del páncreas.

432. En relación con las neoplasias quísticas del páncreas:

a) El cistoadenoma seroso requiere seguimiento cada dos años.
b) La neoplasia mucinosa quística es prácticamente exclusiva de mujeres.
c) La neoplasia papilar mucinosa intraductal de rama principal tiene un potencial de malignización bajo.
d) Un valor de CEA intraquístico <192 ng/ml sugiere neoplasia quística de tipo mucinoso.



433. ¿En cuál de las siguientes situaciones está indicada la punción por ecoendoscopia en una lesión quística pancreática?

a) Lesión quística de 20 mm en cabeza de páncreas compatible con neoplasia papilar mucinosa intraductal de rama secundaria en una resonancia magnética.
b) Neoplasia papilar mucinosa intraductal de rama secundaria con crecimiento en un paciente con EPOC grado IV.
c) Lesión quística en istmo de páncreas de 25 mm de aspecto indeterminado en resonancia magnética.
d) Lesión quística en cuerpo de páncreas de 15 mm con aspecto microquístico (imagen en "panal de abeja") y calcificación central.

434. ¿Cuál NO es una indicación actual de la ecoendoscopia?

a) Estadificación del cáncer de esófago.
b) Descartar coledocolitiasis.
c) Caracterización de lesiones subepiteliales gástricas.
d) Seguimiento de un leiomioma esofágico.

435. En relación con el tratamiento de la hepatitis C, ¿cuál de las asociaciones siguientes es cierta?

a) Sofosbuvir-velpatasvir - duración 8 semanas en genotipo 1, en ausencia de cirrosis.
b) Sofosbuvir-velpatasvir - contraindicado en cirrosis descompensada.
c) Glecaprevir-pibrentasvir - contraindicado en insuficiencia renal.
d) Glecaprevir-pibrentasvir - duración 8 semanas en genotipo 1 en ausencia de cirrosis.

436. ¿Cuál es la causa más frecuente de ALT>1000 UI/L?

a) Hepatotoxicidad.
b) Patología biliar.
c) Hepatitis isquémica.
d) Hepatitis alcohólica.

437. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la prevención de la hemorragia variceal y la descompensación en pacientes con cirrosis?

a) En ausencia de ascitis grave, carvedilol es el beta-bloqueante de elección.
b) Carvedilol se titula administrándolo a una dosis suficiente para reducir la frecuencia cardiaca a 55 latidos por minuto un 25 % del valor basal.
c) Los beta-bloqueantes previenen la primera descompensación en los pacientes con hipertensión portal clínicamente significativa.
d) Carvedilol aumenta la supervivencia en pacientes con cirrosis compensada.

438. ¿Cuál de las siguientes es FALSA en relación con la hepatitis por virus E propia de nuestro medio?

a) Es una zoonosis.
b) Puede trasmitirse por trasfusión sanguínea.

c) Alta especificidad de los anticuerpos IgM frente a virus E para el diagnóstico de hepatitis aguda.
d) Complicaciones neurológicas frecuentes.

439. En relación con la elastografía de transición mediante Fibroscan®, ¿cuál de las siguientes es FALSA?

a) La relación rango intercuartílico/mediana (IQR/M) es un criterio de calidad de la técnica siempre que su valor sea <0,3.
b) El valor de rigidez hepática más aceptado para identificar hipertensión portal clínicamente significativa es >25 kPa.
c) El valor de rigidez hepática más aceptado para excluir fibrosis avanzada en práctica clínica es <15 kPa.
d) La inflamación hepática inducida por alcohol puede aumentar la rigidez hepática.

440. En relación con la hepatotoxicidad (DILI), ¿cuál de las asociaciones siguientes es FALSA?

a) Hígado graso agudo (microvesicular) – metotrexate.
b) Hígado graso (macrovesicular) – 5-fluorouracilo.
c) Ductopenia (sind desaparición de conductos biliares) – amoxicilina-clavulánico.
d) Eosinofilia y DRESS – minociclina.

441. La infusión de albúmina está indicada en la cirrosis en todas MENOS EN UNA de las siguientes situaciones:

a) Peritonitis bacteriana espontánea.
b) Infecciones bacterianas diferentes a la PBE.
c) Post-paracentesis de gran volumen (>5l).
d) Diagnóstico del síndrome hepatorrenal (SHR-AKI).

442. ¿En cuál de las situaciones siguientes está indicado el TIPS preventivo ("early") en un paciente con cirrosis y hemorragia aguda por varices esofágicas?

a) Sangrado activo en la endoscopia.
b) Child C <14.
c) Paciente en tratamiento con beta-bloqueantes.
d) Child B y C.

443. Los siguientes acrónimos representan clasificaciones endoscópicas que se utilizan en ciertas patologías digestivas. ¿Cuál de las siguientes asociaciones es FALSA?

a) EGGIM – metaplasia intestinal.
b) WASP – carcinoma epidermoide.
c) BING – esófago de Barrett.
d) EREFS – esofagitis eosinofílica.

444. ¿Cuál de las afirmaciones siguientes es cierta en relación con la achalasia?

a) La presión de relajación integrada solo está aumentada en la achalasia tipo I.

b) En la achalasia tipo II al menos 20 % de las degluciones generan contractilidad prematura o espástica.
c) La achalasia tipo II responde mejor a la dilatación neumática que la tipo I o la III.
d) La mejor respuesta al POEM se obtiene en la achalasia tipo II.

445. ¿Cuál de las siguientes entidades NO requiere seguimiento endoscópico?

a) Leiomioma de 1,5 cm en esófago.
b) 1-2 adenomas de colon con displasia de bajo grado <1 cm.
c) GIST gástrico de 1 cm en paciente de 69 años que no desea intervención quirúrgica.
d) a) y b) son correctas.

446. Señale la respuesta correcta en relación con la enfermedad de Crohn:

a) El tratamiento con antiTNF está contraindicado durante el embarazo.
b) La actividad de la enfermedad no se asocia con una disminución de la fertilidad en hombres.
c) La sulfasalazina provoca oligospermia irreversible.
d) La realización de cápsula endoscópica durante el embarazo está contraindicada.

447. Una de las siguientes opciones NO es una causa de elevación de lipasa:

a) Pancreatitis aguda.
b) Insuficiencia renal.
c) Enfermedad celiaca.
d) Cirrosis.

448. Acude a su consulta un paciente de 88 años estudiado por disfagia grave ha sido diagnosticado recientemente de acalasia tipo II. Tiene antecedentes de enfermedad renal crónica e insuficiencia cardíaca con necesidad de 3 ingresos por descompensación en el último año. Acude solicitando valoración sobre las opciones terapéuticas. Indique la opción que considere correcta:

a) El tratamiento de elección es la dilatación neumática secuencial por vía endoscópica.
b) Los calcio-antagonistas orales actúan incrementando la liberación de óxido nítrico, produciendo relajación del esfínter esofágico inferior.
c) Se considera un candidato óptimo para inyección endoscópica de toxina botulínica.
d) Se debe evitar el tratamiento con toxina botulínica porque impediría realizar una miotomía posteriormente.

449. Indique la asociación INCORRECTA sobre los diferentes tumores hepáticos que se presentan:

a) Carcinoma hepatocelular – Glipican 3 y Glutamin-sintetasa positivos.
b) Colangiocarcinoma intrahepático – Fusión FGFR2 y Mutación en IDH-1.
c) Adenoma hepatocelular – resección quirúrgica en hombres.
d) Cistoadenoma hepático – seguimiento radiológico.

450. Sobre las esofagitis infecciosas. Indique la opción que considera correcta:

a) La mayor parte de las esofagitis por candida están producidas por Candida tropicalis.
b) La esofagitis infecciosa más frecuente en el individuo inmunocompetente es la esofagitis herpética.
c) La práctica totalidad de los pacientes con esofagitis herpética presentan también lesiones bucofaríngeas.
d) El tratamiento crónico con corticoides inhalados se considera un factor de riesgo para el desarrollo de esofagitis por cándida.

CASO CLÍNICO 1

Una mujer de 49 años fumadora con diagnóstico de colitis ulcerosa izquierda en tratamiento con mesalazina oral (3 g/día). Acude a consulta refiriendo empeoramiento clínico en las últimas semanas, con presencia de 5 deposiciones al día, incluyendo al menos una nocturna y algunas con sangre, y tenesmo.

451. Señale la opción terapéutica más apropiada para esta paciente:

a) Aumentar la dosis de mesalazina oral.
b) Beclometasona oral.
c) Añadir azatioprina.
d) a) y c) son correctas.

452. Una semana después, acude al servicio de urgencias por aumento de las deposiciones, todas ellas con sangre, regular estado general y febrícula 37,5 °C. En la analítica destaca una hemoglobina 11,4 g/dL, leucocitos 13,5x109/L y albúmina 3,1 g/dL. ¿Cuál de las siguientes exploraciones NO está indicada?

a) TC de abdomen.
b) Coprocultivos.
c) Rectosigmoidoscopia para valorar actividad y descartar una infección por citomegalovirus concomitante.
d) Estudio de Clostridioides difficile.

453. Tras cinco días de tratamiento con metilprenisolona parenteral, la paciente presenta ausencia de mejoría clínica. Señale la afirmación correcta:

a) Se trata de un brote grave corticorrefractario: iniciar tratamiento con infliximab.
b) Se trata de un brote grave corticorrefractario: iniciar tratamiento con vedolizumab.
c) Se trata de un brote grave corticorrefractario: iniciar tratamiento con antiTNF (infliximab, adalimumab, golimumab).
d) Se trata de un brote grave corticorrefractario: iniciar tratamiento con tofacitinib.

454. Señale qué estudio de entre los siguientes NO está indicado realizar antes de iniciar tratamiento biológico en esta paciente:

a) Serología virus de la hepatitis B.
b) VIH.
c) Radiografía de tórax.
d) Colonoscopia.

455. La paciente presenta una evolución clínica favorable con el tratamiento y es dada de alta. ¿Cuál de las siguientes opciones considera más adecuada como tratamiento de mantenimiento?

a) Azatioprina.
b) Mesalazina oral.
c) Infliximab.
d) Ciclosporina.

456. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con el tratamiento quirúrgico de la colitis ulcerosa?

a) El tratamiento preoperatorio con ciclosporina aumenta el riesgo de complicaciones postoperatorias.
b) Se recomienda evitar la proctocolectomía restauradora en un timpo en pacientes que reciben tratamiento con biológicos.
c) La nutrición enteral preoperatoria no ha demostrado reducir la morbilidad quirúrgica.
d) La cirugía laparoscópica no presenta beneficios frente a la cirugía abierta en términos de morbilidad.

457. En caso de pérdida de respuesta al tratamiento de mantenimiento pautado durante el seguimiento, ¿cuál de los siguientes fármacos inhibidores de JAK consideraría?

a) Ustekinumab.
b) Tofacitinib.
c) Vedolizumab.
d) Erlotinib

458. En relación con el cribado de cáncer colorrectal en pacientes con colitis ulcerosa, señale la FALSA:

a) La presencia de pseudopólipos inflamatorios condiciona un seguimiento anual.
b) La primera colonoscopia debe realizarse a los 8 años del inicio de los síntomas.
c) La cromoendoscopia con biopsias dirigidas ha demostrado aumentar la detección de displasia.
d) Los pacientes con actividad limitada al recto sin evidencia de inflamación endoscópica o microscópica proximal al recto no requieren inclusión en programa de vigilancia.

CASO CLÍNICO 2

Mujer de 80 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica. Como tratamiento habitual recibe: metformina, irbesartán, hidroclorotiazida y antiagregación con ácido acetil salicílico y prasugrel. Acude al servicio de urgencias por un cuadro de 24 horas de evolución de melenas y síncope en su domicilio. En la exploración física la tensión arterial sistólica es de 85 mmHg y la diastólica de 60 mmHg. En la analítica destaca una hemoglobina de 7,9 mg/dl y ligera leucocitosis.

459. ¿Cuál de las siguientes medidas iniciales NO considera correcta?

a) Canalización de dos vías periféricas y reposición de volumen con fluidoterapia con cristaloides.
b) Colocación de sonda nasogástrica.
c) Cálculo de la puntuación Glasgow-Blatchford.
d) Administración de IBP intravenoso, aunque esta medida no ha demostrado disminuir la mortalidad.

460. ¿Cuál de las siguientes NO es una variable de la puntuación Glasgow-Blatchford?

a) Fallo renal.
b) Síncope.
c) Sexo.
d) Presión arterial sistólica inicial.

461. Indagando en la historia clínica de la paciente, usted se percata de que a la paciente le han colocado dos stent farmacoactivos en la arteria descendente anterior hace 3 meses. Respecto al manejo de la antiagregación, señale la FALSA:

a) Se recomienda continuar la antiagregación con ácido acetilsalicílico.
b) Se recomienda consultar con cardiología para tomar una decisión consensuada.
c) Se recomienda continuar con prasugrel y ácido acetilsalicílico, independientemente de la gravedad de la hemorragia.
d) En caso de suspender prasugrel, se recomienda reiniciarlo en los primeros 5 días.

462. Usted decide realizar una endoscopia digestiva alta urgente y realizar un test de ureasa. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera cierta?

a) Se recomienda administrar eritromicina intravenosa antes de la endoscopia en todos los pacientes con sospecha de hemorragia digestiva alta.
b) La intubación orotraqueal profiláctica ha demostrado disminuir el riesgo de neumonía broncoaspirativa.
c) No utilizaría hemoclips durante la endoscopia para evitar el daño traumático en la mucosa, ya que la paciente está doblemente antiagregada.
d) En caso de hemorragia persistente a pesar de escleroterapia con adrenalina y hemoclips, se recomienda realizar un tratamiento hemostático endoscópico de rescate antes de remitir a la paciente a radiología intervencionista.

463. Usted decide realizar una endoscopia digestiva. En la endoscopia usted visualiza una úlcera Forrest IIa, de 1 cm, localizada en cara anterior de bulbo duodenal. Realiza tratamiento con adrenalina diluida y dos hemoclips. A las 48 horas de la endoscopia la paciente vuelve a presentar hematemesis, hipotensión, y anemización de 1,9 g/dL. ¿Cuál sería su actitud?

a) Administración de bolo de IBP y actitud expectante, ya que no cumple criterios de resangrado.
b) Angio-TAC y, en función de resultados, embolización por radiología intervencionista.
c) Repetir endoscopia digestiva tras administración de eritromicina intravenosa.
d) Embolización por radiología intervencionista.

464. ¿Cuál de las siguientes es FALSA?

a) El tratamiento quirúrgico de rescate se recomienda cuando ha fracasado el tratamiento por radiología intervencionista o este no está disponible.
b) El sangrado recurrente se define como el sangrado que aparece tras haber conseguido la hemostasia inicial.
c) La utilización de clips sobre el canal de trabajo (Over-the-scope-clip) se considera de elección en el resangrado de la úlcera péptica.
d) La utilización de TC-325 (Hemospray®) ha demostrado su superioridad frente a tratamiento estándar en úlceras duodenales Forrest II-a.

465. ¿Cuál de las siguientes considera correcta?

a) Tras la endoscopia digestiva alta, se recomiendan 24 horas de dieta absoluta.
b) Se recomienda evaluar la infección por H. pylori a las 12 semanas del alta hospitalaria, tras haber recibido al menos 10 semanas de IBP oral.
c) Si el test de ureasa hubiera sido negativo, se recomienda revalorar la infección por H. pylori en las primeras 4 semanas tras el alta hospitalaria.
d) Si el test de ureasa hubiera sido positivo, se recomienda esperar 2 semanas para iniciar el tratamiento erradicador.

CASO CLÍNICO 3

Desde el Servicio de Hematología se solicita valoración del Servicio de Hepatología por elevación de transaminasas.

Se trata de un varón de 62 años con antecedentes de esteatosis hepática, obesidad (IMC 32) y leucemia mieloide aguda (LMA), sometido a trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos (TPH alogénico) hace 18 días, tras un régimen de acondicionamiento que incluía busulfán. Durante y después del tratamiento de acondicionamiento se ha administrado profilaxis con ácido ursodesoxicólico a dosis de 12 mg/kg/día.



Además, está recibiendo profilaxis antiinfecciosa con trimetoprim-sulfametoxazol (Septrim® Forte) dos veces al día, dos días por semana, fluconazol diario, levofloxacino diario y aciclovir dos veces al día.

El paciente refiere disconfort y distensión abdominal de reciente aparición, y edema en ambas extremidades inferiores. Presenta febrícula y 1-2 deposiciones diarreicas al día, sin tenesmo. No aparición de exantema, náuseas o vómitos.

CONSTANTES VITALES

- **Frecuencia cardiaca: 105 lpm**
- **Presión arterial: 110/82 mmHg**
- **Frecuencia respiratoria: 24 rpm**
- **Saturación de oxígeno: 96% respirando aire ambiente**
- **Temperatura: 37,3 °C**

La evolución ponderal muestra un incremento aproximado del 7 % del peso corporal respecto al ingreso.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración física el paciente presenta afectación del estado general y discreta disnea de reposo.

La exploración cardiovascular es anodina, sin evidencia de ingurgitación yugular. En la auscultación pulmonar se objetivan crepitantes bibasales leves.

La exploración abdominal es dificultosa por ser un abdomen con importante panículo adiposo pero impresiona de distensión, hepatomegalia dolorosa y probable ascitis.

En la exploración cutánea no se aprecia ictericia ni lesiones cutáneas. Presenta edema bilateral de miembros inferiores.

Neurológicamente, el paciente se encuentra consciente y orientado en persona, espacio y tiempo, sin evidencia de asterixis.

ANALÍTICAS

Parámetro	**Resultado**
AST (GOT)	**112 U/L**
ALT (GPT)	**315 U/L**
Fosfatasa alcalina	**722 U/L**
Bilirrubina total	**3,0 mg/dL**
Bilirrubina directa	**2,3 mg/dL**
Proteínas totales	**7,2 g/dL**
Albúmina	**3,4 g/dL**

Leucocitos **0,7 × 10⁹/L**

Hemoglobina **9,5 g/dL**

Plaquetas **30 × 10⁹/L (basal previo: 100 × 10⁹/L)**

INR

CMV IgG: positivo (IgM no disponible) **1,3**

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

Ecografía hepática con estudio Doppler: hígado discretamente aumentado de tamaño, de morfología normal, con ascitis moderada. Las venas hepáticas y la arteria hepática son permeables. Se observa flujo hepatófugo en la vena porta, sin evidencia de trombosis portal. No esplenomegalia. No dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática.

466. ¿Cual es el diagnóstico más probable en este caso?

a) El estatus VHB de este caso es desconocido. Es probable que el paciente sea antiHB core positivo y haya desarrollado una reactivación del VHB en el contexto de inmunosupresión intensa y prolongada
b) Hepatotoxicidad medicamentosa (DILI idiosincrásico) en paciente polimedicado con hígado esteatósico y posible hepatopatía crónica subyacente.
c) Síndrome de obstrucción sinusoidal (SOS) en el contexto de acondicionamiento para TPH alogénico, ya que por los datos aportados en la historia clínica cumple todos los criterios de la clasificación de Seattle para SOS
d) Enfermedad por CMV, ya que el paciente está inmunodeprimido, con febrícula y diarrea por lo que la profilaxis con aciclovir en este caso es insuficiente.

467. Cuál sería la siguiente prueba diagnóstica para confirmar su impresión diagnóstica:

a) La biopsia hepática percutánea es imprescindible, dadas las múltiples posibilidades diagnósticas y terapéuticas
b) Además de la analítica y la ecografía ya realizadas es necesario determinar la carga viral del VHB para confirmar el diagnóstico de reactivación VHB
c) Además de la analítica y la ecografía ya realizadas es necesario determinar la carga viral del CMV y realizar una colonoscopia con biopsia mucosa y cultivo de CMV, ya que en estos casos no hay una clara correlación entre la clínica (febrícula y diarrea leve), la carga viral en sangre y la afectación intestinal
d) Con los datos de la exploración física, la analítica y la ecografía realizadas es suficiente para establecer el diagnóstico clínico más probable

468. En función de su diagnóstico anterior, cual sería el tratamiento de elección:

a) Acetilcisteína IV
b) Defibrótido
c) Entecavir
d) Valganciclovir

CASO CLÍNICO 4

Paciente de 67 años, con obesidad central, antecedente de tabaquismo de 35 paquetes-año y ERGE de más de 15 años de evolución, consulta por aumento de la regurgitación y disfagia leve intermitente para sólidos. No refiere pérdida ponderal significativa. Toma omeprazol de forma irregular. Se realiza gastroscopia de alta definición con cromoendoscopia virtual. Se observa esófago de Barrett C4M7 según la clasificación de Praga. A 34 cm de la arcada dentaria se identifica una lesión visible de 22 mm, París 0-IIa + 0-IIc, con patrón mucoso irregular y área deprimida central. Las biopsias dirigidas informan de displasia de alto grado. No hay signos endoscópicos evidentes de invasión profunda. El caso se deriva a un centro experto en endoscopia terapéutica.

469. En la paciente, ¿cuál sería la actitud inicial más adecuada sobre la lesión visible descrita?

a) Ablación directa de todo el segmento de Barrett con radiofrecuencia, sin resecar previamente la lesión visible.
b) Resección endoscópica en bloque de la lesión visible, preferentemente mediante disección submucosa endoscópica por tamaño, componente deprimido y necesidad de estadificación histológica.
c) Vigilancia endoscópica a los 3 años porque la biopsia solo muestra displasia de alto grado.
d) Esofagectomía inmediata sin estadificación histológica endoscópica previa.

470. Tras la resección endoscópica en bloque, el informe anatomopatológico muestra adenocarcinoma intramucoso pT1a, bien diferenciado, con márgenes vertical y lateral libres, sin invasión linfovascular y sin invasión submucosa. Persiste epitelio de Barrett no resecado en el resto del segmento. Tras este resultado histológico, ¿cuál es la conducta más adecuada?

a) Considerar la resección endoscópica como tratamiento curativo de la lesión y ofrecer erradicación del Barrett residual mediante ablación.
b) Indicar esofagectomía obligatoria porque todo adenocarcinoma sobre Barrett requiere cirugía.
c) Suspender seguimiento porque los márgenes son libres y no existe riesgo de neoplasia metacrónica.
d) Realizar quimioterapia sistémica adyuvante en todos los casos de adenocarcinoma T1a.

CASO CLÍNICO 5

Mujer de 45 años acude al servicio de urgencias tras ingesta con intención autolítica de medio litro de desatascador de tuberías (hipoclorito sódico/hidróxido de potasio/óxido de dimetilamina) hace 2 horas. En el momento de su llegada a urgencias refiere intenso dolor torácico con la deglución de su propia saliva. Su exploración física revela estabilidad hemodinámica (TA: 125/60 mmHg, FC: 95 lpm, Tº: 36,8 ºC). Abdomen normal a la exploración y ausencia de crepitación cervical. Analítica: bioquímica renal y hepática sin alteraciones. Proteína C reactiva: 70; Hb: 13 g/dL, leucocitos: 18.000/µL, plaquetas: 220.000/µL, INR: 1,1.

471. A la luz de los datos aportados, indique la opción que considere correcta sobre el diagnóstico del cuadro clínico:

a) El daño esofágico por ingesta de ácidos se produce mediante un proceso de saponificación de las grasas, produciendo necrosis por licuefacción.
b) La causa más frecuente de esofagitis por cáusticos en los adultos es la ingesta accidental.
c) La cantidad ingerida determina el riesgo de lesión esofágica significativa.
d) Para producir lesión esofágica significativa se requiere un tiempo prolongado de contacto con el agente cáustico (habitualmente horas).

472. En la valoración inicial del cuadro que sospecha en base a los datos presentados en el caso clínico anterior, indique la opción que considera INCORRECTA:

a) La paciente debe ser valorada por otorrinolaringología para descartar edema de vía respiratoria superior.
b) No se recomienda la colocación de sonda nasogástrica de forma rutinaria.
c) Se debe realizar una radiografía de tórax urgente para descartar la existencia de aire extraluminal (neumoperitoneo/neumomediastino).
d) Se recomienda la realización de una endoscopia oral idealmente >72 h de la ingesta del cáustico para la valoración de las lesiones esofágicas mediante la clasificación de Zargar.

473. A la paciente del caso anterior, tras la valoración inicial, se le realiza radiografía de tórax urgente: índice cardiotorácico dentro de la normalidad, campos pulmonares limpios, ausencia de neumomediastino ni neumoperitoneo. Tras descartar perforación, se realiza endoscopia oral identificándose a nivel esofágico úlceras profundas circunferenciales sin necrosis esofágica y estómago con eritema mucoso intenso. Atendiendo a los resultados objetivados en la endoscopia oral, indique qué grado en la clasificación de Zargar le correspondería:

a) Zargar I.
b) Zargar IIa.

c) Zargar IIb.
d) Zargar III.

474. En relación con el tratamiento indicado en la paciente presentada en el caso clínico, indique qué opción considera correcta:

a) La paciente del caso clínico presenta criterios endoscópicos de bajo riesgo por lo que se recomienda alta hospitalaria precoz bajo tratamiento oral con inhibidores de la bomba de protones.
b) La neutralización precoz del cáustico ingerido ha demostrado reducir el daño esofágico.
c) En pacientes con formas graves de daño esofágico (≥ Zargar IIb) se recomienda el uso de antibioterapia de amplio espectro.
d) La paciente presenta criterios endoscópicos de alto riesgo por lo que se debe contactar con el servicio de cirugía general y digestiva para practicar esofaguectomía urgente por el riesgo de mediastinitis.

475. El papel de los corticoides sistémicos en el tratamiento de la esofagitis asociada a la ingesta de cáusticos es controvertido. Indique la opción que considere INCORRECTA:

a) El potencial efecto beneficioso del uso de corticoides en esta indicación es evitar la formación de una cicatrización patológica que genere estenosis esofágica.
b) El mayor efecto beneficioso se ha obtenido con ciclos de tratamiento con corticoides sistémicos de larga duración (>3 meses).
c) Debido al potencial riesgo de inmunosupresión se recomienda, en caso de administrar corticoides sistémicos, combinar el tratamiento con antibioterapia de amplio espectro.
d) El uso de corticoides sistémicos no evita el seguimiento para la detección de complicaciones a largo plazo.

476. En el seguimiento de los pacientes con antecedentes de esofagitis asociada a la ingesta de cáusticos, indique la opción que considere correcta:

a) Cualquier grado de lesión esofágica requiere seguimiento endoscópico a largo plazo.
b) El desarrollo de estenosis como secuela de la esofagitis por cáusticos suele desarrollarse de forma tardía, habitualmente >5 años tras la ingesta del cáustico.
c) El riesgo de desarrollar carcinoma esofágico en el futuro depende de la gravedad de la lesión esofágica inicial.
d) El riesgo de desarrollar carcinoma esofágico se concentra en los 2 primeros años tras la ingesta del cáustico.

477. En la evaluación inicial de los pacientes con daño esofágico por cáusticos indique la opción que considere correcta:

a) En la fase aguda el daño laríngeo grave que requiera intubación es excepcional.

b) La existencia de alcalosis metabólica en la analítica se considera un criterio de gravedad.
c) La presencia de úlceras esofágicas circunferenciales son características del Zargar IIb.
d) La gravedad del daño esofágico se determina mediante TAC toracoabdominopélvico.

478. Sobre el manejo de las secuelas de la esofagitis por cáusticos indique la respuesta correcta:

a) La administración de corticoides intralesionales en la fase aguda ha demostrado reducir el riesgo de estenosis en el futuro.
b) El uso de sonda nasogástrica para alimentación en fase precoz reduce el riesgo de desarrollar estenosis.
c) El riesgo de perforación en la dilatación endoscópica de estenosis por cáusticos es mayor que en otras etiologías.
d) Tras la dilatación endoscópica es necesaria la implantación de prótesis cubiertas o biodegradables.

CASO CLÍNICO 6

Varón de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial y obesidad que acude al servicio de urgencias por dolor epigástrico de 6 horas de evolución asociado a náuseas. En la analítica sanguínea se objetiva: amilasa 3.000 unidades por litro, lipasa 2.730 unidades por litro, creatinina 2,1 miligramos por decilitro, bilirrubina 2,1 miligramos por decilitro, AST 60 unidades por litro, ALT 200 unidades por litro, fosfatasa alcalina 180 unidades por litro y GGT 320 unidades por litro. Se realiza una ecografía abdominal en la que se objetivan cambios pancreáticos compatibles con pancreatitis aguda, una vesícula biliar con colelitiasis y una vía biliar no dilatada. A los cuatro días de ingreso, ante la persistencia del dolor, se solicita TAC abdominal, que objetiva necrosis del 40 por ciento de la glándula pancreática.

479. ¿Cuál de los siguientes criterios es imprescindible para realizar el diagnóstico de pancreatitis aguda?

a) Dolor abdominal en piso abdominal superior.
b) Datos compatibles en prueba de imagen, como ecografía, TAC o resonancia magnética.
c) Elevación de amilasa y lipasa sérica más de tres veces el límite superior de la normalidad.
d) Ninguno de los anteriores.

480. En relación con el manejo inicial de la pancreatitis aguda en el paciente del caso anterior, señale la opción CORRECTA:

a) La fluidoterapia debe ser agresiva para reducir el riesgo de complicaciones.



b) Debe evitarse el uso de antiinflamatorios no esteroideos.
c) Está indicado iniciar tratamiento antibiótico.
d) Se debe realizar un TAC abdominal precoz en las primeras 48 horas para descartar complicaciones locales.

481. ¿Cuál de las siguientes opciones es un criterio de pancreatitis aguda moderada según la clasificación revisada de Atlanta?

a) Fallo orgánico que se resuelve dentro de las primeras 48 horas.
b) Exacerbación de EPOC.
c) Desarrollo de colecciones necróticas agudas.
d) a), b) y c) son CORRECTAS.

482. Señale la respuesta CORRECTA acerca del estudio etiológico de la pancreatitis aguda en el caso clínico previo:

a) Se debe realizar ecografía abdominal al ingreso para valorar la presencia de colelitiasis únicamente en aquellos pacientes con elevación de enzimas de colestasis.
b) Una cifra de triglicéridos séricos superior a 500 miligramos por decilitro apoya la hipertrigliceridemia como causa de la pancreatitis.
c) En ausencia de causa que justifique la pancreatitis aguda, se debe considerar colangiopancreatografía por resonancia magnética o ecoendoscopia para detectar litiasis biliar.
d) En las pancreatitis agudas litiásicas leves se debe realizar la colecistectomía entre las 2 y las 4 semanas posteriores al alta.

483. En el paciente del caso clínico previo, en caso de intolerancia oral a las 72 horas del ingreso, se debe:

a) Iniciar nutrición enteral por sonda nasogástrica.
b) Iniciar nutrición parenteral.
c) Valorar CPRE para tratamiento de coledocolitiasis.
d) Esperar hasta que se cumpla una semana desde el inicio del dolor para plantear nutrición artificial.

484. En relación con la predicción de gravedad de la pancreatitis aguda, ¿cuál de los siguientes NO es un ítem de la escala BISAP, del inglés Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis?

a) Edad superior a 65 años.
b) Deterioro del estado mental.
c) Derrame pleural.
d) Presencia de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

485. Las principales guías recomiendan estrategias de fluidoterapia basada en objetivos en función de parámetros clínicos y analíticos en el paciente con pancreatitis aguda. Señale la FALSA:

a) Frecuencia cardiaca inferior a 120 latidos por minuto.
b) Presión arterial media entre 65 y 85 milímetros de mercurio.

c) Diuresis superior a 0,5-1 mililitros por kilogramo y hora.
d) Hematocrito superior al 44 por ciento.

CASO CLÍNICO 7

Mujer de 24 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 4 meses de evolución, asociado a diarrea no sanguinolenta de 3-4 deposiciones diarias, febrícula intermitente y pérdida de 6 kilogramos de peso. En la exploración física destaca una masa palpable, dolorosa, en fosa ilíaca derecha. En la analítica se objetiva hemoglobina 10,2 gramos por decilitro, proteína C reactiva 45 miligramos por litro y calprotectina fecal 850 microgramos por gramo. Se realiza una ileocolonoscopia que muestra úlceras aftoides y profundas, longitudinales, con patrón en empedrado, que afectan de forma discontinua al íleon terminal y al colon ascendente, con segmentos de mucosa sana intercalados; el recto está respetado. Las biopsias muestran inflamación transmural con granulomas no caseificantes.

486. ¿Cuál de las siguientes pruebas considera más adecuada para completar el estudio de extensión de esta paciente?

a) Una entero-resonancia magnética o una ecografía intestinal, para valorar la extensión y las posibles complicaciones, como estenosis o fístulas, en los tramos de intestino delgado no alcanzados por la ileocolonoscopia.
b) Una colonografía por tomografía computarizada, que constituye la prueba de elección para el estudio de extensión de la enfermedad de Crohn de intestino delgado.
c) NO es necesaria ninguna prueba de imagen adicional, ya que la ileocolonoscopia con biopsias es suficiente para completar el estudio de extensión en todos los casos.
d) Una arteriografía mesentérica, para descartar un componente isquémico subyacente como causa de las lesiones descritas.

487. Tras completar el estudio de extensión en la paciente del caso anterior, que confirma afectación limitada al íleon terminal y al colon ascendente, sin estenosis ni fístulas asociadas, se decide iniciar tratamiento para inducir la remisión de este brote, clasificado como moderado. Señale la respuesta CORRECTA respecto al tratamiento de inducción más adecuado:

a) Los corticoides sistémicos, por vía oral, constituyen una opción de primera línea reconocida para inducir la remisión en un brote moderado de enfermedad de Crohn.
b) Los aminosalicilatos, como la mesalazina, han demostrado una eficacia equivalente a los corticoides para inducir la remisión en un brote moderado de enfermedad de Crohn ileocecal.
c) El tratamiento con azatioprina en monoterapia, sin asociar corticoides ni terapia biológica, es la estrategia de elección para inducir la remisión de forma rápida en un brote moderado.
d) Los anti-TNF, como infliximab o adalimumab, deben emplearse SIEMPRE como primera línea de tratamiento en cualquier brote moderado de enfermedad de Crohn, independientemente de otros factores.

488. La paciente recibe tratamiento con corticoides sistémicos durante 4 semanas, con escasa mejoría clínica, persistiendo el dolor abdominal y la diarrea, y con proteína C reactiva persistentemente elevada. Ante esta corticorresistencia, señale la respuesta CORRECTA respecto al manejo posterior:

a) Debe valorarse la introducción de una terapia biológica, como un anti-TNF, dado el fracaso del tratamiento con corticoides a dosis adecuadas tras un periodo suficiente de tratamiento.
b) Debe aumentarse la dosis de corticoides sistémicos y mantener el tratamiento durante al menos 3 meses adicionales antes de considerar otras alternativas terapéuticas.
c) La corticorresistencia en la enfermedad de Crohn es excepcional, por lo que debe replantearse de entrada el diagnóstico inicial.
d) Ante la falta de respuesta a corticoides, la única alternativa terapéutica disponible es la cirugía de resección del segmento afectado.

CASO CLÍNICO 8

Un varón de 34 años es remitido a la consulta de alto riesgo de cáncer colorrectal tras diagnosticarse un adenocarcinoma de colon ascendente (pT2N0M0) en una hemicolectomía derecha. El estudio anatomopatológico muestra un adenocarcinoma mucinoso con infiltrado linfocitario intratumoral. La inmunohistoquímica revela pérdida de expresión de MSH 2 y MSH 6, con conservación de MLH1 y PMS2. El estudio molecular demuestra ausencia de mutación en BRAF V600E.

En la historia familiar destacan:
Padre diagnosticado de cáncer de colon a los 45 años.
Tía paterna con cáncer de endometrio a los 48 años.
Abuelo paterno fallecido por cáncer urotelial de pelvis renal.

En la colonoscopia realizada tras la cirugía se identifican 14 adenomas tubulares, de entre 3 y 8mm, distribuidos por el colon remanente, además de un adenoma serrado sésil de 12mm en colon transverso.

489. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS CORRECTA respecto al diagnóstico sindrómico de este paciente?

a) La presencia de más de diez adenomas excluye prácticamente el síndrome de Lynch y orienta hacia una poliposis adenomatosa familiar clásica.
b) La pérdida de MSH2/MSH6 con BRAF negativo confirma el diagnóstico de síndrome de Lynch y hace innecesario el estudio germinal.
c) El hallazgo simultáneo de un fenotipo compatible con síndrome de Lynch y una carga adenomatosa superior a 10 11qpólipos obliga a considerar la coexistencia de

un síndrome de predisposición por reparación de errores del ADN y otro síndrome polipósico, recomendándose un panel multigénico germinal.

d) La presencia de un adenoma serrado sésil descarta una alteración de los genes reparadores del ADN.

490. Tras confirmarse una variante patogénica germinal en MSH2 y descartarse mutaciones en APC, MUTYH, POLE1 y POLD1, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la MÁS CORRECTA respecto al seguimiento del colon remanente?

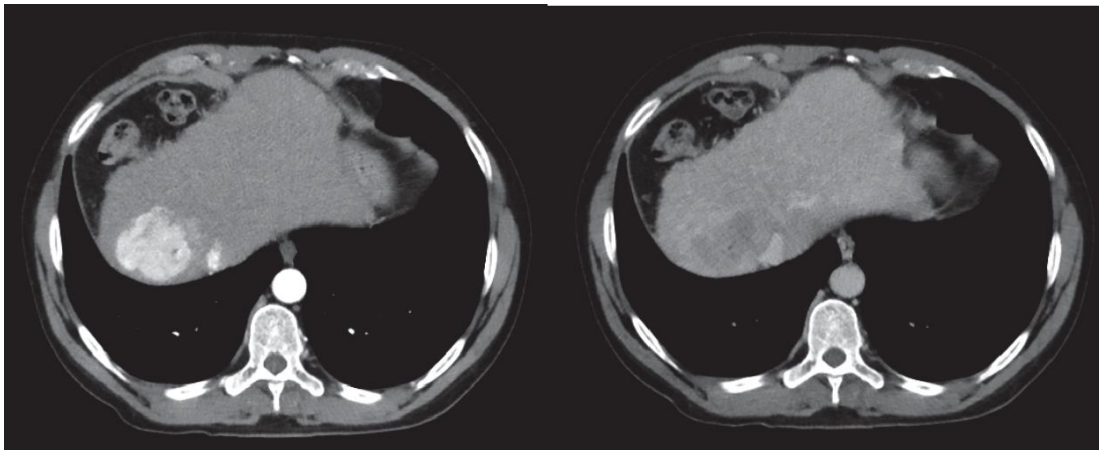
a) La vigilancia colonoscópica puede realizarse cada 3 años, dado que el segmento de mayor riesgo ya ha sido resecado.
b) La presencia de múltiples adenomas modifica el intervalo recomendado para el síndrome de Lynch, debiendo individualizarse y considerar vigilancia anual con resección exhaustiva de todas las lesiones.
c) Debe indicarse colectomía total profiláctica de forma sistemática por presentar más de diez adenomas.
d) El seguimiento puede basarse exclusivamente en colonografía por TC debido al elevado número de lesiones.

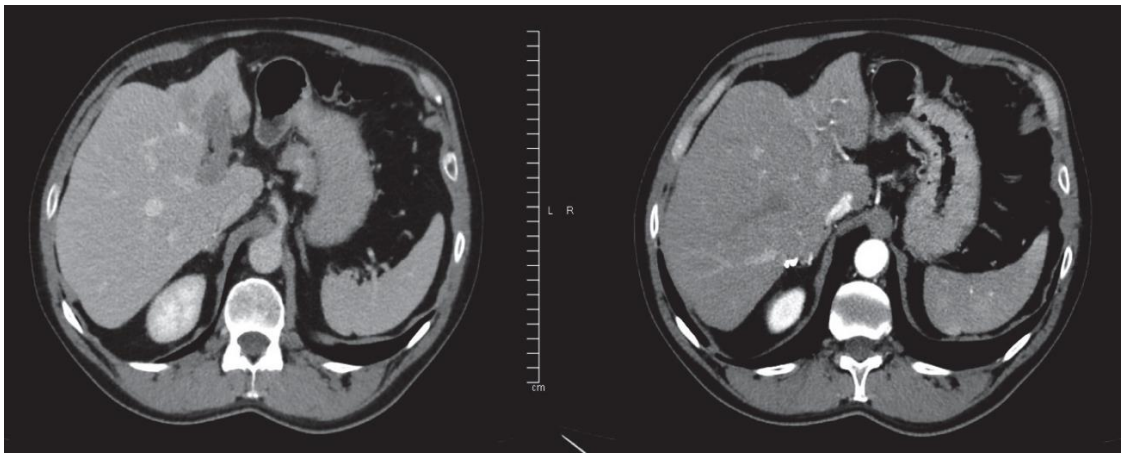
CASO CLÍNICO 9

Varón de 56 años con antecedente de hepatitis crónica C diagnosticado en 2015 con fibrosis basal de 19kPa tratado con antivirales de acción directa, alcanzado la respuesta viral sostenida (elastografía post tratamiento: 6kPa) y perdiendo el seguimiento en consultas externas posteriormente. No presenta otros antecedentes de interés.

Por molestias inespecíficas en hipocondrio derecho su médico de Atención Primaria solicita una ecografía abdominal, donde se objetiva una lesión focal hepática hipodensa, con bordes mal definidos, de aproximadamente 4 cm a nivel de lóbulo hepático derecho y otra lesión de 2 cm a nivel de segmento II con trombosis de rama portal izquierda que se extiende a confluencia de tronco portal principal.

Usted ante estos hallazgos ha solicitado un TAC toracoabdominopélvico trifásico preferente, identificándose una masa de 5 cm en LHD con el patrón captación de contraste visualizable en la imagen. Además, se identifica lesión de idénticas características en segmento II con trombosis expansiva que ocupa toda la rama portal izquierda y llega a afectar a tramo proximal de tronco portal común con los hallazgos que se objetivan en la imagen:





La analítica en este momento presenta los siguientes parámetros: Creatinina: 0,5 mg/dl, Na/K: 138/4,5 mmol/L, Alb: 3,9 g/dl, bilirrubina total: 0,8mg/dl, AST/ALT: 80/100 UI/L, GGT/FA: 110/180 UI/mL, Hb: 12 g/dl, leucocitos: 8.470/□L, plaquetas: 180.000 □L

INR: 0,95, Alfa-fetoproteína: 25.450 UI/mL.

Se realiza una endoscopia oral sin identificar varices esofágicas.

491. En relación con el diagnóstico de este paciente, indique de entre las opciones la que considera correcta:

a) El cuadro clínico es sospechoso de carcinoma hepatocelular, la presencia de una cifra de Alfa-fetoproteína > 500 UI/ml se considera un criterio diagnóstico de carcinoma hepatocelular.

b) Actualmente no presenta fibrosis avanzada, por lo que no es posible aplicar los criterios radiológicos de carcinoma hepatocelular y se requiere la realización de una biopsia para confirmar el diagnóstico.
c) El trombo portal tiene características de trombo plaquetario.
d) El paciente puede ser diagnosticado sin realizar estudio histológico de carcinoma hepatocelular con invasión tumoral de la vena porta.

492. A raíz de su conclusión diagnóstica, ¿cuál sería la estadificación de este paciente?

a) Hepatocarcinoma precotz BCLC A.
b) Hepatocarcinoma intermedio BCLC B.
c) Hepatocarcinoma avanzado BCLC C.
d) Hepatocarcinoma terminal BCLC D.

493. Tras informar sobre el diagnóstico y la estadificación, el paciente le traslada sus dudas sobre el pronóstico y la historia natural de dicha enfermedad. Indique cuál de las siguientes opciones considera correcta:

a) El paciente presenta enfermedad avanzada con un pronóstico de vida inferior a 3 meses. No está indicado inicial tratamiento antineoplásico y se debe derivar a cuidados paliativos.
b) Se considera un paciente de alto riesgo de desarrollar varices y presentar una hemorragia digestiva secundaria a las mismas.
c) La alfa-fetoproteína elevada que presenta el paciente es un marcador tumoral con utilidad en el diagnóstico de la enfermedad, pero carece de valor pronóstico.
d) En los pacientes con carcinoma hepatocelular avanzado la función hepática no influye en el pronóstico del paciente, estando éste condicionado únicamente por la carga tumoral.

494. Sobre la valoración de la enfermedad hepática en los pacientes con carcinoma hepatocelular avanzado, indique la respuesta correcta:

a) Los criterios no invasivos para valorar la existencia de hipertensión portal clínicamente significativa (BAVENO VII) han sido validados en este tipo de pacientes.
b) En los pacientes con carcinoma hepatocelular que presentan hemorragia por varices, la profilaxis secundaria incrementa la supervivencia.
c) Es obligado realizar una endoscopia oral previo a iniciar tratamiento sistémico, siendo innecesario el seguimiento si el paciente no presenta varices.
d) En los pacientes con carcinoma hepatocelular y varices esofágicas se prefiere el uso de ligadura endoscópica frente al betabloqueante no cardioselectivo en profilaxis primaria.

495. Atendiendo a las características del paciente del caso clínico, ¿cuál de las siguientes opciones sobre el tratamiento considera correcta?

a) El paciente es un buen candidato a recibir tratamiento sistémico de primera línea con la combinación atezoluzimab-bevacizumab.

b) La inmunoterapia ha demostrado no ser eficaz en pacientes sin viremia activa por lo que se recomienda tratamiento sistémico con el inhibidor tirosinquinasa sorafenib.
c) En esta fase de la enfermedad el uso de tratamiento sistémico no logra incrementar la supervivencia por lo que se debe adoptar una estrategia de control de síntomas en domicilio.
d) Se debe realizar tratamiento mediante quimioembolización de la lesión del segmento II e iniciar tratamiento anticoagulante del trombo plaquetario para incluir al paciente en lista de espera de trasplante hepático.

496. En relación a la diana molecular de los diferentes fármacos empleados en el tratamiento sistémico del carcinoma hepatocelular, indique la opción correcta:

a) Atezolizumab: CTLA-4.
b) Regorafenib: IDH-1.
c) Sorafenib: VEGFR 1-3, MET, AXL, KIT y RET.
d) Bevacizumab: VEGF.

497. En relación con el tratamiento sistémico del carcinoma hepatocelular, indique la opción que considera INCORRECTA:

a) La combinación de atezolizumab y bevacizumab ha demostrado aumentar la supervivencia frente al tratamiento con sorafenib.
b) Existe evidencia científica procedentes de EC en fase III sobre el uso en segunda línea de regorafenib, cabozantinib y ramucirumab en pacientes que presentan progresión bajo tratamiento con sorafenib.
c) No se recomienda el tratamiento sistémico adyuvante en pacientes que reciben un trasplante hepático y presentan signos histológicos de alto riesgo en la pieza del explante.
d) A pesar de un mayor beneficio en supervivencia con la combinación de atezolizumab-bevacizumab, los pacientes presentan un deterioro más precoz en calidad de vida frente a sorafenib.

498. Indique cuál de las siguientes asociaciones es correcta:

a) Child A, ECOG 0, nódulo de 15 cm: BCLC B.
b) Ascitis refractaria, encefalopatía hepática recurrente, ictericia, ECOG 2, hepatocarcinoma multinodular con 4 lesiones de 3, 2, 6, 4 cm: BCLC B.
c) Child A, ECOG 0, hepatocarcinoma con lesión única de 10 cm e invasión tumoral de la vena porta: BCLC C.
d) Child A, ECOG 0, hepatocarcinoma multicéntrico con metástasis óseas: BCLC D.

CASO CLINICO 10

Varón de 52 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a la consulta por un hallazgo casual de una lesión focal en la cabeza del páncreas de 1.2 cm. Aporta un TAC donde describe la lesión como focal, vascularizada, bien delimitada sin signos de invasión vascular ni metástasis a distancia. Se realiza una PAAF mediante ecoendoscopia y el análisis

citológico e inmunohistoquímico revela un tumor neuroendocrino bien diferenciado con un Ki-67 de 1.5%.

499. ¿Cuál es el manejo inicial más adecuado?

a) Tratamiento quimioterápico.
b) Tratamiento médico con somatostatina.
c) Cirugía ya que la mayoría de los TNE de páncreas son malignos y alrededor del 60% tienen enfermedad metastásica.
d) Valoración multidisciplinar y vigilancia activa.

500. En el caso de optar por la vigilancia, ¿cómo lo harías?

a) Casa 6 meses mediante ecoendoscopia hasta los 5 años.
b) TAC anual hasta los 2 años y luego bianual.
c) TAC o RM cada 6 meses durante los dos primeros años y luego anual o bianual.
d) TAC o RM bianual.