F E APARATU DIGESTIBOKO MEDIKUA

GALDERAK

1. **Gibel-azinoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?**

    a) 1. eremua da hipoxia jasateko arrisku handiena duena, gutxien oxigenatutako odola jasotzen duelako.
    b) 3. eremuan lesio hipoxiko eta CYP450ak sortutako metabolito gehiago jasan daitezke.
    c) 2. eremuan ez dago jarduera metaboliko nabarmenik.
    d) Gibel-azinoaren kontzeptuak ez du erabilgarritasun fisiopatologikorik.

2. **Zertan datza gibeleko *buffer* arterialaren erantzuna?**

    a) Portako fluxua handitzean arteria-fluxua handitzen denean.
    b) Gibeleko arteria-fluxuaren igoera konpentsatzailea izatean, portako fluxua murrizten denean.
    c) Gibeleko basokonstrikzio arteriala izatean, portako fluxua gutxitzen denean.
    d) Portako fluxua eta gibeleko arteria-fluxua erabat independenteak direnean.

3. **Zer eragingo luke modu zuzenagoan BSEP (behazun-gatzen ponpa esportatzailea) proteinaren inhibizio farmakologiko esanguratsuak?**

    a) Laktosaren malabsortzioagatiko beherako osmotikoa.
    b) Kolestasia, behazun-gatzen kanalikulu-jariatzea alteratzen delako.
    c) Urdaileko azidoaren hipersekrezioa.
    d) Ileoak B12 bitamina gutxiago xurgatzea.

4. **Zeri lotuko litzaioke ASBTaren (puntako sodioaren menpeko behazun-azidoen garraiatzailea) akats funtzional bat?**

    a) Urdaileko azidoen jariaketa-eskasiari.
    b) Ileoneko behazun-azidoen birkaptazio aktiboa murrizteari.
    c) Portako-gibeleko gradientea handitzeari.
    d) Hestegorriko hipermugigarritasun espastikoari.

5. **Zein da sekretina askatzeko estimulu fisiologiko nagusia?**

    a) Duodenoan azidoa egotea.
    b) Ondesteko distentsioa.
    c) Hipogluzemia.
    d) Kolonean behazun-azidoak izatea.

6. **Kolezistokininak, batez ere, ondorio hauetako zein eragiten du?**

    a) Uzkurdura besikularra eragozten du.



b) Entzima eta uzkurdura besikular ugariko jariatze pankreatiko azinarra estimulatzen du.
c) Pankrea-jariaketa postprandial oro eragozten du.
d) Sekretina askatzea blokeatzen du.

7. Zein da urdaileko azidoen jariaketen azken efektorea?

a) CFTR proteinaren kanal apikala.
b) H+/K+ kanikulako ATPasa.
c) Ileoneko ASBT.
d) Hepatozitoaren BSEP.

8. Protoi-ponparen inhibitzaileak (PPI) eraginkorragoak dira jan aurretik ematen direnean. Zergatik?

a) Soilik elikagaiak badaude neutralizatzen dutelako azidoa.
b) H+/K+ ATPasa ponpak aktibatuta egotea behar dutelako izan dezaketen eragin handiena izateko.
c) Soilik ingurune azidoetan xurgatzen direlako.
d) Zuzenean inhibitzen dutelako azetilkolina bagalaren askapena.

9. Ezaugarri hauetako zein dagokio gehien erraietako abdomeneko minari?

a) Hasieratik kokapen zehatza izatea.
b) Erraietako distentsio, espasmo, hantura edo iskemiaren ondorioz agertzea.
c) Nerbio somatiko parietalen bidez soilik transmititzea.
d) Goragalearekin, izerdiarekin edo sintoma autonomikoekin loturarik ez izatea.

10. Nola azaltzen da eskuineko sorbaldan mina izatea, gibeleko eta behazun-hodietako patologiaren ondoriozko narritadura diafragmatikoa izan ondoren?

a) Nerbio pudendoaren innerbazio esklusiboa.
b) Transmisio aferente frenikoen C3-C5 konbergentzia.
c) Plexo hipogastrikoaren lesio zuzena.
d) Hestegorriko beheko esfinterraren (HBE) hipertonia.

11. Solidoetarako zein likidoetarako disfagia batek, hasiera-hasieratik, zer iradokitzen digu, batez ere?

a) Buxadurazko lesio mekanikoa.
b) Hestegorriko mugimenduaren nahasmendua.
c) Beti hestegorriko minbizi aurreratua.
d) Koloneko dibertikulosia.

12. Zein aurkikuntza manometrikok definitzen du akalasia?

a) HBEren hipotonia, peristalsia osorik duela.
b) Hestegorriko aperistalsia eta lotura esofagogastrikoaren erlaxazio osatugabea.
c) Uzkurdura arruntak IRP baxuarekin.
d) Hestegorriko goiko esfinterraren (HGE) hipertonia bakartua.

13. **Gorako errepikatuak dituen paziente batek alkalosi metaboliko hipokloremikoa eta hipopotasemia ditu. Zein da mekanismo nagusia?**

    a) Urdailak HCla galtzea.
    b) Bikarbonatoa galtzea gorozkien bidez.
    c) Hesteetako azidosi laktikoa.
    d) Behazun-azidoen hiperprodukzioa.

14. **Gaixotasun zeliakoaren susmoa dagoen eta IgA osoko maila normalak dituen heldu baten kasuan, zein da hasierako proba serologiko erabilgarriena?**

    a) Anti-LKM1.
    b) Ehunen IgA anti-transglutaminasa.
    c) M2 antimitokondriala.
    d) Muskulu lauaren aurkakoa.

15. **Zein da esklerosi sistemikoaren eredu esofagiko klasikoa?**

    a) HBE hipertentsiboa eta erlaxazio osatugabea.
    b) HBEren hipotonia eta peristalsi distal ahula edo eza.
    c) Peristalsi arrunta disfagia funtzionalarekin.
    d) HGEren hipertonia bakartua.

16. **Abdomeneko mina, odoljario digestiboa eta zulaketa-arriskua dituen baskulitis sistemiko baten aurrean, zein da mekanismo fisiopatologiko nagusia?**

    a) Gastrinaren hipersekrezioa.
    b) Iskemia, hodi mesenterikoen hantura dela eta.
    c) Jariaketa pankreatiko duktala handitzea.
    d) HBE aldi baterako erlaxatzea.

17. **Mekanismo hauetako zeinek azaltzen du digestio-adierazpenak izatea amiloidosian?**

    a) Amiloidea geratzea horma baskularrean, mukosan, submukosan edo plexu neuromuskularretan.
    b) Azido-jariaketa modu bakartuan handitzea.
    c) ASBTren inhibizio selektiboa.
    d) BSEP aktibatzea.

18. **Zein da hipertiroidismoaren urdail-hesteetako ohiko adierazpena?**

    a) Hipomugikortasunak eragindako idorreria larria.
    b) Heste-igarotzea eta beherakoa areagotzea.
    c) Ezkerreko kolonaren buxadura mekanikoa.
    d) Ikterizia buxatzailea, buxatutako behazun-harria dela eta.

19. **Zein da iskemia mesenteriko arterial akutuaren hasierako aurkikuntza kliniko klasikoa?**

    a) Min arina eta taula moduko abdomena izatea hasieratik.

b) Sabeleko min handia, miaketa fisikoaren intentsitatearekin bat ez datorrena.
c) Minik gabeko errektorragia kronikoa urteetan zehar.
d) Solidoetarako disfagia progresiboa.

20. Zerekin lotzen da, batez ere, iskemia mesenteriko ez-oklusiboa?

a) Gastu txikia, shocka edo basokonstrikzio esplaknikoarekin.
b) Hipergastrinemia hereditarioarekin.
c) Laktasa-akats bakartuarekin.
d) Esofagitis eosinofilikoa.

21. Zainetako tronbosi mesenteriko akutuan, peritonitisik ez dagoenean, zer sartzen da hasierako tratamenduan?

a) Antikoagulazio sistemikoa.
b) Berehalako kolektomia osoa kasu guztietan.
c) Dosi bikoitzeko PPIa tratamendu bakar gisa.
d) Mukosaren ablazio endoskopikoa.

22. Zein dira kolitis iskemikoarekiko izateko kalteberak diren kokapen klasikoak, muga baskularreko eremuetan?

a) Urdaileko fundusa eta duodeno proximala.
b) Barealdeko tolestura eta sigmoide-juntura.
c) Hestegorri zerbikala eta kardiak.
d) Ileon terminala bakarrik.

23. Ondorengo aurkikuntza hauetako zeinek iradokitzen du nekrosi transmurala izateko arrisku handiena duen kolitis iskemiko larria?

a) Min arina eta kolonoskopia normala.
b) Peritonitisa, azidosia, shocka edo portako pneumatosia.
c) Gaueko pirosi bakartua.
d) Solidoetarako aldizkako disfagia.

24. Anemia ferropeniko errepikaria eta eskuineko koloneko lesio baskular lauak dituen adineko batek, ziur aski, zer du?

a) Koloneko angiodisplasia.
b) Whippleren gaixotasuna.
c) Akalasia.
d) Pankreatitis autoimmunea.

25. Epistaxi errepikakorra, larruazal-mukosetako telangiektasiak eta odoljario digestiboa egoteak zer iradokitzen du?

a) Lynchen sindromea.
b) Telangiektasia hemorragiko hereditarioa
c) Wilsonen gaixotasuna.
d) III. motako akalasia.

26. Zerk definitzen du Budd-Chiariren sindromea?

a) Gibeleko irteerako zain-fluxua buxatzea, gibeleko zainetatik beheko kaba zaineraino.
b) Hodi zistikoaren buxadura bakartua.
c) Goiko mesenterio-arteriaren tronbosi esklusiboa.
d) Piloroaren estenosi onbera.

27. Budd-Chiari duen paziente baten kasuan, eskuratutako zer kasua ikertu behar da modu gidatuan?

a) Neoplasia mieloproliferatiboa, JAK2 mutazioarekin.
b) Laktasa-eskasia.
c) Higadurarik gabeko errefluxuagatiko gaixotasuna.
d) Zenkeren dibertikulua.

28. Zein da hepatitis iskemikoaren eredu analitiko ohikoena?

a) AST/ALT arinki handitzea urteetan zehar.
b) Hipoperfusioaren edo hipoxiaren ondoren aminotransferasak bat-batean eta nabarmen handitzea.
c) Zeharkako hiperbilirrubinemia bakartua.
d) Amilasa modu bakartuan handitzea.

29. Zein da parazetamolaren gaindosiagatiko hepatotoxikotasunaren mekanismo nagusia?

a) ASBT zuzenean blokeatzea.
b) NAPQI metatzea glutatioa agortu ondoren.
c) Sekretinaren inhibitzaile selektiboa.
d) Kolangiozitoen suntsiketa autoimmunea.

30. Paziente batek honako hauek ditu: solido eta likidoetarako disfagia, toraxeko min nabarmena eta erresoluzio handiko manometria, IRP handiaren, aperistalsiarekin eta hestegorri distalean uzkurdura espastiko goiztiarrekin. Zein da azpimota manomeriko probableena?

a) I. motako akalasia.
b) III. motako akalasia.
c) III. motako akalasia.
d) Lotura gastroesofagikoaren buxadura funtzionala, akalasiarik gabe.

31. Zein akalasia azpimotak erantzuten dio ondoen Hellerren dilatazio pneumatikoari edo miotomiari?

a) I. motak.
b) II. motak.
c) III. motak.
d) Lotura gastroesofagikoaren fluxua buxatzeak.

32. Datu hauetako zeinek piztu behar du pseudoakalasiaren susmoa, lotura gastroesofagikoaren neoplasia dela eta?

a) Pixkanaka garatzen doan disfagia izateak haurtzarotik.
b) Adin handian hasteak, pisu-galera azkarrak eta bilakaera laburrak.
c) 15 urtez sintoma egonkorrak izateak.
d) Nitratoei erantzun oso eta jarraituak emateak.

33. Zein da FLIParen erabilerarik zentzuzkoena hestegorriko patologian?

a) Endoskopia beti biopsiekin ordezkatzea.
b) Lotura gastroesofagikoaren distentsibilitatea baloratzea eta akalasiako esku-hartzeak bideratzea.
c) Barretten hesteetako metaplasia diagnostikatzea.
d) Mediastino-gongoilak estadifikatzea.

34. Espasmo distal luzea duen III motako akalasia batean, zer abantaila teoriko du POEMek (aho bidezko miotomia endoskopikoak) dilatazio pneumatikoaren aldean?

a) Segmentu espastikoari zuzendutako miotomia zabalagoa egitea ahalbidetzen du.
b) Geroagoko errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasunerako arriskua erabat saihesten du.
c) Ez da aldez aurreko baieztapen manometrikorik behar.
d) Aldi berean tratatzen du Barretten hesteetako metaplasia.

35. POEM edo akalasiagatiko Hellerren miotomiaren ondoren, zer konplikazio bilatu behar da aktiboki?

a) Errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasuna.
b) Kolangiti esklerosante primarioa.
c) Behazun-azidoen malabsortzioa.
d) Pankreatitis kroniko buxatzailea.

36. Zergatik murriz ditzake baklofenoak errefluxu-aldiak?

a) H+/K+-ATPasa ponpa inhibitzen duelako.
b) HBEren erlaxazio iragankorren maiztasuna murrizten duelako, GABA-B ekintzaren bidez.
c) Hestegorriko goiko esfinterraren presio basala handitzen duelako.
d) Barretten mukosa kimikoki erauzten duelako.

37. Zer iradokitzen du progresiboa ez den aldizkako disfagia batek, batez ere solidoentzat, elikadura-inpaktuko gertakariak baditu?

a) I. motako akalasia aurreratua.
b) Hestegorriko eraztuna edo esofagitis eosinofilikoa.
c) T3 hestegorriko kartzinoma.
d) Hestegorriko esklerodermia.

38. Paziente batek honako hauek ditu: PPIarekiko pirosi errefraktarioa, endoskopia normala eta ERGEren aurretiazko ebidentzia objektibo eza. Horren kasuan, eerrefluxuaren aurkako kirurgia planteatu aurretik, ahal dela, zer egin behar da?

a) Funduplikatura enpirikoa.
b) PHmetria edo pH-inpedantziometria, errefluxu patologikoa dokumentatzeko.
c) Lotura eskamo-kolumnarraren irrati-maiztasuneko ablazioa.
d) Kortikoide sistemikoen bidezko tratamendua.

39. Dosi bikoitzeko PPIa jaso arren, sintoma iraunkorrak dituen paziente bat dugu; endoskopia normala, pH-inpedantziometria azido-esposizio normalarekin duena eta asoziazio sintomatiko negatiboa duena. Ziurrenik, zer izango du?

a) Higadurazko errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasun errefraktarioa.
b) Pirosi funtzionala.
c) Barrett ultramotza.
d) II. motako akalasia.

40. Zein proba da sintoma iraunkorrak azido-errefluxuko eta azido gabeko gertakariekin lotzeko erabilgarriena?

a) PH-inpedantziometria esofagikoa.
b) Hatsaren testa laktulosarekin.
c) Gibeleko elastografia.
d) Heste meharreko kapsula endoskopikoa.

41. Zein da errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasunari egotzitako eztul kronikoari, laringitisari edo asmari buruzko baieztapenik zuzenena?

a) Errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasuna baieztatzen dute, nahiz eta sintoma tipikorik ez egon.
b) Zuhurtziaz diagnostikatzea eskatzen dute, kausa-harremana frogatzea zaila delako.
c) Funduplikaturaren zuzeneko indikazio dira.
d) Barretten ablazioa egitera behartzen dute.

42. Funduplikatura baten aurretik, zertarako eskatzen da batez ere hestegorriko manometria egitea?

a) Hesteetako metaplasia baieztatzeko.
b) Estrategia kirurgikoa aldatzen duten akalasia edo nahasmendu motor larriak baztertzeko.
c) Errefluxuan bilirrubina neurtzeko.
d) Azaleko kartzinoma ezkataduna diagnostikatzeko.

43. Zurrunga kroniko bakartua duen paziente batek, zeinak ez duen pirosirik eta birurgitaziorik, errefluxuaren aurkako kirurgia eskatzen du. Zein da jarrerarik egokiena:

a) Laringeko eritema badago, zuzenean operatzea.

b) Errefluxua objektiboki baieztatzea, sintomak errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasunari egotzi aurretik.
c) Laringeko klinika dela eta, Barrett diagnostikatzea.
d) Irrati-maiztasun bidezko ablazioa agintzea.

44. Errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasunaren sintomei eta azidoarekiko esposizioari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Azido-errefluxuko gertakari orok pirosia sortzen du.
b) Azido-errefluxuko gertakarien eta sintomen arteko korrelazioa ahula da.
c) Barretten hestegorria azidoarekiko hipersentikortasunarekin lotzen da beti.
d) Adin handiak etengabe handitzen du azidoarekiko sentikortasuna.

45. Berrahoratzeak, pirosiarekin alderatuta, diagnostiko diferentzial zabalagoa du; izan ere:

a) Buxadura esofagikoaren, eraztunaren, estenosiaren, akalasiaren edo gastroparesiaren ondorio izan daiteke.
b) Faktore intrintsekoaren eskasiaren ondorio izan daiteke.
c) Kolitis iskemikoaren ondorio izan daiteke.
d) Fruktosaren malabsortzioaren ondorio izan daiteke.

46. Profil hauetako zein egokitzen zaio hobekien Barretten baheketa endoskopikoa egitea pentsa daitekeen paziente bati?

a) Emakume gaztea, errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasunarik eta arrisku-faktorerik gabea.
b) 50 urtetik gorako gizonezkoa, errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasun kronikoa, obesitate zentrala eta tabakismoa dituena.
c) Beherako kronikoa duen 30 urteko emakumea.
d) Abdomeneko min funtzionala duen paziente gaztea.

47. ESGEren arabera, zer egin behar da Barretten hestegorriaren zaintza endoskopikoan?

a) Lesiorik ez badago, argi zuriz azkar ikuskatu, biopsiarik gabe.
b) Barretten zentimetro bakoitzeko minutu bateko ikuskapen minimoa, fotodokumentazioa eta biopsia protokolizatua.
c) Ekoendoskopia sistematikoa displasikoak ez diren Barrett guztietan.
d) Urteko PET-OT.

48. ESGE 2023ren arabera, 1 cm-tik beherako Z lerro irregular edo hestegorriko zutabe-epitelio batean, zein jokabide gomendatzen da?

a) Ohiko biopsiak eta zaintza, 3 urtean behin.
b) Ez egitea ohiko biopsiarik, ezta zaintza endoskopikorik ere.
c) Ablazioa irrati-maiztasunarekin.
d) Muki-erauzketa zirkunferentziala.

49. ESGE 2023ren arabera, 1 cm baino gehiagoko eta 3 cm baino gutxiagoko luzera duen Barrett ez-displasiko baterako, zer zaintza-tarte gomendatzen da?

a) 6 hilabete.
b) 1 urte.
c) 5 urte.
d) Ez dago zaintzarik inoiz.

50. ESGE 2023ren arabera, ≥3 cm-ko eta <10 cm-ko luzera duen Barrett ez-displasiko batean, zer zaintza-tarte gomendatzen da?

a) 6 hilean behin.
b) 3 urtean behin.
c) 10 urtean behin.
d) Disfagia agertzen bada bakarrik dago.

51. ESGE 2023ren arabera, ≥10 cm luze den Barretta duen paziente batek zer egin beharko luke?

a) Ez zaindu errendimendu txikia dela eta.
b) Zaintzarako zentro aditu batera bidali beharko lukete.
c) Esofagektomia profilaktikoa jaso beti.
d) Kapsula endoskopikoarekin soilik kontrolatu.

52. Patologo aditu batek baieztatutako maila txikiko displasia duen Barrett kasuetan, gaur egun zer estrategiak egiten du mesede gehien?

a) Ablazio endoskopikoak, diagnostikoa baieztatu eta ageriko lesioa baztertu ondoren.
b) PPIak bakarrik, zaintzarik gabe.
c) Beti berehalako esofagektomiak.
d) Ezer ez egiteak, ez duelako aurrera egiten.

53. Nodulu ikusgarria eta maila handiko displasia duen biopsiako Barrett batean, zein da jokabide zuzena?

a) Barrett osoaren zuzeneko ablazioa egitea, nodulua lehortu gabe.
b) Noduluaren erauzketa endoskopikoa egitea, estadifikazio histologikorako.
c) Biopsien bidezko jarraipena, 5 urtean behin.
d) Flukonazol bidezko tratamendua.

54. Zein da Barretten ikus daitekeen lesio bat endoskopikoki erauzteko arrazoi nagusia, segmentuaren gainerakoa erauzi aurretik?

a) Erauzketak sakoneraren, ertzen eta inbasio linfobaskularraren estatistika histologiko erreala ahalbidetzea.
b) Ablazioak ez funtzionatzea inoiz mukosa lauan.
c) Biopsia aleatorioak erauzketa-pieza ordezkatzea.
d) Lesioa ikusgarria denean infekziosoa izatea.



55. Barretten displasia edo adenokartzinoma duen lesio ikusgarri bat erauzi ondoren, zer gomendatzen du ESGEk?

a) Barretten gainerako epitelioa ez tratatzea.
b) Hondarreko Barretta ez erauztea, ablazioaren bidez.
c) Zaintzaren ordez, urteko OT jartzea.
d) Jariatzearen kontrako tratamenduak bakarrik egitea.

56. Displasia maila handiko Barretta badu, ageriko lesiorik gabe, ESGEk zer gomendatzen du?

a) Tratamendurik ez ematea, 5 urtera zaintza baino ez.
b) Ablazio endoskopikoa egitea, minbizi inbaditzailera igarotzea prebenitzeko.
c) Nahitaezko esofagektomia.
d) Kortikoide topikoen bidezko tratamendua.

57. Zein da Seattleko protokoloari eginiko kritika zuzen bat?

a) Tarteko minbizia izateko arriskua erabat ezabatzen du.
b) Displasia- edo minbizi-fokuak gal ditzake laginketa-akatsen ondorioz.
c) Kontraindikatuta dago Barrett luzean.
d) Kartzinoma ezkatatsuan bakarrik erabiltzen da.

58. Esofagikoko minbizian T1a eta T1b bereizketa zeren araberakoa da?

a) Tumoreak submukosa inbaditzen duen ala ez.
b) Tumorea karinaren gainetik edo azpitik dagoen.
c) Ezkataduna edo adenokartzinoma den.
d) Likidoentzako disfagia dagoen.

59. Zergatik behar izaten du T1b minbizi esofagiko batek arrisku txikiko T1a batek baino balorazio terapeutiko oldarkorragoa?

a) Submukosa inbaditzen duelako eta ganglioetako metastasia izateko arriskua nabarmen handitzen duelako.
b) T1b *in situ* kartzinomaren baliokidea delako.
c) T1b ezin delako histologikoki diagnostikatu.
d) T1b beti delako onbera.

60. Aurkikuntza hauetako zeinek ahalbidetzen du sendagarritzat jotzea Barrettekin lotutako T1a adenokartzinoma baten erauzketa endoskopikoa?

a) Inbasio linfobaskularrak.
b) Diferentziazio eskasak.
c) Mukosara mugatutako inbasioak, bereizketa ona/neurritsua, ertz egokiek eta inbasio linfobaskularrik ez egoteak.
d) Inbasio submukoso sakonak.

61. ESGE 2022ren arabera, ageriko inbasio submukosarik gabeko hestegorriko gainazaleko kartzinoma ezkatatsu gehienen kasuan, zein da lehentasunezko teknika?

a) Submukosa-disekzio endoskopikoa.
b) Protesi metaliko autohedagarria.
c) Argon bidezko ablazioa, histologiarik gabe.
d) Dilatazio pneumatikoa.

62. ESGE 2022ren arabera, endoskopikoki erauz daitezkeen azaleko lesioetan zer egin behar da?

a) EUS, OT, EM eta PET-OT egin behar dira, beti erauzi aurretik.
b) Ez da frogarik gomendatzen erauzketa endoskopikoaren aurretik, normalean.
c) PET-OTk piezaren histologia ordezten du.
d) Endoskopia diagnostikoak ez du informazio garrantzitsurik ematen.

63. ESGE 2022ren arabera, Barretti lotutako lesioetan, azaleko submukosaren inbasioa dagoen edo blokean erauzi beharko den susmoa badago, zer egitean pentsa daiteke?

a) Disekzio submukoso endoskopikoa (ESD).
b) Biopsia bakarra eta zaintza.
c) Histologiarik gabeko ablazioa.
d) Dilatazio pneumatikoa.

64. ESGEren arabera, hestegorriko ESDn, zein neurri tekniko gomendatzen da prozedura errazteko?

a) Trakzio-metodoak erabiltzea.
b) Akats guztiak ohikeriaz ixtea.
c) Submukosan injektatzen den edozein soluzio likatsu saihestea.
d) Ez erabiltzea inoiz koagulaziorik.

65. Azaleko hestegorriko minbizian, zergatik da ekoendoskopia baliagarria?

a) Beti histologia ordezkatzen duelako.
b) Errendimendu ona duelako T estadifikaziorako eta gongoiletako estadifikazio lokal-erregionalerako.
c) Ez duelako adenopatiarik detektatzen.
d) Mugigarritasuna baloratzeko baino ez duelako balio.

66. Zen da hestegorriko minbizi sintomatikoaren aurkezpen klinikorik ohikoena?

a) Gauetan beherako urtsua izatea.
b) Disfagia progresiboa, hasieran solidoentzat dena, eta pisua galtzen joatea.
c) Doxiziklinaren atzean bakartutako odinofagia.
d) Haurtzarotik elikagaiak berrahoratzea, pisu-galerarik gabe.

67. Disfagia buxatzailea duen hestegorriko minbizi aurreratu sendaezinean, zein da disfagia hobetzeko aukera endoskopiko aringarri zuzenena?

a) Protesi metaliko autohedagarria.
b) Seattleko protokoloa.
c) Dilatazio pneumatikoa, behin betiko tratamendu gisa.
d) Barrett ez-displasikoaren ablazioa.

68. ESGEren arabera, hestegorriko elikadura-inpaktazio baten aurrean, zer egin behar du tratamendu medikoak?

a) Endoskopia atzeratu behar du beti.
b) Ez du endoskopia atzeratu behar.
c) Endoskopia ordezten du, glukagoia ematen bazaio.
d) Tratamendu medikoa agintzen da endoskopia egin baino 72 ordu lehenago.

69. ESGEren arabera, ez badago erresistentziarik eta egoera distala zentzuz baloratu badaiteke, zer teknika onartzen da elikadura-inpaktazioan?

a) Boloa urdailerantz bultzatzea emeki.
b) Itsumustuan dilatatzea boloa kendu aurretik.
c) Adrenalina injektatzea boloan.
d) SEMS iraunkorra jartzea.

70. Hestegorriko eraztun meheak dituen heldu gazte bati elikadura-inpaktazioa hertu ondoren, zein da jokabide egokiena?

a) Jarraipenik gabeko alta.
b) Hestegorriko biopsiak egitea, EoE baztertzeko.
c) Tratamendu mugagabea antibiotikoekin.
d) Esofagektomia, inpaktazioa osoa izan bazen.

71. EoEren susmoa badago, zein da estrategia diagnostikorik egokiena?

a) Biopsia egitea soilik eraztunak edo exudatuak badaude.
b) Hestegorriko biopsiak hartzea, mukosak normala dirudien arren.
c) Biopsiak egitea saihestea pazienteak PPI hartzen badu.
d) IgE seriko altuarekin bakarrik diagnostikatzea.

72. Heldu batek honako hauek ditu: EoE, elikadura-inpaktazio errepikariak, hestegorri estua eta disfagia iraunkorra. Zein da tratamendurik zuzenena?

a) Dilatazioa bakarrik, tratamendu antiinflamatoriorik gabe.
b) EoEren tratamendu antiinflamatorioa eta dilatazioa, estenosi sintomatikoa badago.
c) Esofagektomia goiztiarra.
d) Espektro zabaleko antibiotikoa.

73. Zein patroi klinikok iradokitzen du gehien medikamentuek eragindako esofagitisa?

a) Urteak joatea gaueko pirosia izaten.

b) Odinofagia edo bihotz aurreko min akutua konprimatua ur gutxirekin hartu eta oheratu ondoren.
c) Disfagia progresiboa 8 hilabetez eta pisu-galera.
d) Digeritu gabeko janariaren berrahoratzea, nerabezarotik.

74. Transplantea jaso duen paziente batek odinofagia bizia eta hestegorriko ultzera handiak, sakonak eta linealak ditu. Zer etimologiaren susmoa izan behar da, bereziki?

a) Kandida.
b) ZMBa.
c) Schatzkiren eraztuna.
d) Barrett ez-displasikoa.

75. ESGEren arabera, hestegorriko estenosi errefraktario onberetan:

a) Protesi metaliko autohedagarriak lehen aukerako tratamenduak dira.
b) Protesi metaliko autohedagarriak ez dira lehen aukera gisa erabili behar.
c) Protesi metaliko autohedagarriak dilatazioaren aurretik agintzen dira beti.
d) Protesi metaliko autohedagarriak minbizi metastasikoa dagoenean bakarrik erabiltzen dira.

76. Errefluxu gastroesofagikoaren ondoriozko gaixotasunaren diagnostikoari dagokionez, hauetako zein da OKERRA?

a) Pirosia eta berrahoratze azidoa egoteak 8 astez protoi-ponparen inhibitzaileekin (PPI) tratamendu enpirikoa hasteko adinako sentikortasuna eta espezifikotasuna du.
b) Errefluxu gastroesofagikoak eragindako gaixotasunaren sintomak dituen paziente batek alarma-sintomak izatea (disfagia, pisu-galera, anemia) ahoko endoskopia egiteko indikazioa da.
c) Errefluxuagatiko gaixotasunaren sintoma tipikoak dituzten pazienteei ahoko endoskopia egin behar zaie, PPI bidezko tratamendu enpirikoari erabat erantzuten ez badiote. Ohikoena esofagitis peptikoa aurkitzea izango da.
d) Errefluxu errefraktarioaren ondoriozko gaixotasuna eta PPI bidezko tratamendua dituzten pazienteen kasuan, errefluxua pHmetria bidez monitorizatuz gero, inpedantziarekin egiteak badu abantaila bat ohikoaren aldean: errefluxu arinki azidoak edo ez-azidoak detektatzen ditu.

77. Eboluzio luzeko errefluxu errefraktarioaren ondoriozko gaixotasuna duen paziente bati Barretten hestegorria diagnostikatu diote berriki. Gaixotasun horri buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Eboluzio luzeko errefluxu errefraktarioaren ondoriozko gaixotasunean, PPI bidezko tratamenduarekiko atxikidura txarra eta ahoko endoskopia normala duten pazienteen kasuan, biopsiak hartu behar dira lotura eskamo-kolumnarraren lau koadranteetan, Barretten hestegorriaren despistaje histologikorako.
b) 1 cm-tik beherako Barretten hestegorria duten pazienteetan, progresio histologikoaren arriskua nabarmena denez, gutxienez 8 biopsia hartu behar dira displasia dagoen baloratzeko.

c) Zenbait saiakuntza klinikok frogatu dute protoi-ponparen inhibitzaile bidezko tratamendu kronikoak nabarmen txikitzen duela Barretten hestegorriaren progresio histologikoa.
d) Xede erradikaleko tratamendu endoskopikoa aplikatu arren (mukosektomia, disekzio endoskopikoa eta/edo irrati-maiztasun bidezko ablazioa), epe luzera jarraipen endoskopikoa egin beharko da.

78. 31 urteko gizon batek ez du aurrekari mediko aipagarririk, fruitu lehorrei alergia izan ezik. Kontsultara joan da irensteko zailtasuna duelako. Zenbait hilabete doa horrela, eta aldizka agertzen zaio. Bi inpaktazio izan ditu, gertakari-koadroekin bateragarriak direnak, baina horiek etxean berez konpondu zaizkio. Irudian ikusten den ahoko endoskopia egin zaio. Susmatzen duzun koadro klinikoari dagokionez, hurrengo baieztapenetako zein da zuzena?

a) Esofagitis eosinofiloa diagnostikatzeko, heren distaleko eta proximaleko gutxienez 6 biopsia hartu behar dira, protoi-ponparen inhibitzaileekin tratamenduan egon bitartean, errefluxu gastroesofagikoaren ondoriozko gaixotasunaren diagnostikoa baztertzeko.
b) Esofagitis eosinofiloaren tratamenduan, larruazaleko alergia-probek aukera ematen dute baztertze-dieta eraginkorrak diseinatzeko.
c) Dupilumaba, interleukina 4ren eta interleukina 12ren hartzailea blokeatzen duen antigorputz monoklonala, eraginkorra dela frogatu da, plazeboarekin alderatuta, esofagitis eosinofiloa duten pazienteen hobekuntza histologikoan eta sintomatikoan.
d) Esofagitis eosinofilikoa duen paziente batek hestegorriko estenosia garatzen badu, dilatazio endoskopikoa aukera eraginkorra eta segurua izango da, <% 1eko zulatzeko arriskua baitu.

79. Akalasia primarioaren diagnostikoari dagokionez, adierazi aukera hauen artean zein den zuzena:

a) Chicagoko sailkapenaren arabera, akalasia ohikoena eta pronostiko okerrena duena II. motakoa da, eta horren ezaugarriak dira gorputz esofagikoaren aperistalsia agertzea eta 30 mmHg-tik beherako hestegorriko presurizazio-fenomenoak izatea.
b) Chicagoko sailkapenaren arabera, akalasia ezohikoena eta miotomia zabalenak behar dituena III. motakoa da, eta ezaugarri du gorputz esofagikoaren kontrakzio espastikoak agertzea.
c) Akalasia duten pazienteek hestegorriko adenokartzinoma izateko arrisku handiagoa dutenez, frogatu da urteko endoskopia bidezko baheketak nabarmen txikitu duela heriotza-tasa populazio horretan.
d) Erabakimen handiko manometriaren garapenari esker ez dira beharrezkoak beste prozedura diagnostiko batzuk, hala nola ahoko endoskopia eta bario bidezko esofagograma.

80. Hestegorriko kartzinomaren ebaluazio diagnostiko eta terapeutikoari dagokionez, aukera hauetako zein da zuzena?

a) Mukosa barneko adenokartzinoma (T1) duten pazienteen kasuan, submukosaren erasanik gabe, erauzketa endoskopikoa (EMR/ESD) sendatzea xede duen tratamendutzat hartzen da.
b) Gongoiletako metastasia izateko arriskua handiagoa da adenokartzinoma goiztiarrean kartzinoma epidermoide goiztiarrean baino.
c) Ez dago ebidentziarik kirurgia ondoren immunoterapiarekin adjubantzia erabiltzeari buruz, gaixotasun lokal aurreratua duten pazienteetan, zeinak pieza kirurgikoan hondar-gaixotasuna duten.
d) Pazienteek kartzinoma ezkatatsu lokalki aurreratua badute, baina kartzinoma hori erauzi egin badaiteke, ez da gomendatzen kimioerradioterapia bidezko tratamendu neoadjubantea, ez baita frogatu eraginkorra denik.

81. Hestegorriaren anatomiari eta enbriologiari dagokionez, adierazi aukera hauetako zein den OKERRA:

a) Proximalki, hestegorriaren hasiera faringearen beheko muskulu hertsatzailearen eta krikofaringeoaren loturaren ostean dago. Funtzionalki hestegorriko goiko esfinter izeneko muskulu-eremu bat dago, atsedenean erlaxatuta egoten dena.
b) Hestegorriaren goiko herena gihar ildaskatuz soilik osatuta dago.
c) Fetuetan, hestegorria eta arnasbidea jatorri endodermikoko hodi komun primitibo batetik garatzen dira.
d) Hestegorriko atresiagatik ebakuntza egin zaien helduen kirurgia osteko konplikazio ohikoena errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasuna da.

82. Kolangitis akutua maneiatzeari dagokionez, aukera hauetako zein da zure ustez zuzena?

a) Kausarik ohikoena behazun-bide distaleko estenosi neoplasikoak dira.
b) Charcoten triadak (ikterizia, sukarra eta abdomeneko mina) % 90etik gorako sentikortasuna du kolangitis akutua diagnostikatzeko.
c) Tratamendu antibiotikoa hasi ondoren, endoskopia bidez behazuna drainatzea gomendatzen da, ahal bada, koadro klinikotik gutxienez 48 ordu igaro direnean.
d) Koagulazio-alterazioak dituzten eta behazun-bidea urgentziaz drainatzea behar duten pazienteen kasuan, joera *stent*a jartzea da, esfinterotomiarik egin gabe.

83. Atzeranzko kolangiopankreatografia endoskopikoa (AKPE) da gaur egun behazun-bidea drainatzeko modu nagusia. Arrisku eta konplikazio nagusiei dagokienez, adierazi aukera hauetako zein den OKERRA:

a) AKPE osteko pankreatitisak % 3-10eko intzidentzia du, eta hilkortasuna <% 1ekoa da.
b) Gizonezkoen kasuan, hodi pankreatikoaren kanulazioa eta gaztea izatea AKPE osteko pankreatitisaren arrisku-faktore dira.
c) AKPEri lotutako zulaketaren kokapenik ohikoena anpoila inguruan izaten da.
d) Ondesterako indometazina-supositorioa, *Ringer* laktato-soluzioa ematea eta hodi pankreatikoan *stent*a txertatzea dira AKPE osteko pankreatitisa prebenitzeko metodo nagusiak.

84. 37 urteko gizonezko batek pankolitis ultzeraduna diagnostikatuta dauka duela 10 urtetik, eta erremisioan dago mesalazina bidezko tratamenduarekin. Balorazioa eskatu du 6 hilabete doalako kolestasia edukitzen (230ko aurikula-fibrilazioa; 300ko gammaglutamil transferasa, 80ko AST, 90ko ALT; 1, 7ko bilirrubina, guztira). Sintoma bakarra prurito arina da. Birus-serologia negatiboak. IgG4 maila normalak. Kolangioerresonantzia magnetikoan ikusi da eskuineko eta ezkerreko behazun-hodi hepatikoak irregularrak direla, eta koledokoko desestrukturazioa zein irregulartasuna duela, baita koledoko sakuluko dilatazioak ere, koledo-irteeraraino. Ez du ez kolelitiasirik, ez edukirik ere behazun-bidearen barruan. Izan dezakeen gaixotasunarekin lotuta, adierazi aukera hauetako zein den zuzena:

a) Hodi txikiko kolangitis esklerosantea duten pazienteek arrisku handiagoa dute fibrosi nabarmena / zirrosia garatzeko.
b) Ca19-9 zehaztea funtsezkoa da kolangiokartzinomaren baheketa goiztiarrean, doitasun diagnostiko handia duelako kolangitis esklerosante primarioa duten pazienteekin.
c) Azido ursodexokolikoarekin tratatzea gomendatzen da (eguneko dosia, 30 mg/kg-tik gorakoa), izan lezakeen erantzun biokimikoa edozein dela ere, frogatu delako kolon eta ondesteko minbiziaren eta kolangiokartzinomaren ondoriozko hilkortasuna txikitzen duela.
d) Kolangitis esklerosante primarioa duten pazienteek arrisku handiagoa dute kolangiokartzinoma izateko, eta kasu gehienak gaixotasuna diagnostikatu ondorengo lehen urtean biltzen dira.

85. Kolelitiasiaren biologiari eta fisiopatologiari buruz, adierazi aukera hauetako zein den OKERRA:

a) Kolesterolaren kalkuluak dira behazun-kalkulu ohikoenak.
b) Pigmentu beltzen kalkuluak egoera hemolitiko kronikoekin lotuta daude.
c) Pisu-galera azkarra kolelitiasia garatzeko arrisku-faktoretzat hartzen da.
d) Duodenoan sortzen den kolezistokinina hormonak behazun-maskuriaren uzkurdura eragozten du, eta maskuriaren hipomugikortasuna errazten du, beraz, kolelitiasia eratzen da.

86. Gibel barneko kolangiokartzinomari dagokionez, ondorengo baieztapenetatik zein da zuzena?

a) Kasu gehienak arrisku-faktoreekin lotzen dira. Honako hauek dira ezagunenak: kolangitis esklerosante primarioa, gibeleko gaixotasun kronikoa, hepatolitiasia eta Caroliren gaixotasuna.
b) Kolangitis esklerosante primarioa duten pazienteen kasuan, onartutako irizpide ez-inbaditzailetzat hartzen dira irudi dinamikoaren azterketan1 cm-etik gorako gibeleko lesio fokal bat egotea, garbiketa goiztiarrarekin, eta Ca19-9 handitzea (>100 UI/ml).
c) Histologikoki gibelaren barneko kolangiokartzinoman ohikoa da immunohistokimika positiboa aurkitzea CK7rako eta CK19rako.
d) Asiako herrialdeetan alkoholaren kontsumo kronikoa da arrisku-faktore nagusia.

87. Gibelaren barneko kolangiokartzinomaren tratamenduari dagokionez, baieztapen hauen artean zein da OKERRA?

a) Erauzketa kirurgikoaren ondoren, adjubantzia gisa, gomendatzen da 6 hilabetez kapezitabina ahoz hartzea.
b) Gibeleko gaixotasun kronikoak formalki kontraindikatzen du erauzketa kirurgikoa, T1 gibel barneko kolangiokartzinoma duten pazienteen kasuan, gibeleko hondar-bolumena edozein dela ere.
c) Gibel barneko kolangiokartzinoma bakarra eta 2 cm-tik beherakoa duten paziente zirrotikoen kasuan, gibeleko transplanteak 5 urtera % 50etik gorako biziraupena izatea lortu da.
d) FGFR2 genearen fusioak edo berrantolaketak eta IDH1en mutazioa dira gibel barneko kolaniokartzinomaren alterazio molekular ohikoenak, eta aukera ematen dute molekularki zuzendutako tratamendua erabiltzeko gemzitabina-zisplatinora igaro ondoren.

88. Kolangiokartzinoma perihiliar/distalaren diagnostikoari buruzko adierazpen hauetako zein da zuzena?

a) Ordenagailu bidezko tomografia abdominalak (OTA) eta gibeleko erresonantzia magnetiko bidezko kolangioerresonantziak errentagarritasun diagnostiko konparagarria dute, gibelaz kanpoko kolaniokartzinomaren diagnostikoan.
b) Erauzketa kirurgikoaren ondoren, tumorea maiz berragertzen da, normalean berandu (kirurgiatik 5 urtetik gora igaro ondoren).
c) Behazun-bidea eskuilatuz lortutako zitologiaren gainean FISH aplikatzeak sentsibilitate diagnostikoa areagotzen du.
d) Metastasi-susmoko gongoilak histologikoki berresteko kontraindikatuta dago ekoendoskopiaz gidatutako orratz finezko ziztada kolangiokartzinoma duten pazienteetan, barreiatzeko arriskua baitago.

89. 60 urteko gizonezko bat larrialdietako zerbitzuetara joan da ikterizia ez-mingarriagatik. Koledokoaren heren distalean masa buxatzaile bat diagnostikatu diote, eta susmoa dago kolangiokartzinoma distala izango den. Paziente horren maneiuari dagokionez, adierazi aukera hauetako zein den OKERRA:

a) Behazun-drainatzearen aurretik, gaiztotasunaren diagnostikoa eta tumorearen hedapena egiaztatu behar dira.
b) Erauz daitekeen kolangiokartzinoma duten pazienteen kasuan, kolangitisak, pruritoak edo bilirrubina maila handiak zehazten dute behazun-bideko kirurgia aurreko drainatzearen lehentasuna.
c) Pazienteak erasan metastasikoa duen kolangiokartzinoma badauka, protesi metalikoekin egindako behazun-drainatzea hobetsiko da (SEMS), protesi plastikoekin egindakoa baino.
d) AKPE bidezko behazun-drainatze okerraren kasuan, CPTH bidezko azalean zeharreko drainatzea hobetsiko da, ekoendoskopia bidezko drainatze gidatuaren aldean, eraginkortasun handiagoa eta konplikazio-tasa txikiagoa dituelako.

90. Adierazi aukera hauetako zein den zuzena, behazun-bidearen hodi-barneko neoplasia papilarrari dagokionez:

a) Masa papilar bakar gisa agertzen dira, eta hodi-barneko hazkundea dute gibelaz kanpoko behazun-bidean.
b) Muzina-sorkuntza ezohikoa da, baina kolangitis akutuaren koadroak sor ditzake.
c) Histologikoki, CK7 eta CK20 ez egoteak aukera ematen du kolangiokartzinomarekin diagnostiko diferentziala egiteko.
d) Gaiztotzeko arriskua dela medio, tratamendu gomendatua erasandako behazun-bide osoaren erauzketa kirurgikoa da.

91. Aurrekari interesgarririk ez duen 34 urteko emakumea bat kontsultara etorri da 8 hilabete doalako abdomeneko mina izaten. Min hori gutxienez astean 2 egunetan azaltzen zaio azken 3 hilabeteetan, libratzearekin partzialki hobetzen da eta obramendu-maiztasunaren aldaketa bati lotzen zaio. Ez du pisu-galerarik, ondesteko odol-galerarik edo anemiarik. Oinarrizko analitika, kalprotektina fekala eta kolonoskopia normalak dira. Paziente horren diagnostikoari dagokionez, adierazi erantzun ZUZENA:

a) Erroma IV.aren irizpideen arabera, heste minberaren sindromearen diagnostikoa ezartzeko, ezinbestekoa da kolonoskopia normala izatea, bazterketa-diagnostiko bat baita.
b) Erroma IV.aren irizpideak betetzen ditu heste minberaren sindromea diagnostikatzeko; izan ere, abdomeneko min errepikaria du gutxienez astean egun batean, azken 3 hilabeteetan, eta eskatutako irizpideetako 2rekin lotuta dago, gutxienez (libratzearekin eta obramendu-maiztasuna aldatzearekin).
c) Ezin da heste minberaren sindromearen diagnostikoa eman, sintomek gutxienez 12 hilabeteko bilakaera izan behar dutelako, diagnostikoa egin aurretik.
d) Heste minberaren sindromearen diagnostikoak, irizpide klinikoez gain, markatzaile erradiopakoen bidez aldatutako igarotze kolonikoa frogatzea eskatzen du.

92. Heste minberaren sindromea obramenduen trinkotasunaren arabera azpisailkatzeari dagokionez (Bristol eskala), adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Idorreria nagusi duen heste minberaren sindromea honela definitzen da: libratzeen % 25 baino gehiago Bristol eskalako 1 edo 2 motakoak izatea, eta % 25 baino gutxiago 6 edo 7 motakoak.
b) Beherakoa nagusi duen heste minberaren sindromea honela definitzen da: libratzeen % 25 baino gehiago Bristol eskalako 1 edo 2 motakoak izatea.
c) Azpisailkapena, ahal dela, pazientea libragarri edo beherakoaren kontrako tratamendu aktiboan dagoen bitartean egin behar da, bere ohiko egoera klinikoa hobeto islatzeko.
d) Heste minberaren sindromearen azpimotak EZ du garrantzi klinikorik edo terapeutikorik, eta, beraz, ez da gomendatzen eguneroko praktikan zehaztea.

93. 52 urteko gizonezkoa kontsultara dator betetasun postprandial deserosoagatik eta 5 hilabete doalako asetasun goiztiarra izaten. Horrek eragotzi egiten dio ohiko otorduak amaitzea. Ez du pisu-galerarik aipatzen, ezta bestelako alarma-sintomarik ere. Endoskopia digestibo altua egiten da biopsiekin, normala dena, eta hatsaren testa markatutako urearekin. Froga horretan negatibo ematen du

***Helicobacter pylori*n. Paziente horren diagnostikoari eta maneiuari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?**

a) EZ ditu disepsia funtzionalaren irizpideak betetzen, Erroma IV.aren arabera, diagnostiko hori ezartzeko ezinbestekoa delako epigastrioko mina izatea.
b) Koadroa dispepsia funtzionalarekin bateragarria da, eta azpimota distres postprandialaren sindromea da. *Helicobacter pylori*aren testa negatiboa denez, gomendatzen den hurrengo maila terapeutikoa protoi- edo prozesetiko-ponparen inhibitzaileekin egindako saiakuntza bat da.
c) Dispepsia funtzionalaren diagnostikoak eskatzen du gammagrafia bidezko atzeratutako hustuketa gastrikoa egiten dela frogatzea, edozein tratamenduri ekin aurretik.
d) Endoskopia normal baten aurrean, sistematikoki baztertu behar da gaixotasun zeliakoa edukitzea duodenoko biopsia seriatuen bidez, dispepsia funtzionalaren algoritmo diagnostikoaren nahitaezko zati gisa.

94. Disepsia funtzionala eta baieztatutako *Helicobacter pylori* bidezko infekzioa duen paziente baten kasuan, bakterioak desagerrarazteari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) *Helicobacter pylori* desagerraraztea EZ da egokia dispepsia funtzionalean, bakterio horren presentzia sintoma dispeptikoekin zerikusirik ez duen aurkikuntza intzidentala baita.
b) *Helicobacter pylori* desagerraraztea lehen aukerako estrategiatzat hartzen da paziente horietan, pazienteen azpitalde batean, plazeboarekin alderatuta, hobekuntza sintomatiko apala baina estatistikoki esanguratsua izatearekin lotzen baita.
c) *Helicobacter pylori*a desagerraraztea azken aukera terapeutiko gisa gorde behar da, protoi-ponparen inhibitzaileek, prozesetikoek eta antidepresibo triziklikoek porrot egin ondoren.
d) *Helicobacter pylori* bakterioak eragindako infekzioa desagerrarazi ondoren, pazienteak sintomatikoki jarraitzen badu, onartu behar da hasierako disepsia funtzionalaren diagnostikoa ez zela zuzena.

95. 45 urteko emakume bat dugu, ezaugarri ez-anginosoak dituen bihotz aurreko minaren gertakari errepikakorrak dituena orain dela 6 hilabetetik. Azterketa kardiologikoa, ergometria barne, normala da. Digestio-endoskopia altua egiten da, eta emaitzak normalak dira; 24 orduko pHmetria-inpedantziometria egiten zaio, eta ez du errefluxu patologikorik eta sintomen zein errefluxu-gertakarien arteko lotura esanguratsurik eta, azkenik, erabakimen handiko hestegorriko manometria egiten zaio eta akalasia zein hestegorriko espasmo distala baztertzen dira. Diagnostiko probableenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Koadroa bateragarria da bularraldeko min funtzionalarekin; izan ere, bihotz aurreko min errepikaria da, ziurrenik hestegorrikoa, baztertu egin direla kausa kardiakoa, errefluxu gastroesofagikoa (errefluxuarekiko hipersentikortasuna barne, ez baitago errefluxu fisiologikoari lotutako sintomarik) eta hestegorriko nahasmendu motor primario nagusiak.
b) Diagnostikorik probableena pirosi funtzionala da, klinika horrek EZ baitu pHmetria-inpedantziometria egitea eskatzen diagnostikoa egiteko.

c) Hestegorriko manometria normal baten aurrean, minaren edozein jatorri esofagiko baztertu behar da, eta azterketa soilik jatorri psikiatriko primario batera bideratu.
d) Bularraldeko min funtzionala diagnostikatzeko, erraietako hipersentikortasuna frogatu behar da, kasu guztietan hestegorri barneko baloia duen distentsio test baten bidez.

96. 38 urteko emakume batek zenbait hilabetetako idorreria du, eta idorreri horrek ezaugarri du libratzeko gehiegizko ahalegina egin behar izatea obramenduen % 25 baino gehiagotan. Gainera, obramenduen % 25 baino gehiagotan sentsazioa du ez duela sabela guztiz husten, eta astean 3 obramendu espontaneo oso baino gutxiago ditu. Ez du abdomeneko min esanguratsurik edo hanturarik adierazten sintoma nagusi gisa, eta ez du eginkari likidorik izaten, libragarriak erabili ondoren izan ezik. Idorreria funtzionalaren eta idorreria nagusi den heste minberaren sindromearen arteko diagnostiko diferentzialari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Idorreria funtzionala eta idorreria nagusi duen heste minberaren sindromea sinonimoak dira, eta EZ dago inolako irizpiderik praktika klinikoan horiek bereizteko.
b) Gako-elementu bereizgarria da idorreria funtzionalean mina eta abdomeneko distentsioa egon daitezkeela, baina ez direla sintoma nagusiak, eta ez direla irizpide nahikoak betetzen heste minberaren sindromea diagnostikatzeko. Kasu horretan, abdomeneko mina ez denez sintoma nagusia, diagnostikorik probableena idorreria funtzionala da.
c) Idorreria nagusi duen heste minberaren sindromearen eta idorreria funtzionalaren arteko ezberdintasun bakarra astean egiten den obramendu-kopurua da. Bi kliniketan ebakipuntua astean 3 obramendu da.
d) Idorreria funtzionalaren diagnostikoak, definizioz, baztertu egiten du pazienteak, etorkizunean, idorreria nagusi duen heste minberaren sindromerako bilakaera izateko aukera, klinika horiek elkar baztertzen baitute denboran zehar.

97. Gastritis kronikoaren sailkapenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) A motako gastritisa *Helicobacter pylori* bakterioak eragindako infekzioarekin lotzen da.
b) B motako gastritisak gorputz gastrikoari eragiten dio nagusiki, eta anemia perniziosoarekin lotzen da.
c) A motako gastritisa gorputzean eta fundus gastrikoetan dago nagusiki, eta autoimmunitatearekin lotzen da.
d) B motako gastritisa behazun-errefluxuaren ondoriozko gastritis kimikoarekin soilik lotzen da.

98. Antiinflamatorio ez-esteroideoekin tratatutako pazienteen gastrobabesari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Protoi-ponparen inhibitzaileek ez dute prebentzio-erabilgarritasunik.
b) Protoi-ponparen inhibitzaileak dira gehien erabiltzen eta gomendatzen diren gastrobabes-estrategietako bat, duten eraginkortasunagatik eta onargarritasunagatik.
c) Misoprostola ez da eraginkorra ultzera-arriskua murrizteko.

d) *Helicobacter pylori*a desagerrarazteak erabat ezabatzen du antiinflamatorio ez-esteroideei lotutako ultzera-arriskua.

99. Higadura-gastritis akutuari dagokionez, adierazi aukera OKERRA:

a) Kausa ohikoenak antiinflamatorio ez-esteroideoak kontsumitzea, alkohola eta estres fisiologiko larria dira.
b) Endoskopikoki ezaugarri du urradurak izatea, mukosaren akats gisa definitzen direnak eta mukosaren muskulua gainditzen ez dutenak.
c) Odoljario digestiboa izan daiteke hasierako agertze-modua, baita aurretik sintoma dispeptikorik ez badago ere.
d) Estresak eragindako gastritis akutuaren profilaxia, koagulopatia edo shocka duten paziente kritikoengan, KONTRAINDIKATUTA dago, azidoa kentzeari lotutako pneumonia nosokomiala izateko arriskua baitago.

100. Antiinflamatorio ez-esteroideoek eragindako heste meharreko enteropatiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Heste meharreko gaixotasun diafragmatikoaren lesioak eraztun-estenosi zentriko eta laburrak dira, bereizgarriak, baina ez dira soilik esteroideoak ez diren antiinflamatorioek eragindako erasan kronikoan agertzen.
b) Protoi-ponparen inhibitzaileekin egindako tratamenduak modu eraginkorrean babesten du antiinflamatorio ez-esteroideoekin lotutako heste meharreko lesioen garapena, urdailean gertatzen denaren antzera.
c) Kapsula endoskopikoa KONTRAINDIKATUTA dago antiinflamatorio ez-esteroideoen ondoriozko enteropatiaren susmoa badago, erretentzio-arrisku onartezinagatik.
d) Antiinflamatorio ez-esteroideoen bidezko enteropatiaren diagnostikoa biomarkatzaile seriko espezifikoak zehaztean SOILIK oinarritzen da.

101. Portako hipertentsio-gastropatiari dagokionez, zein da aukera ZUZENA?

a) Urdaileko mukosaren hanturazko klinika da, infiltrazio neutrofiliko nabarmena duena, eta ezin da histologikoki *Helicobacter pylori* bidezko gastritisetik bereizi.
b) Horren zeinu klinikorik ohikoena anemia ferropenikoa duen mikrohemorragia kronikoa da, eta sintomen larritasunak lotura txikia du itxura endoskopikoarekin.
c) Portako hipertentsio-gastropatiagatiko odoljario akutuaren tratamendu lehenetsia adrenalina diluituaren injekzio endoskopikoa da.
d) Patogeniak ez du zerikusirik portako hipertentsio mailarekin, eta, beraz, gibel barneko deribazio portosistemiko transjugularra jartzeak EZ du inolako zereginik hura maneiatzean.

102. Jatorri autoimmuneko gastritis atrofiko metaplasikoari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Ezaugarri du antizelula parietaleko antigorputzak eta antifaktore intrintsekoak sortzea, eta gorputzeko guruin oxintikoak eta fundus gastrikoak suntsitzen ditu.
b) Mantendutako hipoklorhidriak G antral zelulen hiperplasia eta hipergastrinemia sekundarioa eragin ditzake, eta arriskua dago 1. motako tumore neuroendokrino gastrikoak garatzeko.

c) Urdaileko adenokartzinomaren arrisku erlatibo handiagoarekin lotzen da, eta, beraz, gida batzuek aldizkako zaintza endoskopikoa gomendatzen dute.
d) Adin pediatrikoko klinika ESKLUSIBOA da, eta, salbuespenez, helduaroan diagnostikatzen da.

103. Urdaileko adenokartzinomaren Lauren sailkapen histologikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Heste motakoak guruin-egiturak eratzen ditu, ingurumen-faktoreekin, hala nola *Helicobacter pylori* bidezko infekzioarekin eta hesteetako metaplasiarekin, lotzen da, eta pronostiko hobea du zehaztugabeak baino.
b) Zehaztugabe motakoak ondo bereizitako guruin-egiturak eratzen ditu, eta nagusi da hesteetako metaplasia duten adin handiko gizonen artean.
c) Zehaztugabe motakoa, nagusiki, ingurumen-faktoreekin eta faktore dietetikoekin lotzen da, eta heste motakoak, berriz, lotura handiagoa du joera genetiko hereditarioarekin.
d) Bi azpimota histologiko horiek pronostiko eta banaketa epidemiologiko berdinak dituzte, eta, beraz, Laurenen sailkapena ez da erabilgarria pronostikoetarako.

104. 58 urteko emakume batek gradu baxuko MALT motako urdaileko linfoma diagnostikatuta du. Linfoma hori mukosara eta urdaileko submukosara mugatutako estadioan dago, eta *Helicobacter pylori*gatiko infekzioa duela baieztatu da. Paziente horren tratamendu lehenetsiari dagokionez, adierazi erantzun ZUZENA:

a) Hasierako tratamendu lehenetsia Helicobacter pylori desagerraraztea da, eta horrek linfomaren erregresio histologiko osoa eragin dezake kasu gehienetan, estadio mugatuetan.
b) Neoplasia gaiztoa denez, hasierako tratamendu lehenetsia beti gastrektomia totala da, linfadenektomiarekin.
c) Helicobacter pylori desagerrarazteak ez du erabilgarritasun terapeutikorik urdaileko MALT linfoman, eta kimioterapia da aukeratutako tratamendu lehenetsia, estadioa edozein dela ere.
d) Helicobacter pylori desagerrarazten denean, erantzuna berehalakoa izan ohi da, eta tumorearen erregresioa tratamendu antibiotikoa amaitu eta lehen 4 asteetan osatzen da.

105. Urdail-hesteetako estroma-tumoreei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) Cajalen zelula interstizialetatik sortzen dira, eta gehienek KIT edo PDGFRA genearen mutazio aktibatzaileak dituzte.
b) Tumorearen tamaina eta indize mitotikoa pronostiko-faktore garrantzitsuak dira portaera gaiztoa izateko arriskua zenbatesteko.
c) Imatinibak, tirosina-zinasaren inhibitzaileak, rol ezaguna du tratamendu adjubantean eta erauzi ezinezko gaixotasun metastasikoan.
d) CD117rako (KIT)immunohistokimika BETI negatiboa da GISTetan, eta, beraz, positiboa bada, baztertu egiten da diagnostiko hori.

106. Urdaileko polipoei dagokienez, adierazi erantzun ZUZENA:

a) Protoi-ponparen inhibitzaileen erabilera kronikoari lotutako guruin fundikoen polipoek, noizbehinkako eran, gaiztotzeko arrisku oso txikia dute, eta gutxitan lotzen zaie displasia.
b) Polipo hiperplasikoek ez dute gaiztotzeko potentzialik, tamaina edo gainazalean displasia duten kontuan hartu gabe.
c) Urdaileko adenomak lesio neoplasikoak dira, gaiztotzeko ahalmen handia dutenak, eta lesioaren tamainarekin handitzen dira.
d) a) eta c) ZUZENAK dira.

107. 76 urteko gizonezko bati, aurrekari interesgarririk ez duena, gorputz gastrikoan 25 mm-ko itxura polipoideoko lesio gastriko ultzeraduna detektatu diote. Biopsiak azpimukosa sakona (500 mikra baino gehiago) infiltratzen duen adenokartzinoma gastrikoa baieztatzen du, eta inbasio linfobaskularra du. Eduki dezakeen maneiu egokienari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Aurkikuntza histologiko horiek sendaketa endoskopikoko irizpideekin bat datoz, eta, beraz, erauzketaren ondoren soilik gomendatzen da jarraipen endoskopikoa egitea.
b) Inbasio submukosa sakona eta inbasio linfobaskularra erauzketa endoskopikoaren ondoren ez sendatzeko irizpideak dira, eta, beraz, linfadenektomia bidezko kirugia-tratamendu osagarria baloratu behar da.
c) Urdaileko minbizi goiztiarrean inbasio linfobaskularra egoteak EZ du aldatzen gongoiletako metastasi-arriskua, eta, beraz, ez du eraginik erabaki terapeutikoan.
d) Aurkikuntza horien aurrean, tratamendu lehenetsia kimioterapia neoadjubantea esklusiboa da, kirurgia egitea baloratu beharrik gabe.

108. Urdaileko ultzeraren eta duodenoko ultzeraren arteko desberdintasun klinikoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Duodenoko ultzeraren mina normalean arindu egiten da elikagaiak hartuz gero, eta 2 edo 3 ordu geroago agertzen da berriro. Urdaileko ultzeran, berriz, ezin da hainbeste aurreikusi janariarekin batera gertatzen den minaren aldi baterako patroia.
b) Duodenoko ultzerak urdaileko ultzerak baino gaiztotze-arrisku nabarmen handiagoa du, eta, beraz, ertzetako biopsia sistematikoa behar du.
c) Urdaileko ultzera nagusi da paziente gazteen artean, eta duodenoko ultzera, berriz, adineko pertsonen artean.
d) Ahorakinekin batera azaltzen den minaren patroia berdina da bi lokalizazioetan, eta, beraz, ez du inolako baliorik ematen diagnostiko diferentzialean.

109. Diagnostikatu berri den urdaileko ultzera peptikoaren maneiu diagnostikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ultzeraren ertzetako biopsia anizkoitza egin behar da modu sistematikoan, baita onberatasun-itxura endoskopikoa badu ere; izan ere, ultzera gastriko gaiztoen % 5 ere onberak izan daitezke makroskopikoki.

b) Biopsia egitea agintzeko, itxura endoskopikoan argi ikus badaiteke gaiztoa izan daitekeen susmoa eduki daitekeela; hortaz, ez da beharrezkoa hori egitea itxura onbera duten ultzeretan.
c) *Helicobacter pylori*k eragindako infekzioa ez da garrantzitsua urdaileko ultzeran, duodenoko ultzeran ez bezala.
d) Endoskopistak lesioaren onberatasunari buruz duen iritzi makroskopiko isolatuak balio prediktibo positibo eta negatibo baliokideak ditu, eta, beraz, biopsia ordezka dezake.

110. Ultzera peptikoa duten pazienteetan *Helicobacter pylori* desagerrarazteko tratamenduari dagokionez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) *Helicobacter pylori* bakterioa modu arrakastatsuan desagerrarazi ondoren, ultzera peptikoaren errezidiba-tasa txikia da 3 urtera, eta hori desagerrarazten porrot egiten bada edo desagerrarazte hori ez bada baieztatzen, berriz, askoz handiagoa.
b) *Helicobacter pylori* bakterioa desagerrarazteak ez du eraginik ultzera peptikoaren errezidiba-tasan, jariatzearen aurkako tratamenduaren dosiaren eta iraupenaren araberakoa baita SOILIK.
c) Epe luzerako jariatzearen aurkako mantentzeko tratamendua lehen aukerako estrategia da ultzera peptikoa duten paziente guztientzat, *Helicobacter pylori* egoera edozein dela ere.
d) Tratamenduaren ondoren *Helicobacter pylori* desagerrarazi dela baieztatzea aukerakoa da, eta ez du aldatzen pazientearen ondorengo maneiua.

111. 45 urteko gizonezko batek duodenoko ultzera ez konplikatua du. Ez ditu esteroideoak ez diren antiinflamatorioak eta azido azetilsalizilikoa hartu. *Helicobacter pylori* bidezko infekzioa baieztatu da, eta desagerrarazte-tratamendua burutu zaio. Paziente horren jariatzearen aurkako tratamenduaren maneiuari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Jariatzearen aurkako mantentzeko tratamendu mugagabea mantendu behar da, desagerraraztearen emaitza edozein dela ere.
b) Proba ez-inbaditzailearen bidez *Helicobacter pylori* desagerrarazi dela baieztatu ondoren, ez da beharrezkoa jariatzearen aurkako mantentzeko tratamendua luzatzea, ezta orbaintzea baieztatzea ere konplikaziorik ez duen duodenoko ultzeran, kontrol sistematikoko endoskopiaren bidez.
c) Konplikaziorik ez duen duodenoko ultzeran, kontrol-endoskopia bat egin behar da BETI, biopsiak hartuta, urdaileko ultzeran antzera.
d) Jariatzearen aurkako tratamendua berehala eten behar da desagerrarazi dela baieztatzean, gomendatutako orbaintze-aldia osatu gabe.

112. *Helicobacter pylori* edo antiinflamatorio ez-esteroideoekin loturarik ez duten ultzera peptikoaren kausei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) Gastrinoma baten ondoriozko Zollinger-Ellisonen sindromeak askotariko ultzera peptiko errefraktarioak edo kokapen atipikokoak sor ditzake.
b) Ultzera peptiko idiopatikoa, *Helicobacter pylori* eta antiinflamatorio ez-esteroideoen kontsumorik gabe, aitortutako klinika bat da, baina ez da oso ohikoa.
c) Tabakismoa ultzera peptikoa izateko arrisku handiagoarekin eta orbaintzeari erantzun txarragoa ematearekin lotu da.

d) Behin *helicobacter pylori* eta antiinflamatorio ez-esteroideoak kausa gisa baztertu ondoren, EZ dago ultzera peptikoaren beste etiologia aitorturik.

113. Protoi-ponparen inhibitzaileek ultzera peptikoaren tratamenduan duten zereginari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Antiinflamatorio ez-esteroideoek eragindako duodenoko ultzerak protoi-ponparen inhibitzaileekin tratatzeko aldia urdaileko ultzerena baino luzeagoa da.
b) Urdaileko ultzerek protoi-ponparen inhibitzaile bidezko orbaintze-aldi luzeagoa behar izaten dute; izan ere, 6-8 aste inguru behar izaten dira, eta duodenoko ultzeran normalean 4.
c) Protoi-ponparen inhibitzaileekin orbaintzeko denbora berdina da urdaileko ultzeran eta duodenokoan, lesioaren tamaina edozein dela ere.
d) Protoi-ponparen inhibitzaileak KONTRAINDIKATUTA daude *Helicobacter pylori* bakterioari lotutako ultzera peptikoan, desagerrarazte-tratamendua osatu arte.

114. Ultzera peptikoak eragindako odoljario digestiboan berrodoljario-arriskua estratifikatzeko Forresten sailkapenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Forresten IIc (orban zapal pigmentatua) eta III (oinarri garbia) ultzerak berrodoljrioa izateko arrisku txikikotzat jotzen dira, eta, oro har, ez dute tratamendu endoskopiko hemostatikorik behar.
b) Forresten Ia ultzerak (odol jario aktiboa zurrustan) berrodoljarioa izateko arrisku txikia dute, eta modu kontserbatzailean erabil daitezke, tratamendu endoskopikorik gabe.
c) Forresten sailkapena barizela-jatorriko odoljarioei BAKARRIK aplikatzen zaie, ez ultzera peptikoari.
d) Forresten sailkapeneko kategoria guztiek dute berrodoljario-baliokidea izateko arriskua dute, eta, beraz, ez du eraginik erabaki terapeutikoan.

115. Arrisku handiko estigmak (Forresten Ia-IIb) dituen ultzera peptikoak eragindako odoljario digestiboaren tratamendu endoskopikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Monoterapia gisa diluitutako adrenalinaren injekzio isolatua jartzeak berrodoljario-tasa handia du, eta, beraz, bigarren metodo hemostatiko batekin konbinatzea gomendatzen da, hala nola hemoklipekin edo termokoagulazioarekin.
b) Monoterapian diluitutako adrenalinaren injekzioa tratamendu konbinatua baino handiagoa dela frogatu da, eta, beraz, ez da gomendatzen bigarren metodo hemostatiko bat gehitzea.
c) Protoi-ponparen inhibitzaileekin eginiko tratamendu mediko kontserbatzailea, tratamendu endoskopikorik gabe, paziente horien terapia endoskopikoa bezain eraginkorra dela frogatu da.
d) Gomendatuta dago bigarren berrikuspen-endoskopia (*second-look*) 24 ordutan sistematikoki egitea, endoskopikoki tratatutako paziente guztietan.

116. 72 urteko gizon bat Larrialdietara joan da abdomeneko min epigastrikoagatik. Mina bat-batean hasten da, eta oso intentsitate handia du. Miaketan taula moduko abdomena eta narritadura peritonealaren datuak ditu. Abdomeneko erradiografia sinpleak pneummoperitoneoa erakusten du. Eduki dezakeen diagnostiko eta

maneiu probableenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Koadroa bateragarria da ultzera peptikoaren zulaketarekin, eta konplikazio hori larrialdi kirurgikoa da.
b) Aurkikuntza horiek ohikoak dira ultzera peptiko ez konplexuak eragindako odoljario digestiboan, presazko kirurgiaren beharrik gabe.
c) Testuinguru horretan, pneummoperitoneoa garrantzi klinikorik gabeko aurkikuntza ez-espezifikoa da, eta ez du maneiua aldatzen.
d) Aurkezpen horren aurrean, hasierako maneiu lehenetsia da presazko endoskopia digestibo altua egitea, beste edozein proba edo balorazio kirurgiko egin aurretik.

117. Ultzera peptikoaren konplikazio gisa irteera gastrikoko traktua buxatzeari dagokionez, adierazi erantzun OKERRA:

a) Fase akutuan edemak eta inflamazioak eragindakoa izatearen ondorio izan daiteke, edo fibrosi eta orbaintzearena kasu kroniko edo errepikarietan.
b) Hasierako maneiuak barne har dezake zunda nasogastrikoarekin deskonprimatzea eta jariatzearen aurkako tratamendua, baita *Helicobacter pylori* desagerraraztea ere.
c) Tratamendu medikoaren porrotaren aurrean, baloiarekin egindako dilatazio endoskopikoa edo kirurgia kontuan hartu beharreko aukera terapeutikoak dira.
d) BETI baztertu behar da azpitik gaiztoa izatea biopsien bidez, irteera gastrikoko traktuaren buxadurak INOIZ EZ baitu jatorri onberarik.

118. Odola isurtzen duen ultzera peptiko baten tratamendu endoskopiokoaren ostean errezidiba hemorragikoaren arriskua handitzen duten faktoreei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Errezidiba-arrisku handiagoari lotzen zaizkio shock hemodinamikoarekin agertzea, hemoglobina baxua izatea eta, hortaz, tranfusioa behar izatea eta ultzeraren tamaina 2 cm baino handiagoa izatea.
b) Ultzeraren tamaina eta kokapena EZ dira LOTU ezein azterketatan odoljarioa berriz agertzeko arriskuarekin.
c) Ultzera urdaileko kurbadura handienean egotea da literaturan azaltzen den errezidiba-arriskuaren faktore nagusia.
d) Behin hasierako tratamendu endoskopikoa egin ondoren, ez dago odoljarioa berriz hasteko arriskurik, lesioaren ezaugarriak edozein direla ere.

119. Urdaileko kirurgiaren osteko *dumping* goiztiarraren sindromeari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Normalean, ahorakina hartu eta 10-30 minutura gertatzen da, heste meharrerantz urdaileko eduki hiperosmolarrak azkar hustutzearen ondorioz, eta sintoma basomotorrak eta gastrointestinalak sortzen dira.
b) Ahorakina hartu eta 1-3 ordura gertatzen da, hiperintsulinismoaren ondoriozko hipogluzemia erreaktibo baten ondorioz.
c) Kirurgia bariatrikoaren konplikazio ESKLUSIBOA da, ultzera peptikoak edo minbizi gastrikoak eragindako gastrektomiaren ondoren egiten ez dena.
d) Sintoma gastrointestinalekin batera BAKARRIK agertzen da, lotutako seinale basomotorrik gabe.

120. *Dumping* berantiarrari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ahorakina hartu eta 1-3 ordura gertatzen da, hiperintsulinismoaren ondoriozko hipogluzemia erreaktibo baten ondorioz. Hipogluzemia hori erantzun hipointsulinemiko batek eragin du, karbohidrato azkar xurgatu ondoren.
b) Ahorakinaren ondorengo lehen 30 minutuetan gertatzen da, heste meharrera eduki hiperosmolarra azkar pasatzen delako.
c) Akarbosa alfa-glukosidasaren inhibitzailea da, eta ez du balio *dumping* berantiarraren tratamenduan.
d) *Dumping* berantiarra da aurkezpen modurik ohikoena, eta dumping goiztiarra salbuespenezko konplikazioa da.

121. 70 urteko gizonezko bat duela 20 urte operatu zuten urdaileko ultzera dela eta antrektomia eta Billrothen II motako gastro-jeiunostomia bidez. Kontsultara etorri da abdomeneko min postprandiala duelako, eta min hori bat-batean arintzen da elikagairik gabeko behazunezko gorakoekin. Eduki dezakeen diagnostiko probableenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Koadroa bateragarria da heste-lakio aferentearen sindromearekin, eta behazun zein prankreako jariatzeen metaketak dituen lakioaren buxadura partzial baten ondoriozkoa da, zeinak bat-batean urdail-hondarrera husten diren.
b) Koadroa ohikoa da *dumping* goiztiarraren sindromean, eta koadro horretan nagusi dira ahorakinareiko berehalako sintoma basomotorrak.
c) Sintoma horiek aho anastomotikoan errezidiba ultzeradun baten sortzearen ezaugarri dira, eta ez dute zerikusirik aldez aurreko anatomia kirurgikoarekin.
d) Behazun-gorakoaren ostean mina arintzea balio diagnostikorik gabeko aurkikuntza zehaztugabea da, aurreko urdaileko kirurgiaren testuinguruan.

122. Heste meharraren bakterioak gehiegi handitzeari dagokionez, urdaileko kirurgiaren konplikazio gisa, zein da erantzun ZUZENA?

a) Gehiegizko hesteetako bakterioek B12 bitamina kontsumitu ohi dute, eta folatoa sintetiza dezakete; beraz, ohikoa da B12 bitaminaren eskasia aurkitzea, azido folikoren maila normalekin edo handiekin.
b) Heste meharrean bakterioak gehiegi haztea azido folikoaren eskasiarekin lotzen da normalean, eta B12 bitaminaren mailak, berriz, beti normal mantentzen dira.
c) Heste meharraren bakterio-gainhanditzearen diagnostikoa jeiunoko aspiratu kuantitatiboaren kultiboan SOILIK oinarritzen da, eta ez dago baliozkotutako alternatiba ez-inbaditzailerik.
d) Errifaximinak ez du eraginkortasun frogaturik heste meharreko bakterioen gainhanditze-tratamenduan.

123. Urdaileko kirurgiaren ondorengo behazun-errefluxuagatiko gastropatiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ohikoagoa da Billrothen II motako berreraiketaren ondoren Billrothen I edo piloroplastiaren ondoren baino, behazun eta pankreako jariatzeen errefluxua urdaileko gerakinera mugatzen duen mekanismo pilorikoa galdu delako.
b) Rouxen Y berreraiketaren konplikazio ESKLUSIBOA da, ez dena egiten Billrothen I edo Billrothen IIren ondoren.

c) Diagnostikoa erraza da eta ez du zailtasunik sortzen, behazun-errefluxua eta mukosaren hantura duten paziente guztiek sintoma argiak eta espezifikoak baitituzte.
d) Rouxen Y berreraiketarako bihurketa kirurgikoak ez du erabilgarritasunik konplikazio horren maneiuan, baldin eta tratamendu medikorako errefraktarioa bada.

124. *Helicobacter pylori*agatiko infekzioaren metodo diagnostiko ez-inbaditzaileei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) 13 karbonoa duen ureaz markatutako hatsaren testa proba lehenetsi ez-inbaditzailea da, bai hasierako diagnostikorako, bai tratamenduaren ondoren desagerrarazi egin dela baieztatzeko.
b) *Helicobacter pylori* bakterioaren aurreko serologiak modu fidagarrian bereizten ditu infekzio aktiboa eta iragandako infekzioa, eta, beraz, metodo hori erabiltzen da desagerraraztea baieztatzeko.
c) *Helicobacter pylori*ren antigenoak ez du erabilgarritasun klinikorik eginkarietan, eta ez da gomendatzen ezein praktika klinikotan.
d) Metodo ez-inbaditzaileak beti dira biopsian oinarritutako metodo inbaditzaileak baino handiagoak, eta, beraz, azken horiek jada ez dira erabiltzen.

125. *Helicobacter pylori*gatiko infekzioaren diagnostikoan markatutako urea bidezko hatsaren testaren fidagarritasuna bermatzeko beharrezkoak diren aurretiazko kondizioei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Gomendatzen da protoi-ponparen inhibitzaileekin egindako tratamendua etetea gutxienez proba baino 2 aste lehenago, eta antibiotikoak edo bismutoa gutxienez 4 aste lehenago.
b) Ez da beharrezkoa hatsaren testa egin aurretik inolako tratamendurik etetea, farmako batek berak ere ez baititu tratamenduaren emaitzak oztopatzen.
c) Nahikoa da proba egin baino 48 ordu lehenago etetea protoi-ponparen inhibitzaileak, haien fidagarritasuna bermatzeko.
d) H2 hartzaileen antagonistak proba egin baino gutxienez 4 aste lehenago eten behar dira BETI, protoi-ponparen inhibitzaileen modu berean.

126. Klaritromizinarekiko erresistentzia-tasa handiko eremu batean *Helicobacter pylori*agatiko infekzioaren lehen aukerako tratamenduari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Pauta laukoitza gomendatzen da, bismutoarekin edo bismutorik gabe, 14 egunez, eta saihestu egiten dira klaritromizinadun tratamendu hirukoitz klasikoak, testuinguru horretan eraginkortasun txikiagoa dutelako.
b) Tramendu klasiko hirukoitza (protoi-ponparen inhibitzaileak, klaritromizina eta amoxizilina 7 egunez) da oraindik ere tratamendu lehenetsia, erresistentzia lokalen tasa edozein dela ere.
c) Lehen aukerako desagerrarazte-tratamenduaren iraupen gomendatua 3 egunekoa da, aukeratutako pauta edozein dela ere.
d) Edozein desagerrarazte-pautari probiotikoak sistematikoki gehitzeak erakutsi du nabarmen hobetzen direla desagerrarazte-tasak, eta, beraz, paziente guztietan gomendatzen da.

127. *Helicobacter pylori*agatiko infekzioa duen paziente batek porrot egin du terapia laukoitz konkomitantearekin egindako lehen tratamenduan eta lebofloxazino, amoxizilina eta protoi-ponparen inhibitzailearekin egindako bigarren tratamenduan. Horien ondorengo erreskateko tratamenduei dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Rifabutinan oinarritutako pautak hirugarren aukerako edo ondorengotako erreskate-alternatiba dira, eta desagerrarazte-tasa onargarriak dituzte, baina kontuz erabili behar dira, mielotoxikotasun-arriskua baitago.
b) Bi porrot terapeutikoren ondoren, lehen aukerako tratamendu bera errepikatu behar da BETI, bakterioen erresistentzia ez baita denboran mantentzen.
c) Rifabutina ondorio kaltegarri nabarmenik gabeko farmako bat da, eta, beraz, murrizketarik gabe erabil daiteke lehen aukerako tratamendu gisara.
d) Bi desagerrarazte-tratamenduk porrot egin ondoren, behin betiko utzi behar da infekzioa desagerrarazteko ahalegin gehigarri oro, eta ez da baloratu behar gerora erreskatatzeko aukerarik egitea.

128. *Helicobacter pylori*a desagerrarazteko indikazioei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) Urdaileko edo duodenoko ultzera peptikoa izatea, aktiboa edo orbaindua eta *Helicobacter pylori*agatiko infekzio baieztatuarekin, desagerrarazte-tratamenduaren indikazio argia da.
b) Infekzioari lotutako *Helicobacter pylori*agatiko maila baxuko urdaileko MALT linfoma desagerrarazte-tratamenduari lotutako indikazio ezaguna da.
c) Urdaileko minbizia duten pazienteen lehen mailako senideei baheketa egitea baloratzea gomendatzen da, eta, hala badagokie, *Helicobacter pylori*a desagerraraztea.
d) *Helicobacter pylori*gatiko infekzio asintomatikoa, beste edozein arrisku-faktorerik ez dagoenean, INOIZ EZ da desagerrarazte-tratamenduaren indikazioa, testuinguru klinikoa edozein dela ere.

129. *Helicobacter pylori*agatiko infekzioaren eta urdaileko patologiaren arteko erlazioari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) *Helicobacter pylori*agatiko infekzio kronikoa faktore eragiletzat hartzen da, bai gastritis kronikoaren garapenean, bai hesteetako adenokartzinoma gastrikoaren eta MALT linfoma gastrikoaren garapenean.
b) *Helicobacter pylori*agatiko infekzioa gastritis akutuaren garapenarekin SOILIK lotzen da, eta ez du lotura frogaturik gastritis atrofikoarekin edo urdaileko minbiziarekin.
c) *Helicobacter pylori*a mikroorganismo gram-positibo bat da, eta, ahal badu, gorputz gastrikoa kolonizatzen du paziente guztietan, jariatze azidoaren egoera edozein dela ere.
d) Gastritis atrofiko egonkorra duten pazienteengan *Helicobacter pylori*a desagerrarazteak hesteetako atrofia eta metaplasia erabat lehengoratzen ditu BETI.

130. Crohnen gaixotasuna eta kolitis ultzeradunaren desberidntasun histologikoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Crohnen gaixotasunak ezaugarri du hantura transmurala, eta litekeena da granuloma ez-kaseatzaileak izatea; kolitis ultzeradunaren inflamazioa, berriz, mukosara mugatzen da.
b) Kolitis ultzeradunak ezaugarri du granulomak edukitzea, eta Crohnen gaixotasuna, berriz, mukosara mugatzen da.

c) Granuloma ez-kaseifikatzaileak egotea etengabeko aurkikuntza da, eta Crohnen gaixotasuna duten pazienteen ia biopsia guztietan dago.
d) Bi klinikak ziurtasun osoz bereiz daitezke BETI azterketa histologiko bakartuaren bidez, korrelazio kliniko edo endoskopikoaren beharrik gabe.

131. Hesteetako gaixotasun inflamatorioko lesioen banaketa makroskopikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Crohnen gaixotasunak ezaugarria du mukosa osasuntsuko zonak tartekatuta dituen erasan segmentarioa izatea, eta kolitis ultzeradunak, berriz, etengabeko erasatea ondestetik proximalera.
b) Kolitis ultzeradunak ezaugarria du erasan segmentarioa izatea, eremu tartekatuetan, eta Crohnen gaixotasunak, berriz, erasan jarraitua eta simetrikoa du beti.
c) Bi klinikek erasan-eredu bera dute BETI, eta, beraz, lesioen banaketak ez du balio diagnostiko diferentzialik ematen.
d) Kolitis ultzeradunak sarritan eta modu bereizgarrian erasaten dio heste mehar proximalari, Crohnen gaixotasunaren baliokidea den moduan.

132. 28 urteko emakume batek kolitis ultzeradun zabal ezaguna du, eta agerraldi larri baten ondorioz ospitaleratu egiten dute. Agerraldi horretan beherako odoltsua, sukarra, takikardia eta abdomeneko distentsio progresiboa ditu. Abdomeneko erradiografia sinpleak 8 cm-ko diametroa duen zeharkako kolon bat erakusten du. Konplikazio horren diagnostiko eta maneiuari dagokionez, markatu erantzun ZUZENA:

a) Aurkikuntza horiek bateragarriak dira megakolona duen kolitis toxikoarekin. Larrialdi mediko horrek diziplina anitzeko maneiua eta zaintza estua eskatzen ditu, zulatze-arriskua baitago.
b) Zeharkako kolonaren diametreoa 8 cm-koa izatea normaltasunaren barruan dagoela jotzen da, eta ez du garrantzi klinikorik kolitis ultzeradun agerraldi baten testuinguruan.
c) Aurkikuntza horien aurrean, KONTRAINDIKATUTA dago edozein irudi proba gehigarri egitea, eta urgentziazko kirurgia egin behar da, azterketa gehiagorik egin gabe.
d) Tratamendu mediko intentsiboa KONTRAINDIKATUTA dago testuinguru horretan, eta urgentziazko kirurgia da diagnostikoa egiten denetik egin daitekeen aukera terapeutiko bakarra.

133. Hesteetako gaixotasun inflamatorioaren hesteez kanpoko agerpenei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) Eritema nodularra eta pioderma gangrenosoa larruazaleko agerpen ezagunak dira, eta Crohnen gaixotasunarekin nahiz kolitis ultzeradunarekin lotu daitezke.
b) Ubeitisa eta episkleritisa hesteetako gaixotasun inflamatorioan deskribatzen diren begi-zeinuak dira.
c) Hesteetako gaixotasun inflamatorioa duten pazienteek giltzurrun-litiasia izateko arrisku handiagoa dute, biztanleria orokorrarekin alderatuta.
d) Hesteez kanpoko agerpenak SOILIK Crohnen gaixotasunarenak dira, eta ez dira inola ere deskribatu kolitis ultzeraduna duten pazienteetan.

134. Hesteetako gaixotasun inflamatorioa diagnostikatu berri dioten paziente bati tratamendu immunoezabatzailea edo biologikoa hasi aurretik infekzioak bahetzeari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Gomendatzen da B hepatitisaren, C hepatitisaren eta GIB birusaren aurkako egoera serologikoa ebaluatzea eta ezkutuko tuberkulosia baztertzea, tratamendu immunoezabatzailea edo biologikoa hasi aurretik.
b) Ez da beharrezkoa tratamendu immunoezabatzailea edo biologikoa hasi aurretik infekzioak bahetzea, farmako horiek ez baitute aldatzen ezkutuko infekzioak berraktibatzeko arriskua.
c) B hepatitisaren aurkako txertaketa sistematikoki KONTRAINDIKATUTA dago hesteetako gaixotasun inflamatorioa duten paziente guztientzat, haien egoera immunitarioa edozein dela ere.
d) Tuberkulosi latentearen despistajea soilik indikatuta dago balioespenaren unean pazienteak arnas sintoma aktiboak dituenean.

135. Hesteetako gaixotasun inflamatorioa duten pazienteen jarraipenean kalprotektina fekala erabiltzeari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Tratamendu medikoa hasi ondoren kalprotektina fekalaren balioak gutxitzeak, oro har, korrelazioa du erantzun klinikoarekin eta mukosa-sendaketarekin.
b) Kalprotektina fekala hesteetako gaixotasun inflamatorioen markatzaile espezifikoa da, eta ez da igotzen hesteetako beste ezein inflamazio-egoeratan.
c) Kalprotektina fekalaren balioek EZ dute loturarik hesteetako gaixotasun inflamatorioaren aktibitate endoskopikoaren mailarekin.
d) Kalprotektina fekala zehazteak kolonoskopia erabat ordezkatu du hesteetako gaixotasun inflamatorioaren jarduera endoskopiko baloratzean.

136. Tiroiditis autoimmunea diagnostikatu berri dioten 35 urteko emakume bati gaixotasun zeliakoaren baheketa egin diote, eta ehunetako antitransglutaminasa IgA positiboa du, eta IgA mailak normalak dira. Horren ondoren egin beharreko kudeaketa diagnostikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Helduetan, serologia positibo baten aurrean, duodenoko biopsia beharrezkoa da ia kasu guztietan gaixotasun zeliakoaren diagnostiko histologikoa baieztatzeko.
b) Antitransglutaminasa antigorputzen positibotasun bakartua nahikoa da gaixotasun zeliakoaren behin betiko diagnostikoa ezartzeko edozein paziente helduri, biopsiarik edo bestelako azterketarik egin beharrik gabe.
c) Serologia positibo baten aurrean, zuzenean glutenik gabeko dieta egiten hasi behar da azterketa diagnostikoa osatu aurretik, erantzun klinikoa baloratzeko.
d) IgA, guztira, zehaztea ez da beharrezkoa gaixotasun zeliakoaren baheketa serologikoan.

137. Gaixotasun zeliakoaren Marshen sailkapen histologikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Marshen IIIa-IIIc lesioek ezaugarri dute linfozito intraepitelialen kopurua handitzen dela, kripten hiperplasia eta bilo-atrofia partzial edo osoaren maila desberdinak egoteaz gain.
b) Marshen 0 lesioa bilo-atrofia totalari dagokio, hiperplasia kriptiko nabarmenarekin.
c) Gaixotasun zeliakoaren duodenoko biopsia guztiek lesio histologiko homogeneoak dituzte, eta ez dira aldatzen duodenoko eremuen artean.

d) Marshen I lesio bat gaixotasun zeliakoaren diagnostikoa da BETI, serologia edo testuinguru klinikoa edozein dela ere.

138. Dermatitis herpetiformeari dagokionez, gaixotasun zeliakoaren azaleko agerpen gisa, zein da erantzun ZUZENA?

a) Dermatitis herpetiformea duten ia paziente guztiek dute glutenarekiko sentikorra den enteropatia graduren bat, baina paziente zeliako gutxi batzuek baino ez dute garatzen dermatitis herpetiformea.
b) Dermatitis herpetiformea gaixotasun zeliakoa duten paziente gehienetan agertzen denez, klinika horren agerpen kliniko ohikoena da.
c) Dermatitis herpetiformearen tratamenduak ez du zerikusirik digestio-gaixotasun zeliakoarekin, eta ez da beharrezkoa glutenik gabeko dieta egitea hura kontrolatzeko.

d) Dermatitis herpetiformearen diagnostikoak baztertu egiten du, definizioz, berarekin batera hesteetako erasana izatea.

139. Gaixotasun zeliakoari lotutako gaixotasun autoimmuneei dagokienez, adierazi aukera OKERRA:

a) 1 motako diabetes mellitusa eta tiroiditis autoimmunea dira paziente zeliako helduei sarrien lotzen zaizkien deskribatutako gaixotasun autoinmuneak.
b) A immunoglobulinaren eskasia selektiboa ohikoagoa da gaixotasun zeliakoa duten pazienteetan biztanleria orokorrean baino, eta FALTSU negatiboak eragin ditzake IgA antigorputzetan oinarritutako serologian.
c) Gaixotasun zeliakoari lotutako gaixotasun autoimmuneak gaixotasun zeliakoaren diagnostikoaren aurretik, aldi berean edo ondoren ager daitezke.
d) Gaixotasun zeliakoaren eta beste gaixotasun autoimmune batzuen arteko lotura salbuespenezkoa da, eta ez dago hori babesten duen datu epidemiologikorik.

140. HLA-DQ2/DQ8 azterketa genetikoak gaixotasun zeliakoa diagnostikatzeko duen erabilgarritasunari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Baliagarritasun kliniko nagusia balio prediktibo negatibo handia izatea da, haplotipo horiek ez egoteak oso zaila egiten baitu gaixotasun zeliakoa diagnostikatzea.
b) HLA-DQ2 edo DQ8 positibotasuna, berez, gaixotasun zeliakoaren diagnostikoa da, oso espezifikoa baita.
c) HLA-DQ2/DQ8 azterketa, serologia eta biopsiarekin, sistematikoki eskatu behar da gaixotasun zeliakoa diganostikatuta duten paziente guztietan, maneiu terapeutikoa aldatzen baitu.
d) HLA-DQ2/DQ8ren positibotasuna gaixotasun zeliakoa duten pazienteetara mugatzen da, eta ez da agertzen populazio orokor osasuntsuan.

141. Behi-esnea edan ondoren abdomeneko min errepikaria duen gizon bat kontsultara etorri da. Ez du pisurik eta alarma-sintomarik, eta susmoa dago IgE bidez neurtu gabeko elikadura-alergia dagoela. IgE bidez neurtutako eta neurtu gabeko elikadura-alergiaren diagnostiko diferentzialari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) IgE bidezko erreakzioak azkar hasis ohi dira elikagaiarekiko esposizioaren ondoren, eta IgE bidezko erreakziorik gabeko erreakzioek, hala nola protokolitis alergikoak edo elikadura-proteinek eragindako enteropatiak, hasiera berantiarragoa eta ibilbide insidiosoagoa izaten dute.
b) IgE bidez neurtu gabeko erreakzioak BETI berehala hasten dira, elikagaiaren eraginpean egon ondorengo lehen minutuetan.
c) Elikagai susmagarriari aurre egiteko IgE espezifikoa zehaztea ezinbestekoa da edozein elikadura-alergia mota diagnostikatzeko, IgE ez dutenak barne.
d) IgE bidez neurtzen ez diren elikadura-alergiak ezin dira klinikoki bereizi IgEk dituen alergietatik, eta, beraz, ez dago horiek bereizteko irizpiderik.

142. Heste meharreko tumore gaizto primario nagusien banaketa anatomikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Adenokartzinoma nagusi da duodenoan eta jeiuno proximalean, eta tumore neuroendokrinoa (kartzinoidea) nagusi da ileon distalean.
b) Ileon distalean adenokartzinoma da nagusi, eta tumore neuroendokrinoa, berriz, duodeno proximalean.
c) Heste meharreko linfoma primariok ezaugarri du nagusi izatea duodenoan, eta ohiz kanpokoa da ileonean agertzea.
d) Heste meharreko tumore primario guztiek banaketa homogeneoa dute organo osoan zehar, eta ez dute inolako segmentu jakin bat gogoko.

143. Urdail-hesteetako estroma-tumoreei (GIST) dagokienez, zein da aukera ZUZENA?

a) Cajalen zelula interstizialetatik sortzen dira, eta jeiunoilenoean dagoenean, segmentu horretako tumore primario gaizto ohikoenetako bat dira, adenokartzinomarekin eta linfomarekin batera.
b) Heste meharreko GISTak BETI dira onberak, urdaileko GISTak ez bezala.
c) Odoljario digestiboa aurkezpen modura agertzea salbuespenezkoa da heste meharreko GISTetan.
d) Imatinib bidezko tratamenduak ez du indikaziorik heste meharreko GISTetan, urdaileko GISTen tratamenduetan ez bezala.

144. Heste meharreko linfoma primarioari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Lotura bat dagoela deskribatu da heste meharreko linfomaren eta eboluzio luzeko gaixotasun zeliakoaren artean, batez ere behar bezala tratatu ez denean.
b) Heste meharreko linfoma Hodgkin leinukoa da beti, kokapen honetan ez du ez-Hodgkin linformaren formarik deskribatuta.
c) Klinika hori modu lokalizatu eta bakarrean agertzen da BETI heste meharrean zehar, forma zehaztugaberik gabe.

d) Heste meharreko linfomak ez du inolako loturarik aurretiko prozesu inflamatoriorekin edo hesteetako autoimmunearekin.

145. Heste meharreko tumore neuroendokrinoari (kartzinoidea) dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Sindrome kartzinoidea —serotonina eta halako substantzia basoaktiboak askatzearen ondoriozkoa— lehen urratseko metabolismo hepatikoa saihesten duten metastasi hepatikoetan agertzen da.
b) Sindrome kartzinoidea heste meharreko tumore neuroendokrinoa duten paziente guztietan agertzen da, gibeleko metastasiak ote dauden alde batera utzita.
c) Heste meharreko tumore neuroendokrinoa duodenoko mukosatik sortzen da ia kasu guztietan.
d) Heste meharreko tumore neuroendokrinoak beti dira handiak diagnostikoa egiteko unean, eta ez dute tamaina txikiko formarik deskribatuta.

146. Jeiunoan edo ileon proximalean heste meharreko tumorea dagoelako susmoaren aurrean erabiltzen diren diagnostiko-teknikei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kapsula endoskopikoa eta baloiaz lagundutako enteroskopia baliagarriak dira segmentu horiek zuzenean baloratzeko, eta ez dira irisgarriak endoskopia digestibo altuaren edo kolonoskopia konbentzionalaren bidez.
b) Endoskopia digestibo altu konbentzionalari esker, modu sistematiko eta osoan ikus daitezke jeiunoa eta ileon proximala.
c) Kolonoskopia konbentzionalak aukera ematen du, ohikotasunez, jeiuno proximalera heldu eta hori baloratzeko, teknika gehigarrien beharrik gabe.
d) Jeiuno edo ileon proximalean tumore bat dagoen susmoa badago, EZ dago segmentu hori miatzeko gai den teknika endoskopikorik, eta kirurgia esploratzailea da aukera diagnostiko bakarra.

147. Maldigestioaren eta hesteetako malabsortzioaren arteko diagnostiko diferentzialari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) D-xilosaren testak aukera ematen du bi klinikak bereizteko; izan ere, horiek xurgatzea normala da pankrea-gutxiegitasun exokrinoan (maldigestioa), eta testa alteratuta egoten da heste meharreko mukosaren gaixotasun bat badago (malabsortzioa).
b) D-xilosaren testak ez du balio pankrea-jatorriko maldigestioa eta hesteetako mukosan jatorria duen malabsortzioa bereizteko.
c) Maldigestioa eta malabsortzioa alterazio fisiopatologiko berari erreferentzia egiten dioten termino sinonimoak dira, eta ez dute desberdintasun klinikoki garrantzitsurik.
d) D-xilosaren probak funtzio entzimatiko pankreatikoaren osotasuna eskatzen du, hura BEHAR BEZALA interpretatzeko, eta ez da normala pankrea-gutxiegitasun exokrinoan etengabe egotea.

148. Eginkarietan gantza kuantifikatzeari dagokionez, esteatorrearen proba diagnostiko gisa, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Estatorrea baieztatzeko erreferentziazko probatzat hartzen da gantz fekalaren kantitatea zehaztea 72 orduko bilketa batean, jakin da zer gantz-kopuru ahoratu den.

b) Sudan III.arekin tindaketa kualitatiboa egitea gantz fekalaren kuantifikazio grabimetrikoa baino zehatzagoa da, eta, beraz, azken hori ordezkatu du, erreferentziazko proba modura.
c) Dieta normala duen heldu batek egunean 7 gramo baino eginkari-gantz gutxiagoko irazpen-balioak baditu, esteatorrea diagnostiko adierazgarritzat hartzen da.
d) Gantz fekalaren kuantifikazioa ez da beharrezkoa esteatorrea makroskopiko agerikoa bada eta arrazoi kliniko argia badago.

149. Elastasa fekala pankrea-gutxiegitasun exokrinoaren markatzaile gisa zehazteari dagokionez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Elastasa fekala entzima bat da, ez dena nabarmen degradatzen heste-igarotzean, eta, beraz, haren balio fekalek modu fidagarrian islatzen dute funtzio pankreatiko exokrinoa.
b) Elastasa fekala erabat degradatzen da heste-igarotzean, eta, beraz, ez du baliagarritasun diagnostikorik pankrea-gutxiegitasun exokrinoan.
c) Elastasa fekalaren balioak BETI dira normalak pankrea-gutxiegitasun exokrinoan, larritasuna edozein dela ere.
d) Elastasa fekala zehazteko, proba egin aurreko egunetan gantzak erabat eten behar dira, behar bezala interpreta daitezen.

150. 60 urteko emakume batek Crohnen gaixotasuna dela eta ileon-erauzketa zabalaren aurrekaria du, eta beherako kronikoa zein B12 bitamina-eskasia ditu. Eskasia horren fisiopatologiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ileon terminalaren erauzketak eten egiten du hesteetako segmentu horretan berariaz gertatzen den B12-faktore intrintseko bitamina-konplexuaren xurgapena.
b) B12 bitamina, batez ere, jeiuno proximalean xurgatzen da, eta, beraz, ileon-erauzketa ez litzateke lotu behar haren eskasiarekin.
c) Ileon-erauzketaren ondorengo B12 bitaminaren eskasia ahorakina gutxitzearen ondorio BAKARRIK da, eta ez du zerikusirik hesteen absortzio-funtzioarekin.
d) Ileon-erauzketa zabala ez zaio mikronutrienteen inongo malabsortzio motari lotzen, eta ura zein elektrolitoak xurgatzeari BAKAR-BAKARRIK eragiten dio.

151. Beherako kroniko gisa, behazun-azidoen malabsortzioari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ileon terminalaren erauzketaren edo disfuntzioaren ondoriozkoa izan daiteke, eta segmentu horretan gertatzen da zirkulazio enterohepatikoaren bidez behazun-gatzen birxurgapen fisiologikoa.
b) Behazun-azidoen malabsortzioa patologia pankreatikoaren klinika ESKLUSIBOA da, eta ez du zerikusirik heste meharreko patologiarekin.
c) Behazun-azidoak bahitzen dituzten erretxinek —hala nola kolestiraminak— ez dute erabilgarritasun terapeutikorik klinika horretan.
d) Behazun-azidoen malabsortzioa INOIZ EZ da kontuan hartu behar beherako kronikoaren diagnostiko diferentzialean, ezohiko kausa baita.

152. Hesteetako malabsortzio-sindromearen zeinu klinikoei eta analitikoei dagokienez, zein da aukera OKERRA?

a) Eginkariak tamaina handikoak, kirasdunak eta komunetik kanporatzeko zailak izan ohi dira; baliteke digeritu gabeko elikagai-hondarrak izatea.

b) Hipoalbuminemia eta hipokolesterolemia ikus daitezke malabsortzio proteikoaren eta lipidikoaren isla gisa, hurrenez hurren.
c) Bitamina lipodisolbagarrien, hala nola D bitaminaren edo K bitaminaren, eskasia hezur- edo koagulazio-alterazioekin ager liteke klinikoki.
d) Eginkarietan digeritu gabeko zuntz begetala egoteak (lekaleen edo barazkien hondarrak, adibidez) BETI adierazten du hesteetako malabsortzio patologikoa.

153. Antiinflamatorio ez-esteroideoak kronikoki kontsumitzearen ondorioz sortutako heste meharreko enteropatiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Lesio-espektro zabal batean ager liteke, petekia eta higaduretatik hasi eta ultzerak zein eraztun-estenosi kontzentrikoak ezaugarri dituen gaixotasun diafragmatikoraino.
b) Heste meharreko lesioak, antiinflamatorio ez-esteroideoei lotutakoak, asintomatikoak dira beti, eta ez dute garrantzi klinikorik.
c) Heste meharraren gaixotasun diafragmatikoa Crohnen gaixotasunaren klinika ESKLUSIBOA da, eta ez du loturarik antiinflamatorio ez-esteroideoen kontsumoarekin.
d) Protoi-ponparen inhibitzaileekin egindako tratamenduak etengabe lehengoratzen ditu antiinflamatorio ez-esteroideoek eragindako heste meharreko lesioak, urdailean duen eraginaren antzera.

154. Kapsula endoskopikoak heste meharreko ultzeren diagnostikoan duen rolari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Horiek egin aurretik, estenosia dutelako susmoa pizten duten pazienteetan, iragazkortasun-kapsula bat (biodegradagarria) erabiltzea baloratu behar da, kapsula erreala segmentu estenotikoan atxikitzeko arriskua minimizatzeko.
b) Kapsula endoskopikoak ez du atxikipen-arriskurik, aldez aurretik estenosi ezagunik ote dagoen alde batera utzita.
c) Kapsula endoskopikoa baloi bikoitzaren enteroskopia baino handiagoa da egoera kliniko guztietan, biopsiak hartzeko edo tratamendu endoskopikoa egin beharra barne hartuta.
d) Hesteetako estenosia egotea lehentasunezko indikazioa da kapsula endoskopiko konbentzionala egiteko, aldez aurretik iragazkortasunari buruzko azterketarik egin gabe.

155. 65 urteko gizonezko batek, artrosia dela eta diklofenakoaren kontsumitzaile kronikoa denak, anemia ferropeniko kronikoa du, odoljario digestibo makroskopiko nabarmenik gabe, baita endoskopia digestibo altua eta kolonoskopia normalak ere. Diagnostiko probableenari eta jarrera diagnostiko egokienari dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Heste meharreko enteropatia dagoelako susmoa izan behar da antiinflamatorio ez-esteroideoengatik, jatorri iluneko odoljario digestiboaren kausa gisa, eta zentzuzkoa da azterketa kapsula endoskopikoarekin edo enteroskopiarekin osatzea.
b) Endoskopia digestibo altu baten eta kolonoskopia normal baten aurrean, odoljarioaren edozein digestio-jatorri baztertu egin behar da, heste meharraren azterketa gehigarririk egin gabe.
c) Antiinflamatorio ez-esteroideoak hartzeak baztertu egiten du, definizioz, heste meharra ezkutuko odoljarioaren jatorria izatea.
d) Anemia ferropenikoa, testuinguru horretan, burdinaren eskasia dietetiko batek eragiten du BETI, eta ez du zerikusirik azpiko digestio-patologiarekin.

156. Kapsula endoskopiko edo enteroskopia bidez detektatutako estenosiaren eta heste meharreko ultzeren diagnostiko diferentzialari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Crohnen gaixotasuna, antiinflamatorio ez-esteroideoen ondoriozko enteropatia, hesteetako iskemia eta enteritis aktinikoa heste meharreko estenosi onberen diagnostiko diferentzialaren parte dira.
b) Heste meharreko tumoreak —hala nola adenokartzinoma, linfoma edo urdail-hesteetako estroma-tumorea— kontuan hartzekoak dira erregistratu gabeko estenosi baten diagnostiko diferentzialean.
c) Teknika erradiologiko konbentzionalek —hala nola bario bidezko heste-igarotzeak— oso sentikortasun handia dute hesteetako estenosi guztiak detektatzeko, baita bakarrak edo txikiak ere.
d) Biopsia bidezko azterketa histologikoa oso baliagarria da etiologia bideratzeko, lesioaren ehun-lagina badago.

157. Antiinflamatorio ez-esteroideoak kronikoki kontsumitzeari lotutako heste meharreko lesioak maneiatzeari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kausaren farmakoa etetea tratamenduaren funtsezko neurria da, eta ezarritako diafragma motako estenosiak, berriz, ez dira normalean neurri horrekin bakarrik lehengoratzen.
b) Lesioa eragin duen antiinflamatorio ez-esteroideoa inolako murrizketarik gabe mantendu daiteke, farmakoa eteteak ez baitu eraginik hesteetako lesioen bilakaeran.
c) Ezarritako diafragma motako estenosiak beti lehengoratzen dira guztiz antiinflamatorio ez-esteroideo eragilea erabat eten ondoren, beste inolako tratamendurik behar izan gabe.
d) Enteroskopiak ez du inolako rol terapeutikorik antiinflamatorio ez-esteroideoen ondoriozko enteropatiari lotutako estenosi sintomatikoak maneiatzeko orduan.

158. Erradiazioagatiko proktopatia kronikoaren fisiopatologiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Hesteetako mikrobaskulaturaren kalte kronikoak iskemia, submukosaren fibrosia eta telangiektasiak garatzea dakartza, zeina fase kronikoan errektorragiaren kausa nagusia den mekanismo angiogeniko konpentsatzailea den.
b) Erradiazio bidezko enteritisaren fase kronikoa, funtsean, polimorfonuklearren infiltrazio inflamatorio akutu baten ondorio da, fase akutuan ikusitakoaren antzekoa.
c) Protopatia aktinikoaren fase kronikoan ikusitako telangiektasiak BETI mukosaren iskemia aktiboaren ondoriozkoak dira, eta ez dute loturarik mekanismo angiogenikoekin.
d) Erradiazioagatiko protopatia kronikoa BETI tratamendu erradioterapikoa amaitu eta berehala agertzen da, sintomarik gabeko tarterik gabe.

159. 58 urteko emakume batek pelbiseko erradioterapiaren aurrekaria du duela 3 urte zerbixeko kartzinoma izan zuelako, eta errektorragia kroniko errepikatua du. Kolonoskopiak erakusten du hainbat telangiektasia dituela ondesteko mukosan, bestelako lesiorik gabe. Tratamendu endoskopiko lehenetsiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Argon-plasma bidezko koagulazioa da tratamendu endoskopikoaren gehien erabiltzen den modalitateetako bat, protokpatia aktinikoegatiko telangiektasiaren ondoriozko errektorragia kronikoa kontrolatzeko.

b) Tratamendu endoskopikoa KONTRAINDIKATUTA dago erradiazioagatiko protokpatia kronikoan, eta kirurgia da eskura dagoen aukera terapeutiko bakarra.
c) Prozedura aktinikoegatiko telangiektasiek ez dute behin eta berriz odola isurtzen, eta, beraz, ez dute tratamendu espezifikorik behar.
d) Adrenalina diluituaren injekzioa da klinika horrentzat deskribatutako tratamendu endoskopiko eraginkor bakarra, eta ez dago beste alternatibarik.

160. Erradiazioagatiko enteritis akutuari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Tratamendu erradioterapikoan edo horren ondoren agertu ohi da hainbat sintomekin, esate baterako, beherakoa, abdomeneko mina edo tenesmoa, eta kasu gehienetan automugatua da.
b) Erradiazioagatiko enteritis akutuak ezaugarri du tratamendu erradioterapikoa amaitu eta zenbait urtera agertzea, inoiz ez modu goiztiarrean.
c) Fase akutuko aurkikuntza histologikoak ezin dira bereizi fase kronikokoetatik, eta ez dago alderik infiltrazio inflamatorioan eta fibrosi-mailan.
d) Erradiazioagatiko enteritis akutua ez da deskribatu pelbiseko erradioterapia duten pazienteetan, eta abdomeneko irradiazio altuari dagokio soilik.

161. Intentsitate arin edo neurritsuko erradiazioagatiko proktopatia kronikoaren aukera terapeutiko medikoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Sukralfato topikoa eta azido azetilsalizilikoaren enemak edo deribatuak emaitza irregularrekin eta iragarrezinekin erabili dira kasu horietan.
b) Ez dago erradiazioagatiko proktopatia kronikorako inolako tratamendu medikorik deskribatuta, eta kirurgia da aukera terapeutiko bakarra kasu guztietan.
c) Kortikoide topikoak formalki KONTRAINDIKATUTA daude, prozesu aktinikoaren edozein erasan-mailatan.
d) Tratamendu mediko topikoak eraginkortasun etengabea eta aurreikusteko modukoa erakutsi du erradiazioagatiko proktopatia kronikoa duten paziente guztiengan.

162. Erradiazioagatiko enteritis kronikoaren konplikazio berantiarrei dagokienez, telangiektasiagatiko errektorragiaz bestelakoak badira, zein da erantzun ZUZENA?

a) Fibrosi transmural progresiboak hesteetako estenosia eragin dezake, eta koadro suboklusiboekin edo hesteetako buxadurekin ager litezke klinikoki.
b) Erradiazioagatiko enteritis kronikoa INOIZ EZ da estenosiarekin edo klinika buxatzailearekin lotzen, eta ondesteko odoljarioa baino ez du eragiten.
c) Enteritis aktinikoagatiko estenosiak ezin dira bereizi makroskopikoki eta histologikoki tumore-estenosietatik, eta ezin daiteke diagnostiko diferentzialik egin.
d) Erradiazioagatiko enteritisaren fase kronikoan behatutako fibrosi submukosa aurkikuntza itzulgarria da, eta berez desagertzen da denbora igaro ahala.

163. Kontraste ekografikoa erabiltzeari dagokionez, adierazi baieztapen hauetako zein den ZUZENA:

a) Kontrastedun ekografien erabilera kontraindikatuta dago 30etik beherako iragazte glomerularraren tasa duten pazienteetan.
b) Gibeleko ekografia kontrastedunean, azterketaren fase arteriala lehen 10-20 segundoetan hasten eta kontrastearen injekzioaren 120 segundoetatik aurrera amaitzen da.

c) Ez da ebaluatu ekografia kontrasteduna erabiltzea zirrosia duten pazienteekin.
d) Gibel barneko kolangiokartzinomak ezaugarria du fase arterialean kontraste-kaptazioa izatea, eta, hepatokartzinomarekin alderatuta, garbiketa biziagoa eta goiztiarragoa du portako fasean (60 segundo baino gutxiago).

164. Ekografia bidez gidatutako interbentzionismoari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) 25 mm-ko gibeleko ehuneko zilindro bat kalitatezko lagintzat jotzen da gibeleko azalean zeharreko biopsian.
b) Gibeleko biopsia baten osteko konplikazio larrien intzidentzia % 3-5ekoa da, eta konplikazio ohikoena hemoperitoneoa da.
c) Gibeleko lesio fokalen balorazio histologikoan, biopsiak errentagarritasun diagnostiko handiagoa eskaintzen du orratz fin bidezko ziztada/aspirazioak baino.
d) Gibeleko tumore baten biopsiaren ondoren zelula gaiztoak ereiteko arriskua % 0,010etik beherakoa da.

165. *Helicobacter pylori*agatiko infekzioaren tratamenduari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Gomendatzen da bismutoarekin egindako terapia laukoitza (protoi-ponparen inhibitzaileak, bismutoak, tetraziklinak eta metronidazolak osatutakoa) gutxienez 10 egunekoa izatea.
b) Ez da gomendatzen probiotikoak gehitzea desagerrarazte-tratamenduei.
c) Klaritromizina bidezko lehen tratamendu batek eta lebofloxazino bidezko bigarren aukerako tratamendu batek porrot egin ondoren, bismuto bidezko tratamendu laukoitza gomendatzen da.
d) Duodenoko ultzera ez-konplikatua duten eta antiinflamatorio ez-esteroideoak/aspirina behar ez duten pazienteen kasuan, gomendatzen da tratamendu antijariatzailea lau eta zortzi aste bitartean mantentzea, *Helicobacter pylori*a desagerrarazteko tratamendua amaitu ondoren.

166. Adierazi erantzun OKERRA:

a) Epstein-Barr birusak eta *Helicobacter pylori* birusak eragindako infekzioa urdaileko minbiziaren arrisku-faktore independenteak dira.
b) Antikoagulatzaileak hartzeak odoljario digestiboa izateko arriskua handitzen du *Helicobacter pylori*ak eragindako infekzioa duten pazienteengan.
c) Azido azetilsalizilikoak edo antiinflamatorio ez-esteroideoak erabiltzeak ultzera peptikoa eta horri lotutako konplikazioak izateko arriskua handitzen dute, *Helicobacter pylori*k eragindako infekzioa duten pazienteengan.
d) *Helicobacter pylori*a desagerrarazteak gastritisa hobetzen du protoi-ponparen inhibitzaileen hartzaile kronikoetan.

167. Zein da erantzun ZUZENA?

a) Urdailaren atrofia egotea urdailean hesteetako metaplasia dagoen adierazle fidagarria da.
b) EZ da frogatu kromoendoskopia birtuala erabiltzeak urdailean hesteetako metaplasiaren detektatzea hobetu duenik.
c) Hesteetako metaplasia osoa soilik antroan duten pazienteei ez zaie gomendatzen jarraipen endoskopikoa, urdaileko minbizia izateko beste arrisku-faktorerik ez badute.

d) Urdaileko minbiziaren familia-aurrekaririk ez duten, baina heste-metaplasia osatugabe zabaldua duten pazienteen kasuan, jarraipen endoskopikoa egitea gomendatzen da 1 edo 2 urtean behin.

168. 76 urteko gizonezko bati, aurrekari familiar edo pertsonal interesgarririk ez duenari, 25 mm-ko urdaileko lesio bat detektatu zaio (lesioak Parisko sailkapeneko 0-IIa + 0-IIc morfologia du). Mediku taldeak erabaki du lesioa erauztea, mukosa azpiko disekzio endoskopiko bidez. Anatomia patologikoko txostenak adierazten du 15 mm-ko hesteko adenokartzinoma bat dela, ondo bereizia, mukosa azpiko geruza 250 mikra inbaditu duena, inbasio linfobaskularrik eta ultzerarik gabe, ertz horizontal eta bertikal libreekin. Zein izango litzateke zure gomendioa diziplina anitzeko batzordean?

a) Erauzketa ez-sendagarria da, eta, beraz, kirurgia-tratamendua gomendatuko nuke, pazienteak arrisku neurritsu edo handia baitu gongoiletako metastasia izateko.
b) Kimioterapia adjubantea gomendatuko nuke, kirurgia-tratamendua saihesteko.
c) Toraxeko, abdomeneko eta pelbiseko OTA eta erauzketa-ultzeraren ekoendoskopia egitea gomendatuko nuke, hondar-gaixotasun lokala baloratzeko.
d) Erauzketa sendagarria da, linfogongoiletako metastasia izateko arrisku txikia duena (% 3 baino gutxiago); beraz, jarraipen endoskopikoa egitea gomendatuko nuke.

169. 47 urteko emakume bat larrialdietako zerbitzura joan da 24 ordu daramalako melenak eta hematemesiak izaten. Susmatzen duzun patologiari buruzko aukera hauetatik, zein da ZUZENA?

a) Kasu larrietan, azido tranexamikoa erabiltzea gomendatzen da.
b) Pazientea antiagregatuta badago eta odoljarioa larria bada, plaketen transfusioa gomendatzen da.
c) Pazientea erribaroxabanarekin antikoagulatuta badago eta odoljarioa larria bada, idaruzizumaba erabiltzea gomendatzen da.
d) EZ da frogatu lehen 12 orduetan endoskopia egiteak pazienteen biziraupena hobetzen duenik.

170. 82 urteko emakume batek gastritis kroniko atrofiko autoimmunea du diagnostikatuta. Adierazi erantzun OKERRA:

a) Testuinguru horretan, urdaileko tumore neuroendokrino ohikoenak 1. motakoak dira.
b) Paziente horretan aurkitzea espero diren tumore neuroendokrinoak endoskopia bidez erauztea gomendatzen da, 1 cm-tik gorakoak badira.
c) Ikuspegi ekoendoskopikotik, paziente horrengan aurkitzea espero diren tumore neuroendokrinoak urdaileko hormaren bigarren edo hirugarren geruzan finkatu ohi dira.
d) Zollinger-Ellisonen sindromea 3. motako urdaileko tumore neuroendokrinoei lotzen zaie.

171. Aukera hauetako zein EZ da endoskopia digestiboaren kalitate-irizpidetzat hartzen?

a) Endoskopia digestibo altuan gutxienez 10 irudi hartzea gomendatzen da, hestegorriko, urdaileko eta duodenoko fotodokumentazioa barne.
b) Adenomaren detekzio-tasa % 25etik gorakoa da 50 urtetik gorako pazienteetan, kolonoskopiaren indikazioa kolon-ondesteko minbiziaren baheketa denean.

c) Indikazioa kolon eta ondesteko minbiziaren baheketa bada, intubazio zekalaren tasak % 90ekoa edo handiagoa izan behar du.
d) Endoskopia digestibo altuaren ikuskapenak gutxienez 7 minutu iraun behar du.

172. Kolon eta ondesteko minbiziak ezaugarri dituen alterazio molekularrei buruzko aukera hauetatik, zein da OKERRA?

a) Kartzinogenesiaren bide zerradunak ez dio adenoma-kartzinomaren sekuentzia klasikoari jarraitzen, eta tarteko minbizi batzuk eragiten ditu.
b) APC genearen mutazioak poliposi adenomatoso familiarraren alterazio bereizgarri dira.
c) BRAF V600E mutazioa alterazio bereizgarria da Lynchen sindromean agertzen diren kolon eta ondesteko minbizietan.
d) MUTYH genearen bi aleloetako mutazioek sindrome poliposiko familiar bat eragiten dute, poliposi adenomatoso familiarra gogorarazten duena.

173. Kolon eta ondesteko minbiziaren baheketari dagokionez, adierazi zein den ZUZENA:

a) Tomografia konputerizatu bidezko kolonografiak 1 cm-tik gorako kolonoskopiarenaren antzeko sentikortasuna du.
b) Frogatuta dago metodo serologikoek kolon eta ondesteko minbiziaren hiltzeko arriskua txikitzen duela.
c) Uste da adenomatik kartzinomarako sekuentziak batez beste 20 urte behar dituela.
d) Urtean behin edo bitan eginkarietan ezkutatutako odola egotea espezifikotasun eta sentikortasun handiko proba da adenoma aurreratuak diagnostikatzeko.

174. Baheketako kolonoskopia batean, zeharkako kolonean albo batera zabaltzen den 35 mm-ko lesio bat aurkitu duzu. Ezaugarri optiko hauetatik zein EZ dago lotuta submukosa sakoneko inbasio-arrisku handiarekin?

a) Gainazaleko patroirik ez egotea.
b) Kudo Vn kriptetako patroia, eremu mugatuan.
c) Etendako hodi lodiak.
d) Albo batera zabaltzen de lesioa ez izatea granulatua, eta planoa altua izatea, Pariseko sailkapeneko IIa motakoa.

175. *Clostridium difficile* bidezko infekzioari buruzko aukera hauetatik, adierazi zein den OKERRA:

a) Lehen episodioen kasuan, fidaxomizina erabiltzea gomendatzen da, bankomizina erabili beharrean.
b) Errepikatzen diren episodioak dituzten pazienteekin, fidaxomizina erabiltzea gomendatzen da, bankomizina erabili beharrean.
c) Bezlotoxumab antigorputz monoklonal bat da, *Clostridium difficile*ren B toxinarekin bat egiten duena eta bigarren gertakari batean bankomizinaren alternatiba gisa gomendatzen dena.
d) Mikrobiota fekalaren transplantea egitea gomendatzen da, *Clostridium difficile*k eragindako infekzioaren bigarren aldiz errepikatzen den unetik aurrera, hau da, hirugarren gertakarian.

176. 56 urteko gizonezko bati baheketa-kolonoskopia bat egin zaio. Lau polipo erauzi zaizkio (NICE 2, Is morfologia Parisko sailkapenaren arabera), neurri hauetakoak: 3, 5, 6 eta 7 milimetro. Horietako 3ren histologia adenomarena da, gradu baxuko displasiarekin. Beste polipoa adenoma tubulobiloduna da, gradu altuko displasiarekin. Polipo guztiek erauzketa-ertz libreak dituzte. Noiz gomendatzen da jarraipen-endoskopia egitea?

a) 6 hilabetera.
b) Urtebeteren buruan.
c) 3 urtera.
d) 10 urtera, kolonoskopiaren alternatiba gisa, eta populazio-baheketaren programara itzul daiteke.

177. Hesteetako gaixotasun inflamatorioari buruzko aukera hauetatik, adierazi zein den OKERRA:

a) Hesteetako gaixotasun inflamatorioa duten paziente guztietan, diagnostikoaren unean, gomendatzen da hauen serologia zehaztea: A, B eta C hepatitisaren birusa; GIB, Epstein-Barren birusa, barizela-zoster birusa eta elgorriaren birusa (iraganean ez bada infekziorik izan edo ez badira azken bien txertoak hartu).
b) Immuneak ez diren pazienteen kasuan, A hepatitisaren birusaren aurrean, txertatzea gomendatzen da.
c) JAK kinasaren inhibitzaileak hartzen dituzten pazienteek arrisku handiagoa dute tuberkulosi-gaixotasun latentea berraktibatzeko.
d) Hesteetako gaixotasun inflamatorioa duten pazienteen kasuan, adin pediatrikoa duten edo 65 urtetik baino gehiago dituztenei soilik gomendatzen zaie pneumokokoa txertatzea.

178. Beherako kronikoa duten pazienteei buruzko aukera hauetako zein da ZUZENA?

a) Kalprotektina tresna erabilgarria da hesteetako gaixotasun inflamatorioa bahetzeko; probaren sentikortasuna optimizatzeko ebakipuntu optimoa 150 mikrogramokoa da, gramoko.
b) Hesteetako gaixotasun inflamatorioaren baheketa egiteko, odolean proteina C-erreaktiboa detektatzeko proba egitea gomendatzen da.
c) Giardia bidezko infekziorako baheketa gomendatzen da.
d) Endoskopia digestiboa egitea gomendatzen da, duodenoaren bigarren zatiko biopsiak hartuz, gaixotasun zeliakoaren serologiaren emaitza edozein dela ere.

179. Koloneko gaixotasun dibertikularrari buruzko aukera hauetako zein da ZUZENA?

a) Jatorri dibertikularreko odoljario digestibo baxua abdomeneko minarekin lotzen da.
b) Adina eta gorputz-masaren indize baxua arrisku-faktoreak dira kolonean dibertikuluak agertzeko.
c) Kalitate handiko ebidentziak kolonoskopia egitea babesten du, OTA abdominalaren bidez baieztatutako dibertikulitis akutu ez konplexuko gertakari baten ondoren.
d) Dibertikulitis akutu ez konplikatua duten pazienteak antibioterapia gabe maneiatu daitezke gehienetan.

180. Koloneko gaixotasun dibertikularraren sailkapen endoskopikoari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) DICA sailkapenak dibertikulosiaren hedapen anatomikoa soilik baloratzen du.
b) DICA sailkapenak pronostiko balioa duten errepikapen- eta konplikazio-arriskuari buruzko aurkikuntza endoskopikoak integratzen ditu.
c) Hincheyen sailkapenak DICArena ordezkatu du ebaluaketa endoskopikoan.
d) DICA sailkapena soilik dibertikulitis akutuaren gertakarietan zehar aplika daiteke.

181. Kolitis ultzeradun zabala duten pazienteen kolon eta ondesteko minbiziaren prebentzioari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kromoendoskopia indikatuta dago soilik lesio ikusgarriak badaude.
b) Gidatutako biopsiak dituen kromoendoskopia da teknika lehenetsia, medikuak esperientzia badu.
c) Ausazko biopsiak jarraitzen dute, edonola ere, estandarrak izaten.
d) Zaintza 15 urteetara hasi behar da paziente guztietan.

182. Aurkikuntza histologiko hauetako zein du kolitis kolagenosoak bereizgarrien?

a) Granuloma ez kaseifikanteak.
b) Ehunaren azpiko kolagenozko banda > 10 µm izatea.
c) Abzesu kriptiko zehaztugabeak egotea.
d) Panethen zelulen metaplasia.

183. Koloneko gainazaleko lesioen Pariseko sailkapenari dagokionez, adierazi aukera zuzena:

a) 0-II motakoek inbasio-arrisku txikiagoa dute.
b) LST granulatu homogenoek arrisku txikiagoa dute ez-granulatu sasideprimituek baino.
c) Lesio gaiztoei bakarrik aplikatzen zaie.
d) 0-Ip motakoak deprimituak dira.

184. Zein EZ da kolitis ultzeradunean kolon eta ondesteko minbizia izateko arrisku handiko faktore?

a) Kolangitis esklerosante primarioa.
b) Inflamazio iraunkorra.
c) Pseudopolipo inflamatorioak.
d) Proktitis bakartua.

185. Displasia hesteetako gaixotasun inflamatorioan sailkatzeari dagokionez:

a) DALMek izaten jarraitzen du gomendatutako sailkapena.
b) Displasia ikusgarri orok kolektomia egitera behartzen du.
c) Ikusgarria edo ikusgaitza den sailkatu behar da, eta erauzketa osoa egitea baloratu.
d) Displasia ikusgaitzak ez du baieztatzea eskatzen.

186. Polipo zerratuei dagokienez:

a) >10 mm hiperplasiko proximalak adenomen baliokideak dira.
b) Lesio zerratu sesilak nagusi dira kolon distalean.

c) MSI duten kolon eta ondesteko minbizi esporadiko asko bide zerratutik datoz.
d) APC da hasierako ohiko alterazioa.

187. Zein EZ da poliposi zerratuaren sindromearen OMEren irizpidea?

a) Bost polipo zerratu proximal izatea eta bi ≥ 10 mm.
b) 20 polipo zerratu baino gehiago izatea kolonean zehar zabalduta.
c) Hamar adenoma tubular izatea.
d) Lesio zerratu asko izatea, kokapen bateragarria dutenak.

188. Kudo sailkapenari dagokionez:

a) Vn patroia submukosaren inbasio sakonari lotzen zaio.
b) IIL kartzinoma inbaditzaileari dagokio.
c) Ik maila handiko adenomak identifikatzen ditu.
d) Polipo pedikulatuetarako baino ez du balio.

189. Kolon eta ondesteko submukosa-disekzio endoskopikoari (ESD) dagokionez:

a) Oro har, ESDak erauzketa gutxiago du muki-erauzketa endoskopikoak (EMR) baino.
b) EMR zatikatua, histologikoki, ESDaren baliokide da.
c) Gainazaleko kartzinomaren erauzketa orokorra behar denean agintzen da.
d) EMR erabat ordezkatzen du.

190. Erauzketa endoskopikoaren ondoren kolon eta ondesteko pT1 kartzinoma sendatzeko irizpide histologikoei dagokienez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Inbasio linfobaskular bakartua egoteak ez du aldatzen tratamenduaren indikazioa.
b) Arrisku txikiko erauzketa definitzen dute ≥1 mm-ko ertz bertikala izateak, inbasio linfobaskularrik ez egoteak, ongi edo neurrian desberdintzeko moduko tumorea izatea eta maila handiko *budding*ik ez egotea.
c) Desberdintasun mailak ez du balio pronostikorik lesioa orokorrean erauzi bada.
d) Submukosaren inbasioaren sakonerak ez du eraginik gongoiletako metastasiaren arriskuan.

191. Kolon eta ondesteko kartzinoma goiztiarreko *budding* tumoreari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) Aurkikuntza endoskopikoa da, esklusiboki.
b) Gongoiletako metastasiaren arriskuaren markatzaile histologikotzat hartzen da.
c) T3 eta T4 tumoreetan baino ez du erabilgarritasunik.
d) Ez da erabaki terapeutikoen egungo irizpideen parte.

192. ESGEren gomendioen arabera, paziente hauetako zeinek behar du zaintza endoskopiko intentsiboko programa bat polipektomiaren ondoren?

a) Displasia maila baxua duen 6 mm-ko adenoma tubular batek.
b) Guztiz erauzitako 5 mm-ko bi adenoma tubularrek.
c) Bost adenomek, horien tamaina edozein dela ere.
d) 8 mm-ko ondesteko polipo hiperplasiko batek.

193. Alterazio molekular hauetako zein da adenoma-kartzinoma sekuentzia klasikoaren hasierako gertaera ohikoena?

a) KRASen mutazioa.
b) BRAFen mutazioa
c) APC genea aktibatzea.
d) TP53ren mutazioa.

194. NICE sailkapen endoskopikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Handipen optikoa dakar nahitaez.
b) Patroi baskularra, kolorea eta lesioaren gainazala erabiltzen ditu, eta horiek banda estuaren irudiaren (NBI) bitartez ebaluatzen dira.
c) Soilik urdaileko lesioetarako erabiltzen da.
d) Soilik lesio pedikulatuak baloratzen uzten du.

195. Kolon eta ondesteko lesioen JNET (Japan NBI Expert Team) sailkapenari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) 1 mota, normalean, maila handiko displasiak dituzten adenomei dagokie.
b) 2A mota, oro har, maila baxuko adenomei lotzen zaie.
c) 2B motak espezifikoki inbasio submukoso sakona duten kartzinomak identifikatzen ditu.
d) 3 mota lesio hiperplasikoei dagokie.

196. Aurkikuntza hauetako zein EZ da arrisku handiko irizpide histologiko bat kolon eta ondesteko pT1 kartzinoma bat endoskopia bidez erauzi ondoren?

a) Inbasio linfobaskularra.
b) Maila handiko *budding* tumorea.
c) Ongi bereizitako kartzinoma, ertz libreak dituena eta ez duena inbasio linfobaskularrik.
d) Erauzketa ertza erasanda izatea.

197. Koloneko albo batera zabaltzen diren lesioei (LST) dagokienez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Denek arrisku antzekoa dute.
b) LST granulatu homogeneoek arrisku handiagoa dute.
c) LST ez-granulatu sasideprimituek inbasio submukosoa egoteko arrisku handiagoa dute.
d) Denak kirurgia bidez tratatu behar dira.

198. SMSA polipektomia-konplexutasunaren sailkapenaren arabera, zein EZ da puntuazioaren parte?

a) Tamaina.
b) Morfologia.
c) Kokapena.
d) Displasia histologikoaren maila.

199. Antiinflamatorio ez-esteroideei lotutako kolitisari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Ondesteari baino ez dio erasaten.
b) Ultzerazio diafragmatikoak sor ditzake.
c) Granuloma epitelioideak izatea du ezaugarri.
d) Ezin da bereizi kolitis kolagenosotik.

200. European Crohn's and Colitis Organisation erakundearen gomendioen arabera, inguruabar hauetako zeinek EZ du justifikatzen berez zaintza endoskopikoaren tartea laburtzea kolitis ultzeraduna duten pazienteetan?

a) Horri lotutako kolangitis esklerosante primarioak.
b) Koloneko estenosi inflamatorioaren aurrekaria izatea.
c) Inflamazio endoskopiko eta histologiko neurritsua edo larri iraunkorra izatea.
d) Proktitis ultzeradun bakartua izatea, beste arrisku-faktorerik gabe.

201. Kolitis mikroskopikoari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) Kolonoskopiak lesio ultzeratuak erakusten ditu paziente gehienetan.
b) Diagnostikoa baztertu egin daiteke koloneko mukosa endoskopikoki normala bada.
c) Koloneko hainbat segmenturen biopsia zerratuak hartu behar dira, baita miaketa endoskopikoa normala denean ere.
d) Erasan histologikoa ondestera mugatu ohi da.

202. Alterazio molekular hauetako zein lotzen zaio sarrien kolon eta ondesteko kartzinogenesiaren bide zerratuari?

a) APC genearen inaktibazio germinala.
b) BRAFen mutazioa, CpG irlen fenotipo metilatzailearekin.
c) TP53ren mutazio bakartua, hasierako gertaera gisa.
d) HER2ren anplifikazioa du alterazio bereizgarri.

203. Teknika endoskopikoen bidezko kolon eta ondesteko kartzinomaren erauzketa sendagarri goiztiarraren irizpideei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Erauzketa zatikatuak egoki baloratzea ahalbidetzen digu ertz bertikala eta prozedura lehenetsia da, inbasio submukosoaren susmoa badago.
b) Inbasio linfobaskularra egoteak ez du aldatzen gongoiletako metastasia egoteko probabilitatea, ertzak negatiboak badira.
c) Erauzketa orokorra (R0) funtsezko baldintza da T1 kartzinoma baten sendaketa endoskopikoa baloratzeko.
d) Tumore-bereizteak ez du eraginik kirurgia osagarria agintzerako orduan.

204. Kolezistitis akutua diagnostikatzeko Tokio 2018 (TG18) sailkapenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Behin betiko diagnostikoak eskatzen du tokiko irizpideak, irizpide sistematikoak eta irudi-aurkikuntza bateragarriak aldi berean egotea.
b) Aurkikuntza ekografiko bateragarriak egoteak diagnostikoa ezartzea ahalbidetzen du, klinika edozein dela ere.
c) TG18 sailkapenak larritasun-irizpideak baino ez ditu ezartzen, ez diagnostiko-irizpideak.

d) Leukozitosia inflamazioren tokiko irizpidea da.

205. Tokyo Guidelines 2018ren arabera, irizpide hauetako zein EZ da erabiltzen kolezistitis akutu bat III. mailakotzat (larria) sailkatzeko?

a) Disfuntzio kardiobaskularra, basopresoreen beharrarekin.
b) Arnas-disfuntzioa eta $PaO_2/FiO_2 < 300$.
c) 18.000/mm³ baino gehiagoko leukozitosia, disfuntzio organikorik gabe.
d) Giltzurrun-gutxiegitasuna, 2 mg/dL baino gehiagoko kreatinina serikoarekin.

206. Mirizziren sindromeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Kalkulu bat koledoko distalean buxatzearen ondorioz sortzen da.
b) Ezaugarri du gibeleko hodi komunaren kanpotiko zapalketa, zeina besikula-lepoan edo bide zistikoan buxatutako kalkulu baten ondoriozkoa den.
c) Gehien erabili den sailkapena Bismuth-Corletterena da.
d) Beti AKPE bidez tratatzen da; ez dago kirurgia beharrik.

207. Faktore hauetako zein da polipo besikular baten gaiztotasunaren iragarle nagusia?

a) Sexu femeninoa izatea.
b) Tamaina berdina edo 10 mm baino gehiago izatea.
c) Hori lotutako litiasi besikularra izatea.
d) 40 urte baino gutxiago edukitzea.

208. Behazun-maskuriaren adenomiomatosiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Nahitaezko minbizi aurreko lesiotzat hartzen da.
b) Ezaugarri du mukosa-proliferazioa izatea, proliferazio horrek inbaginazioa izatea musukuluratz, eta, horrela, Rokintansky-Aschoffen sinuak sortzea.
c) Kokapen esklusibotzat du besikulako fundusa.
d) Kirurgia-tratamendua agintzen zaie paziente asintomatiko guztiei.

209. I graduko kolezistitis akutuaren (arina) tratamenduari dagokionez, Tokyo Guidelines 2018ren arabera, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Antibiotiko-tratamendua da, soilik, behin betiko tratamendu lehenetsia.
b) Kolezistektomia laparoskopiko goiztiarra da tratamendu lehenetsia, baldin eta ez badaude kontraindikazio kirurgikoak.
c) Kiruria sistematikoki atzeratu behar da gutxienez sei astez, gertakari larria igaro ondoren.
d) Errutinaz egin behar da azalean zeharreko drainatzea, kirurgia egin aurretik.

210. II. graduko kolezistitis akutuari (neurritsua) dagokionez, irizpide hauetako zein da Tokyo Guidelines 2018k ezarritako definizioaren parte?

a) Hipotentsioa, noradrenalinaren beharrarekin.
b) 100.000/mm³ baino gutxiagoko plaketak.
c) 18.000/mm³ baino gehiagoko leukozitosiak.
d) 2 mg/dL baino gehiagoko kreatinina.

211. Kolezistitis enfisematosoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ohikoagoa da emakume gazteetan.
b) Gasak ekoizte dituzten mikroorganismoengatiko infekzioari lotzen zaio, normalean, eta zulaketa-arrisku handiagoa du kolezistitis akutu konbentzionalak baino.
c) Heste-argiko airea egoteak kolezistitisaren diagnostikoa baztertzen du.
d) Tratamendu kontserbatzailea da gomendatutako estrategia.

212. Behazun-maskuriaren polipoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kolesterol-polipo guztiek kolezistektomia eskatzen dute.
b) Adenomak dira besikulako polipoen kausarik ohikoenak.
c) Kolangitis esklerosante primarioa koexistitzeak aldatu egiten du kirurgia-indikazioaren ataria, gaiztotasun-arriskua handitzen baita.
d) Litiasia egoteak ezabatu egiten du polipoari lotutako besikulako kartzinomaren arriskua.

213. 48 urteko gizon bat kontsultara etorri da behazun-min tipikoaren gertakari errepikariak dituelako azken 18 hilabeteetan. Ekografia abdominala, kolangio-EM eta ekoendoskopia normalak dira. Gibeleko eta pankreako probak normalak dira beti. CCK bidezko gibeleko eta behazun-hodietako gammagrafiak erakutsi du behazun-maskuriko % 72ko eiekzio-frakzioa dagoela, eta ohiko mina zehazki infusioan gertatzen dela. Zein da baieztapen egokiena?

a) >% 65 eiekzio-frakzio batek baztertu egiten du behazun-maskuriaren nahasmendu funtzionala egotea eta behartu egiten du soilik hesteetako jatorria ikertzera.
b) Aurkikuntza bateragarria da behazun-maskuri hiperkinetikoarekin. Klinika horren fisiopatologia ziurrenik CKKrekiko hipersentikortasunarekin lotuko da, eta kolezistektomiari erantzun liezaioke paziente jakin batzuetan, nahiz eta ebidentzia mugatua izan.
c) CCK ematean mina egoteak baieztatu egiten du behazun-maskuriaren nahasmendu funtzionalaren diagnostikoa, eta baieztapen horren espezifikotasuna % 95 baino handiagoa da.
d) Eiekzio-frakzio handia ezaugarri du III motako Oddiren esfinter-disfuntzioak .

214. Kolezistektomia baten ondoren diagnostikatutako behazun-maskuriaren minbizi intzidentalari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kolezistektomia sinplearen bidez tratatutako pT1a tumoreak emaitza onkologiko bikainak dituzte, eta, oro har, ez du gibeleko erauzketa gehigarririk egitea eskatzen.
b) pT1 tumore guztiek eskuineko hepatektomia hedatua behar dute.
c) Lamina bera soilik erasateak linfadenektomia erregionala egitera behartzen du.
d) Berriz ebakuntza egitea agintzen da, tumore-estadioa edozein dela ere.

215. Kolezistitis akutuan kolezistektomia akutuari dagokienez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Sintomak hasi eta lehen 72 orduetan egin behar da, esklusiboki.
b) 72 ordu igarotzean, gidek gomendatzen dute kirurgia ateratzea gutxienez sei astez.
c) Kirurgia egiteko hautagai diren pazienteetan, kolezistektomia laparokopiko goiztiarrak jarraitzen du gomendatutako estrategia izaten, baita sintomak hasitako

unetik 72 ordu baino gehiago igarotzean ere, baldin eta esperientzia kirurgikoa badago.
d) Sintomen iraupena da kirurgia laparoskopikoa egiteko kontraindikazio nagusia.

216. Mirizziren sindromeari dagokionez, adierazi erantzun ZUZENA:

a) Csendesen sailkapenak bost mota ezartzen ditu behazun-hodiaren suntsipen mailaren arabera eta fistula kolezistoenterikoa egotearen edo ez egotearen arabera.
b) Mirizziren sailkapena soilik koledokoaren diametroan oinarritzen da.
c) I motako Mirizziren sindromeak ezaugarri du fistula kolezistokoledoziano bat egotea, behazun-bidearen zirkunferentziaren bi heren baino gehiago hartzen dituena.
d) AKPE da behin betiko tratamendua mota guztietan.

217. Aurkikuntza hauetako zeinek areagotzen du modu independentean 8 mm-ko besikulako polipo baten gaiztotasun-arriskua?

a) Sexu maskulino bakartua.
b) Pazienteak 60 urte baino gehiago izatea.
c) Besikulako litiasi bakartua.
d) Gorputz-masaren indizea 30 kg/m² baino gehiago izatea.

218. Kolezistitis alitiasikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kolezistitis akutuaren formarik ohikoena da.
b) Nagusiki paziente kritikoetan agertzen da eta heriotza-tasa handiagoa du kolezistitis litiasikoak baino.
c) Kalkulu txikiak egotea diagnostikorako baldintza bat da.
d) Ekografia ez da oso erabilgarria diagnostikorako.

219. Kolezistitis akutua duten eta kirurgiarako hautagai ez diren pazienteen behazun-maskuriaren drainatzeari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) Azalean zeharreko drainatzea guztiz ordezkatu du endoskopia bidez gidatutako drainatzeak.
b) Endoskopia bidez gidatutako drainatzea baliozko alternatiba bat da esperientzia duten zentroetan, eta azalean zeharreko drainatzearekin konpara daitezkeen emaitzak edo hobeak lortzen dira paziente jakin batzuetan.
c) AKPE bidezko drainatze transpapilarra da prozedura lehenetsi unibertsala.
d) Inongo drainatze-teknikak ez du erakutsi erabilgarritasun klinikorik duenik.

220. Steven M. Strasberg-ek kolezistektomia laparoskopikorako deskribatutako *Critical View of Safety* (CVS) delakoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Lortutzat jotzen da, koledokoa eta gibeleko arteria bera argi identifika badaitezke.
b) Triangelu hepatozistikoa guztiz disekatzea, gibel-ohearen besikularen beheko herena banatzea eta besikulan sartzen diren bi egituren identifikazio esklusiboa eskatzen du.
c) Xede nagusi du ebakuntzabarneko odoljarioaren intzidentzia gutxitzea.
d) Ebakuntzabarneko kolangiografia normal bat *Critical View of Safety* egokia izatearen baliokide da.

221. Behazun-zuhaitzaren aldaera anatomiko hauetako zien lotzen zaio lesio-arrisku handia izateari kolezistektomia laparoskopikoan?

a) Hodi zistiko motza edukitzea, gibeleko hodi komunaren irteera paraleloarekin.
b) Alboko lotunea duen hodi zistiko luzea.
c) Besikula bikoizketa.
d) Txano frigiarreko besikula.

222. PT1b behazun-maskuriaren kartzinoma intzidentalari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kolezistektomia sinplea nahikotzat hartzen da kasu guztietan.
b) Adostasuna dago linfadenektomia erregionalari lotutako gibeleko erauzketa gehigarri bat egitea baloratu beharraren inguruan; izan ere, hondar-gaixotasuna egoteko eta gongoilak erasateko arriskua dago.
c) Tratamendu lehenetsia kimioterapia adjubantean soilik oinarritzen da.
d) Berriz ebakuntza egitea hodi zistikoaren erasana dagoenean soilik agintzen dute.

223. Kolezistektomia subtotalari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Egungo gidek ez dute gomendatzen teknika hori egitea.
b) Erreskate-estrategia bat da (*bail-out procedure*) eta hori egitea goEzin da erauzimendatzen da ezin denean segurtasunez identifikatu besikula-hiloaren anatomia.
c) Behazun-ihesaren arrisku txikiagoa du kolezistektomia totalak baino.
d) Bere indikazio nagusia besikulako kartzinoma da.

224. Ebakuntzabarneko kolangiografiari buruzko baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Behazun-bidearen lesio-arriskua guztiz ezaba dezakeela erakutsi du.
b) Hori sistematikoki egitea gomendatzen dute unibertsalki sozietate zientifiko guztiek.
c) Identifikazio anatomikoa errazten du eta behazun-lesio baten diagnostiko goiztiarra ahalbide dezake, nahiz eta ez duen ordezkatzen *Critical View of Society* egoki bat lortzea.
d) Saihestu egin behar da hori egitea koledokolitiasia dagoen susmoa badago.

225. Behazun-bidearen lesio iatrogenikoen Strasbergen sailkapenari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) A motako lesioa gibeleko hodi komunaren ebaki osoa egiteari dagokio.
b) B motako lesioa behazun-hodi aberrante baten oklusioan oinarritzen da, normalean gibeleko eskuinekoa.
c) E motako lesioak muinoi zistikoaren behazun-ihesak baino ez ditu.
d) Strasbergen sailkapena kirurgia irekian egindako lesioei bakarrik aplikatzen zaie.

226. Kolezistektomia laparoskopikoaren ondoren Strasbergen A motako behazun-ihesa tratatzeari dagokionez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Hepatikojeiunostomia bidezko berreraikitzea da tratamendu lehenetsia.

b) AKPE bidezko tratamendu endoskopikoa da, esfinterotomia edota behazun-protesien ezarpenarekin, estrategia terapeutiko lehenetsia kasu gehienetan.
c) Beti hepatektomia partzial batean egin behar da.
d) Tratamendu kontserbatzaile bakartuak ia ihes guztiak ixtea lortzen du.

227. Egoera hauetako zein da erreskate-prozedurarako (“*bail-out procedure*”) onartutako indikazio bat kolezistektomia laparoskopiko batean?

a) Kolelitiasi asintomatikoa.
b) Segurtasun-ikuspegi kritiko bat lortzeko ezintasuna, triangelu hepatozistikoaren inflamazio handia edo distortsio anatomikoa dela eta.
c) 6 mm-ko besikulako polipo bat egotea.
d) Atxikidurarik gabeko besikula eskleroatrofikoa.

228. 2018ko Tokyo Guidelinesen arabera, aurkikuntza hauetako zein EZ dago kolangitis akutuaren diagnostiko-irizpideen barruan?

a) Inflamazio sistemikoaren ebidentzia.
b) Kolestasi-datuak.
c) Irudi-aurkikuntzak, buxadurarekin edo behazun-zabalkuntzarekin bateragarriak direnak.
d) Baieztapen mikrobiologikoa, hemokultibo positiboen bidez.

229. I graduko kolangitis akutuaren (arina) estratifikazioari dagokionez, Tokyo Guidelines 2018ren arabera, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Basopresoreak behar dituen hipotentsioak III. mailako kolangitisa definitzen du.
b) 5 mg/dL baino gehiagoko bilirrubina bakarrik, izatez, III. mailako larritasun-irizpidea da.
c) Koledokoaren dilatazioa duen kolangitis oso III. mailakotzat sailkatu behar da.
d) 75 urte baino gehiago izatea disfuntzio organikoaren irizpide da.

230. Koledokolitiasiari buruzko ESGEren gidaren arabera, zein estrategia diagnostiko gomendatzen zaie behazun-bide nagusian kalkuluak izateko probabilitate ertaina duten pazienteei?

a) Berehalako AKPE diagnostikoa.
b) Kolezistektomia, azterlan gehigarririk gabe.
c) Ekoendoskopia edo kolangiopankreatografia erresonantzia magnetiko bidez (KEM), AKPE bat agindu aurretik.
d) Kolangiografia gardenetohepatikoa.

231. Koledokolitiasiaren AKPEari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Hasierako proba diagnostiko modura erabili behar da koledokolitiasiaren susmoa dagoen paziente guztietan.
b) Gaur egun, bere indikazio nagusia terapeutikoa da.
c) Ekoendoskopia erabat ordezkatu du diagnostikoan.
d) AKPE osteko pankreatitis-tasa % 0,5 baino txikiagoa da.

232. AKPE osteko pankreatitisari dagokionez, zein neurrik erakutsi du arrisku-egoeran dauden pazienteengan duen intzidentzia murrizten duela?

a) Antibioterapia profilaktiko sistematikoak.
b) Prozeduraren aurre-aurretik edo ondo-ondoren antiinflamatorio ez-esteroideoak ondestetik emateak.
c) Behazun-protesi metalikoak errutinaz jartzeak.
d) Iododun kontrastearen suspentsioak.

233. Kolangitis esklerosante primarioari (KEP) dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Mitokondorioen aurkako antigorputzak pazienteen % 90 baino gehiagotan daude.
b) Kolangiopankreatografia egitea erresonantzia magnetiko bidez (KEM) diagnostikorako irudi-proba lehenetsia da.
c) AKPEa egin behar da sistematikoki lehen miaketa diagnostiko modura.
d) Gibelaz kanpoko behazun-hodiaren erasan esklusiboak diagnostikoa baztertzen du.

234. Kolangitis esklerosatzaile primarioa duten pazienteei, kolangitis hori dela eta, hauetako zien agertzea da ohikoena?

a) Hepatitis autoimmunea.
b) Crohnen gaixotasuna.
c) Kolitis ultzeraduna.
d) Gaixotasun zeliakoa.

235. Kolangitis esklerosante primarioaren tratamendu farmakologikoari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) Azido ursodesoxilikoak erakutsi du dosi handietan biziraupena hobetzen duela eta sistematikoki gomendatzen da.
b) Gaur egun ez dago inolako tratamendu farmakologikorik, gaixotasunaren historia naturala betirako aldatu duela erakutsi duena.
c) Kortikoideak dira mantentzeko tratamendu estandarra.
d) Azido obetikolikoa da lehen aukerako tratamendua.

236. Behazun-kolangitis primarioari (BKP) dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ezaugarri du behazun-hodi nagusietan hodi inguruko fibrosis zentrokidea izatea.
b) Markatzaile serologiko bereizgarriena mitokondrien aurkako antigorputzak (MAA) egotea da.
c) KEMa ezinbesteko diagnostikoa da.
d) Hesteetako gaixotasun inflamatorioa agertzea ohikoagoa da gainerako pertsonetan baino.

237. Zein da behazun-kolangitisarentzat gomendatutako lehen aukerako tratamendua?

a) Prednisona.
b) Azatioprina.
c) Azido ursodesoxikolikoa.

d) Azido obetikolikoa.

238. Kolangiokartzinoma perihiliarrari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Bismuth-Corletteren sailkapena soilik tumorearen tamainan oinarritzen da.
b) I motak gibeleko eskuineko eta ezkerreko hodiaren batzeari erasaten dio.
c) Bismuth-Corletteren sailkapenak tumorearen hedapen proximala deskribatzen du, behazun-adarkadurarekin lotuta.
d) IV mota gibeleko hodi komunera mugatzen da.

239. Behazun-estenosi zehaztugabea duten pazienteetan, teknika hauetako zienek ematen die errendimendu diagnostiko handiena AKPE bidez lortutako zitologia negatiboa denean?

a) Zitologia eskuilatzearen bidez soilik errepikatzeak.
b) Ziztada-xurgapendun endoskopiak (EUS-FNA/NB), batez ere estenosi distaletan edo lesio estrintsekoetan.
c) Gibeleko eta behazun-hodietako gammagrafiak.
d) Abdomeneko erradiografia arruntak.

240. Metalezko behazun-protesi autohedagarriei (SEMS) dagokienez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Protesi plastikoek iragazkortasun handiagoa dute SEMSek baino.
b) Erauzi ezinezko behazun-buxadura gaiztoan, nahiago dira SEMSak protesi plastikoak baino, iragazkortasun handiagoa dutelako eta berriz aldatzeko behar gutxiago.
c) SEMSak kontraindikatuta daude hiru hilabete baino gehiagoko bizi-itxaropena duten edozein pazientetan.
d) SEMS estaliak beti erraz ken daitezke AKPE bidez.

241. Erauz daitekeen kolangiokartzinoma hiliarraren ebakuntza aurreko behazun-drainatzeari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Sistematikoki egin behar zaie paziente guztiei.
b) Egoera jakin batzuetan soilik agintzen da, esate baterako, kolangitisean, gibeleko gutxiegitasunean edo kirurgia esanguratsuki atzeratzea aurreikusten denean.
c) Kontraindikatuta dago ez duelako biziraupena handitzen.
d) Drainatze gardenetohepatikoaren bidez soilik egin behar da.

242. Ahotiko kolangioskopiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Indikazio nagusi du pankreatitis akutuaren tratamendua.
b) Behazun-bidea zuzenean ikustea eta behazun-estenosi zehaztugabeetan gidatutako biopsiak hartzea ahalbidetzen du.
c) Ekoendoskopia erabat ordezkatu du.
d) Ez du abantailarik eskuilatze zitologiko konbentzionalarekin alderatuta.

243. Egoera hauetako zein da kolangioskopia bidezko hodi-barneko litotriziaren indikazio onartua?

a) 4 mm-ko koledokolitiasi bakarra.

b) Behazun-litiasi konplexua, ezin daitekeena AKPEren teknika konbentzionalekin atera.
c) Behazun-kolangitis primarioa
d) Gibeleko ohiko hodi komunaren estenosi onbera.

244. Behazun-estenosi onberei dagokienez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Protesi metaliko estali gabeak dira tratamendu estandarra.
b) Tratamendu endoskopikoa kasu jakin batzuetan dilatazioan eta guztiz estalitako hainbat protesi plastiko edo SEMSak sekuentzialki jartzean datza.
c) Kirurgia egitea nahitaezkoa da paziente guztietan.
d) Ekoendoskopia da behin betiko tratamendua.

245. AKPEren konplikazioei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Odoljarioa da konplikaziorik ohikoena.
b) Pankreatitis akutua da konplikaziorik ohikoena eta klinikoki garrantzitsuena.
c) Zulaketa gehiagotan gertatzen da pankreatitisa baino.
d) Bakteriemia da konplikaziorik ohikoena.

246. Gibeleko transplantearen osteko behazun-estenosiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Estenosi anastomotikoak iskemia arterialarekin lotu ohi dira.
b) Estenosi anastomotikoak dira behazun-konplikaziorik ohikoenak gibeleko transplantearen ondoren, eta hasierako tratamendua endoskopikoa izan ohi da.
c) Transplante ondoko estenosi guztiek berehalako berreraikitze kirurgikoa behar dute.
d) Kolangio-EMak ez du erabilgarritasun diagnostikorik.

247. Ekondoskopia bidez zuzendutako behazun-drainatzeari (EUS-BD) dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Ikterizia buxatzailea duten paziente guztien teknika lehenetsia da.
b) Batez ere AKPEk porrot egitean edo AKPE egite posible ez denean agintzen da, baldin eta esperientzia badago.
c) Guztiz ordezkatu du drainatze gardenetohepatikoa.
d) Estenosi onberetan soilik egin daiteke.

248. Kolangitis esklerosante primarioari lotutako kolangiokartzinomari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) Arriskua populazio orokorrak duenaren antzekoa da.
b) Metatutako arriskua nabarmen handiagoa da, batez ere gaixotasunaren diagnostikoaren ondorengo lehen urteetan.
c) Azido ursodesoxikolikoak kolangiokartzinoma-arriskua ezabatzen du.
d) Ez da gomendatzen irudi bidezko zaintza.

249. Tumore-markatzaile hauetako zeinek du erabilgarritasun kliniko handiagoa kolangiokartzinomaren jarraipenean, nahiz eta mugatuta egon?

a) Alfa-fetoproteinak.

b) Antigeno kartzinoenbrionarioak (CEA).
c) CA 19-9k.
d) CA 125ek.

250. AKPEn profilaxi antibiotikoa egiteari dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Sistematikoki eman behar zaie paziente guztiei.
b) Hori gomendatzen da behazun-drainatze partzial bat egitea aurreikusten denean edo infekzio-arrisku handia dagoenean.
c) Soilik pankreatitis akutua duten pazientei agintzen zaie.
d) Antibiotikoak emateak AKPE osteko kolangitisaren arriskua ezabatzen du.

251. ESGEren egungo gomendioen arabera, koledokolitiasia eta behazun-maskuria *in situ* dituen paziente baten kasuan, AKPE terapeutiko egoki baten ondoren, zein da gomendatutako jokabidea?

a) Ez egitea kolezistektomia, behazun-bidea guztiz garbi geratu bada.
b) Kolezistektomia laparoskopikoa agintzea ospitaleko ingresuan zehar edo era goiztiarrean, kontraindikazioa dagoenean izan ezik.
c) Kontroleko AKPE berri bat egitea, kirurgia egitea pentsatu aurretik.
d) Azido ursodesoxikolikodun tratamendua mantentzea iraupen mugagabearekin, kirurgiaren alternatiba modura.

252. Proktosigmoiditis ultzeraduna duen eta jarduera arin edo neurritsua egiten duen paziente baten aurrean:

a) Gomendatzen da 5-ASA ematea ahotik. Dosia 2 g edo gehiago izango da eguneko eta monoterapian emango zaio.
b) Gomendatzen da 5-ASA topikoa lotzea ahoko 5-ASA bidezko tratamenduari.
c) Azatioprina lotu behar da 5-ASA bidezko tratamenduarekin, erremisioa eragiteko.
d) Eginkarietako kalprotektinaren balioa >250 µg/g izatea kortikoide-tratamenduaren indikazio da.

253. Crohnen gaixotasunaren tratamenduari dagokionez, adierazi zein den OKERRA:

a) Infliximaba uzki inguruko gaixotasun konplexuaren tratamenduan gomendatzen da.
b) 5-ASA erabiltzea gomendatzen da forma arinen erremisioa eragiteko.
c) Infliximaba indikatuta dago erremisioa eragiteko ohiko tratamenduari erantzuten ez dioten gaixotasun neurritsuko pazienteei.
d) Ustekinumaba antigorputz monoklonala da, eta IL-12 eta IL-13 interleukinaren p40 azpi-unitateari lotzen zaio.

254. Pankreatitis kronikoa duen 45 urteko gizonezko batek pankrea-buruan 5 mm-ko litiasia du. Zein da indikazio nagusia, litiasi horren gaineko prozedura terapeutiko bat egiteko?

a) Ea pankreako gutxiegitasun exokrinoa duen.
b) Ea diabetes mellitusa lotzen zaion.
c) Ea min arin kontrolatua duen, analgesiarekin.
d) Ea morfikoak behar dituen eguneroko mina duen.

255. Hesteetako gaixotasun inflamatorioari buruzko hestez kanpoko zeinuei buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) 2 motako artropatia periferiko poliartikularrak ez du zerikusirik gaixotasunaren jarduerarekin.
b) Hesteetako gaixotasun inflamatorioa duten pazienteen % 40k sakroileitisaren datu erradiologikoak ditu.
c) Ustekinumaba da aukera lehenetsia pioderma gangrenosoaren tratamenduan.
d) Bedolizumaba da farmako egokiena artropatia periferikoa tratatzeko.

256. Aukera hauetako zein EZ da gaixotasun zeliakoa bahetzeko indikazio bat?

a) Fibromialgia.
b) Beherako kronikoa.
c) Transaminasak etengabe handitzea.
d) Dermatitis herpetiformea.

257. Aukera hauetako zein EZ da antolatutako kolekzio nekrotiko baten ekoendoskopia bidez gidatutako drainatzearen indikazio?

a) Behazun-buxadura.
b) Hustuketa gastrikoa buxatzea.
c) Tamaina > 10 cm izatea.
d) Bilakaera okerra duen infekzioaren susmoa izatea, tratamendu medikoarekin.

258. Gibeleko gaixotasun polikistikoari lotutako baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Azido ursodeoxikolikoak gibeleko bolumena txikitzen du.
b) Serumeko CA 19-9 kontzentrazioa handitzen da.
c) Somatostatina-analogoen tratamendua onuragarriagoa da gizonezkoengan.
d) Estrogeno bidezko tratamenduak gibeleko bolumena txikitzen du.

259. Kolangitis esklerosante primarioari (KEP) egiten zaizkion lotura hauetako zein da OKERRA?

a) Hodi txikiko KEPa – pronostiko txarra.
b) Hodi handietako KEPa – serumeko IgG4 < 1,5 x handitzea.
c) Pruritoa – bezafibrato lehen aukerako terapia gisa.
d) Emakumezkoa – pronostiko ona.

260. Inguruabar hauetako zeinetan dago egokitua errifaximina bidezko tratamendua?

a) Gibeleko entzefalopatiaren tratamendu subklinikoak ez badu onartzen edo disakaridoek huts egiten badute.
b) Profilaxi sekundarioa egitea gibeleko entzefalopatia klinikoaren lehen gertakariaren ondoren, laktulosarekin nahastuta.
c) TIPS osteko gibeleko entzefalopatiaren profilaxi primarioa, zeina aukerakoa den aldez aurretik gibeleko entzefalopatia klinikorik ez duten pazienteetan.
d) a) eta b).

261. Baieztapen hauetako zein da zuzena fibrosiaren proba ez-inbaditzaileei, hala nola FIB-4ri, dagokienez?

a) Prebalentzia txikiko populazioetan, fibrosi aurreratua diagnostikatzeko zehaztasun handiagoa du.
b) Prebalentzia handiko populazioetan, fibrosi aurreratua diagnostikatzeko zehaztasun handiagoa du.
c) FIB-4 osatzen duten aldagaiak honako hauek dira: adina, ALT, gammaglutamil transferasa eta plaketak.
d) FIB-4k positibo faltsuak ematen ditu >65 urtekoetan.

262. Behazun-kolangitis primarioan azido ursodeoxikolikoari erantzutea faktore hauetako batekin lotzen da:

a) Adinarekin gutxitu egiten da.
b) Okerragoa da gizonezkoetan.
c) Ez du zerikusirik dosiarekin.
d) Hobea da anti-gp210 antigorputzekin.

263. Zein da Budd-Chiariren sindromearen kausa ohikoena?

a) Antitronbina-eskasia.
b) C proteinaren eskasia.
c) Neoplasia mielougalkorrak.
d) Idiopatikoa.

264. Faktore hauetako zein EZ da kontuan hartzen gibeleko adenoma baten tratamendua erabakitzeko?

a) Sexua.
b) Tamaina.
c) Progresio-patroia.
d) Etiologia.

265. Aurkikuntza hauetako zein EZ dagokio 1. motako gibel-giltzurrunetako sindromeari, zirrosia eta giltzurrun-gutxiegitasun akutua (AKI) dituen paziente baten kasuan?

a) Berezko peritonitis bakterianoarekin lotuta egotea.
b) Albuminaren zain barneko infusioari (1 g/kg/egun) erantzutea, gutxienez 2 egunez.
c) Hematuria: <50 zelula eremu bakoitzeko.
d) Proteinuria: <500 mg/eguneko.

266. Zer farmako edo konbinazio hautatuko zenuke egun gure inguruan paziente hau tratatzeko? 60 urteko gizonezko bat honako hauek dituena:C birusak eragindako zirrosia, Child-Pugh A-6, hepatokartzinoma portako tronbosi tumoralarekin eta hestegorriko barizeek duela 4 hilabete eragindako odoljarioa.

a) Atezolizumab eta bebazizumaba.
b) Nibolumaba.
c) Sorafeniba.

d) Kontraindikatutako tratamendu sistematikoa.

267. Faktore hauetako zein EZ da kontuan hartzen TACE erabili ala ez erabakitzeko, zirrosia duen paziente baten kartzinoma hepatozelularra tratatzeko?

a) Aszitisa egotea.
b) Noduluaren tamaina handiagoa izatea.
c) Portako tronbosi benoso ez-tumorala izatea.
d) Alfa-fetoproteinak.

268. Baieztapen hauetako zein da ZUZENA HFE, C282Y/H63D geneaz osatutako heteroziogotoari dagokionez?

a) Burdina-gainkarga hemokromatosian patognomoikoa da.
b) Burdinaren metabolismoaren parametroetako aldaketa arinekin lotzen da maiz.
c) Ez dakar zirrosi-arriskua handitzea, nahiz eta ingurumen-arriskuko faktoreekin lotuta egon.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

269. Behazun-maskurian polipoak dituzten sintomarik gabeko pazienteen egoera hauetako zeinetan hartu behar da kontuan kolezistektomia?

a) Polipo bakarra eta <5 mm-koa izatea.
b) 8 mm-ko polipo bakarra izatea eta >60 urte.
c) <5 mm-ko polipo bakarra, kolelitiasiarekin.
d) Aurrekoetako bat bera ere ez.

270. Pankreako tumore-markatzaileei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) 19.9 karbohidrato-antigenoaren antigorputz monoklonalak erabilgarria dela erakutsi du pankreako adenokartzionameren diagnostikoan.
b) 19.9 karbohidrato-antigenoaren antigorputz monoklonala ez da erabilgarria errezidiba agertzea aurreikusteko.
c) AXL tirosina-zinasa proteina egoteari lotutako markatzaile berri bat agertzen da gaixotasunaren fase aurreratuetan.
d) CA 19-9 eta AXL proteinen nahasketak zehazten du tumore-zelulak dauden edo ez, eta haren sentikortausna % 90koa da.

271. Adierazi erantzun OKERRA:

a) Pankrea exokrinoa guruin tubuluazinosoa da, serum-jariatzea duena, eta egunero bikarbonato ugariko 1200 ml digestio-proentzima inguru ekoizten ditu.
b) Pankrea endokrinoa pankrea-ehunaren zati handi bat da (% 80).
c) Pankrea endokrinoa 2000 eta 3000 zelula arteko agregatu esferikoek osatzen dute, Langerhansen irlak izenekoek, eta irla horiek guruinaren % 5 baino gutxiago dira.
d) Langerhansen irlak, nagusiki, pankrea-isatsean egon ohi dira.

272. Langerhansen irlei dagokienez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Irla horiek osatzen dituzten 9 zelula mota daude.
b) Beta zelulak dira ohikoenak eta odoleko glukosa mailak gutxitzen dituzte.

c) Delta zelulak dira ohikoenak eta glukoneogenesia eragozten dute.
d) G zelulak soilik pankrea-buruan daude eta azido klorhidrikoaren ekoizpena estimulatzen dute, urdaileko pareta-zelulak direla eta.

273. Pankreako enbriologiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Pankreako sortzetiko anomaliak normalean helduaroan detektatzen dira.
b) Pankrea aurreko hestearen atzeko zatian sortzen da.
c) Hedgehog genearen ezohiko itxura-patroiak pankrea *divisum*i lotzen zaizkio.
d) Pankrea *divisum* osagabea da azpimota ohikoena.

274. Eraztun-formako pankreari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Pediatria-adineko pankreako anomaliarik ohikoena da.
b) Pazienteen erdiak baino gehiagok buxadura-klinika handia dute jaioberriaroan.
c) Beste nahasmendu batzuei, hala nola duodenoko edo hestegorriko atresiari, Downen sindromeari edo Meckelen dibertikuluari, lotu daitezke.
d) Helduetan ohikoa da behazun-buxaduragatiko ikterizia.

275. Pankrea ektopikoari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Ekoendoskopia funtsezko tresna da diagnostiko diferentzialerako.
b) Klinika kokapenaren araberakoa izango da, eta kokapen ohikoena urdailekoa da.
c) Tumore-garapenari ere lotzen zaio, eta, hortaz, beti erauzketa kirurgikoa gomendatzen da.
d) Oinarri zabal eta ertz lauetako lesio bat izatea du ezaugarri, eta, oro har, submukosaren araberakoa izan ohi da eta unbilikazio zentral klasikoa izan ohi du.

276. Pankreako jariatzeari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Jariatzea mekanismo neurohormonal konplexu batek erregulatzen du, eta mekanismo horretan hormona eta neuropeptido ugari sartzen dira.
b) Entzimak 4 taldeetan sailkatzen dira: glukotikoak, lipolitikoak, proteolitikoak eta nukleolitikoak.
c) Entzima guztiak aktiboki askatzen dira.
d) Entzima proteolitikoak eta fosfolipasak proentzima modura askatzen dira.

277. Pankreatitisaren fisiopatologiari buruzko erantzun hauetako zein da ZUZENA?

a) Tripsinogenoa aktibatzeari lotutako mutazioak faktore garrantzitsuak dira pankreatitisa garatzeko.
b) Pankreatitisa entzimen pankrea barneko blokeoaren ondorioz sortzen da.
c) Autofagiako mekanismoek ez dute erakutsi rol esanguratsua dutenik.
d) Il-10aren askapen-blokeoak hobe ditzake nahi ez diren inflamazio orokortuaren ondorioak.

278. Zein da OKERRA haurtzaroko pankreatitis akutuei dagokienez?

a) Haurtzaroko pankreatitis akutuaren diagnostikoa nabarmen handitu da azken bi hamarkadetan.
b) Haurtzaroan, helduaroko maiztasun berarekin diagnostikatzen dira.

c) Haurtzaroko pankreatitis akutuek konplikazio- eta hilkortasun-arrisku handiagoa dute.
d) Pankreatitis akutu errepikatua edo pankreatitis kroniko duten haurrek arrisku-faktore genetiko edo anatomiko gehiago izaten dituzte helduek baino.

279. Fibrosi kistikoa gaixotasun multisistemikoa da, eta honako baieztapen guzti hauek ditu ezaugarri, BAT IZAN EZIK:

a) Diagnostikoa onartzen da irizpide hauetako bi betetzen direnean: itu-organo baten erasana, izerdiko kloruro kontzentrazioa > 60 mEq/l izatea, alelo bakoitzean 2 mutazio genetiko izatea edo ezohiko sudurra eduki ahal izatea.
b) Biriken erasan progresiboa da morbimortalitate-kausarik handiena.
c) Arnas-funtzioaren probak alteratuta daude sintomak agertu aurretik.
d) CFTR geneari eragiten dion gaixotasun autosomiko gainartzailea da.

280. Fibrosi kistikoari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Bikarbonato-igarotzeari gehien erasaten dioten mutazioek erasan digestibo larriagoa izango dute.
b) Pankreako erasana ez da ohikoa fibrosi kistiko klasikoan.
c) Fibrosi kistikoan, pankreako kisteak tamaina handikoak izan daitezke, eta erasan hori zistosis modura ezagutzen da.
d) a) eta c).

281. Zer gaixotasun EZ zaio lotzen fibrosi kistikoari?

a) Diabetes mellitusa.
b) Mukozele apendikularra.
c) Azoospermia.
d) Zeliakia.

282. Zein da pankrea-gutxiegitasun exokrinoaren LEHEN kausa haurtzaroan?

a) Johanson-Blizzardeen sindromea.
b) Pankreako agesia.
c) Scwachwan-Diamonden sindromea.
d) Fibrosi kistikoa.

283. Pankrea *divisum*i dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Kalkulatzen da pankrea *divisum*a sintomatikoa dela hori dutenen % 50etan.
b) Pankrea *divisum* izatearen susmoa badago, egin beharreko lehenengo proba AKPE da.
c) Interbentzio-neurri terapeutikoak pankreatitis akutu errepikatu duten pazienteentzat gorde behar dira.
d) a) eta b).

284. Zein EZ da pankreatitis akutuaren diagnostikorako Atlantako Sailkapen Berrikusiaren irizpide?

a) Koledokolitiasia egotea irudi-proba batean.

b) Pankreako entzimak handitzea (lipasa edota amilas) > normaltasunaren muga baino 3 aldiz gehiago.
c) Abdomeneko mina epigastrioan eta min irradiatua gerriko forman.
d) Pankreatitis akutuarekin bateragarria den irudi-proba.

285. Zer parametro EZ dagokion BISAP eskalari (lehen 24 orduetan ebaluatua)?

a) Odoleko nitrogeno ureikoa (BUN) > 25 mg/dL.
b) Adina > 60 urte.
c) Perikardioko isuria.
d) Kontzientzia-mailaren alterazioa.

286. Zein da pankreatitis akutuaren kausa diagnostikatzeko egin beharreko lehen irudi-azterketa?

a) Ekoendoskopia.
b) Abdomeneko ekografia.
c) Abdomeneko OTA.
d) Kolangio-EM.

287. Fluidoterapia funtsezko oinarria da pankreatitis akutua tratatzeko; izan ere, pankreatitis akutuan likido-bahiketa bat egoten da, hainbat arrazoirengatik. Zein da erantzun ZUZENA?

a) Kontuan hartuta egun eskuragarri dagoen ebidentzia, zentzuzkoa dirudi helburuetan oinarritutako fluidoterapia oldarkorra gomendatzea.
b) Serum fisiologikoko fluifoterapiak pankreatitis akutuaren tratamendurako alternatibarik hoberena dela dirudi.
c) Ringer-laktato serumak ez du erakutsi PCEa murriz dezakeenik, ezta erantzun inflamatorio sistemikoaren sindromea ere.
d) Aurreko aukeretako bat bera ere ez da zuzena.

288. Zein da ZUZENA pankreatitis akutuaren maneiu medikoan?

a) Ahoko tolerantzia probatzea gomendatzen da ospitaleko ingresuaren 4. egunean.
b) Ahoko dieta toleratzen ez duten paziente horientzat zunda bidezko nutrizio enterala gordeko da, zazpigarren egunetik aurrera emateko.
c) Sonda bidezko nutrizioa emateko bide gustukoena beti nasojeiunala da.
d) Anestesia epidurala alternatiba izan daiteke min errefraktariozko kasuetan, batez ere lehen 24-72 orduetan.

289. Zein da erantzun ZUZENA?

a) Pankreatitis akutuan ospe handien duten gidak antibiotikoterapia profilaktikoa erabiltzearen aurka daude.
b) Behazun-pankreatitis akutua badago, kolangitisik gabe, AKPEa lehen 72 orduetan egitea gomendatzen da.
c) Behazun-pankreatitis akutua badago, eta pazeinteak horri lotutako kolangitisa badu, presazko AKPEa egitea gomendatzen da (lehen 24 orduak).
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

290. Zein da OKERRA pankreatitis akutuaren tokiko konplikazioei dagokienez?

a) Pankreako bilduma inflamatorioak sailkatzeko kontuan hartzen da ea hondar nekrotikoak dituzten eta zer bilakaera-denbora duten.
b) Kolekzio nekrotiko akutuak gutxienez 4 bilakaera aste behar ditu eratzeko.
c) 10 cm-ko diametroraino hel daitezkeen sasikisteen % 25 ebakuntzarik gabe konpontzen dira.
d) Hodiaren deskonexio-sindromea infradiagnostikatua da, eta pankreatitis nekrotizatzaileen % 30 baino gehiagori erasan diezaioke.

291. Pankrea inguruko bildumen infekzioari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Infekioa egotea, normalean, bilduma nekrotikoen ezaugarria da.
b) Konplikazio berantiarra izan ohi da, bigarren edo hirugarren bilakaera-astean agertzen dena.
c) Diagnostikoa baieztatzea gomendatzen da, aspirazio-orratz fin batekin egindako ziztada bidez jasotako lagin batean ziztada eta kultiboa eginda.
d) Aurkikuntza hori erretroperitoneoko gas libreko OTA batean balitz, baieztatu egingo iltzatzeke. Haatik, erradiologia-zeinu hori soilik infektatutako nekrosien % 40an dago.

292. Pankrea inguruko bildumen infekzioari dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) Infektatutako pankreako bildumetan tratamendu oldarkor bat egitea agintzen da, baldin eta organoak konprimatzen badituzte edo sindrome konpartimentala eragiten badute.
b) Azalean zeharreko drainatzearen bidez pankrea eta azaleko fistularen arriskua murrizteko, tamaina txikiko kateterrak erabiltzea gomendatzen da.
c) Nahiago da egin erretroperitoneoko nekrosotomia minimoki inbaditzailedun heltze progresibo bat (*step-up*), nekrosektomia irekia baino.
d) Nekrosektomia endoskopikoa metodo eraginkorra da, baino ez dago konplikazioetatik libre. Konplikazio ohikoena odol-galera da (% 18).

293. Pankreatitis autoinmuneei dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) 2 azpimota IgG4-rekin lotutako gaixotasunaren beste zeinu bat da.
b) 1 azpimotak ezaugarri du lesio epitelial granulozitiko bat garatzea, pankreako hodietan zentratua, eta serumeko IgG4aren handitzerik gabe.
c) Bi azpimotek ezaugarri eduki ohi dituzte mina, ikterizia, pankreatitis akutuaren gertakariak edota sasimasen eraketa, eta azkar erantzun ohi diote kortikoide bidezko tratamenduari.
d) a)+ b)

294. Zein da 1. motako pankreatitis autoimmunearen banaketa geografiko nagusia?

a) Banaketa homogeneoa dago mundu mailan.
b) Mendebaldeko herrialdeetan nagusitzen da.
c) Asian nagusitzen da.
d) Soilik Europan eta Afrikan nagusitzen da.

295. Nagusi den generoari dagokionez, nola jokatzen du 2 motako pankreatitis autoimmuneak?

a) Emakumezkoetan da nagusi.
b) Gizonezko eta emakumezkoetan berdin jokatzen du.
c) Gizonezkoetan da nagusi (3:1).
d) Soilik sexu maskulinoan.

296. Zein da 1. eta 2. motako pankreatitis autoimmunearen zeinu klinikorik ohikoena?

a) Ikterizia buxatzailea.
b) Pankreatitis akutua.
c) Abdomeneko min kronikoa.
d) Pisu-galera.

297. Zer aurkikuntza histologiko du 2. motako pankreatitis autoimmuneak ezaugarri esklusibo?

a) Lesio epitelial granulozitikoak.
b) IgG4 zelula positibo ugari (>10/CGA).
c) Fibrosis estoriformea.
d) Flebitis buxatzailea.

298. Erradiologikoki, zer aurkikuntza da ohikoena 2 motako pankreatitis autoimmunean?

a) Guruinaren atrofia osoa (% 100).
b) Kiste kaltzifikatuak.
c) Loditze zehaztugabeak (% 40).
d) Loditze fokalak (% 85).

299. Ekoendoskopiaren bidez pankreatitis kronikoa diagnostikatzeko irizpide hauetako zein jotzen da A irizpide nagusitzat Rosemonten sailkapenean?

a) Pankrea-hodi nagusi dilatatua eta arrosario formakoa.
b) Guruin osoaren abaraska gisako lobulazioa.
c) Hodi-barneko edo giltzurrun barneko litiasia (gutxienez 3 2 mm baino gehiagokoak).
d) Pankreako kisteak egotea.

300. Zer faktore EZ daude inplikatuta pankreatitis kronikoa izateko probabilitatearen alde?

a) Pankreatitis akutu errepikatua.
b) Enolismo kronikoa pankreatitis akutuarekin.
c) Diabetes mellitus aurreratua.
d) Pankreatitis kronikoaren arrisku-faktore genetikoak egotea.

301. Kataluniako Pankreako Sozietatearen gomendioen arabera, egoera hauetako zeinetan jotzen da nahitaezkotzat azterketa genetiko bat egitea pankreatitis kronikoa duten pazienteetan?

a) Pankreatitis kronikoa duen paziente bat, pankreako patologia duen lehen edo bigarren mailako senide bat duena.
b) Pankreatitis kronikoarekin 35 urte izan aurretik hasi zen pazientea.
c) Erregistratu gabeko etiologiako pankreatitis kronikoa duen pazientea.
d) a)+ b).

302. Pankreatitis kronikoa duen paziente batek ez du mina behar bezala kontrolatzen, eta hasierako analgesiko gisa parazetamola eta metamizola ditu. Farmako hauetako zein gomendatzen da kasu horietan horri lotutako min neuropatikoaren maneiuan duen frogatutako erabilgarritasunagatik?

a) Diklofenakoa.
b) Pregabalina.
c) Tramadola.
d) Buprenorfina.

303. Pankreatitis kronikoa duen paziente batek behazun-estenosi asintomatikoa du. Egoera hauetako zeinek justifikatuko luke estenosiari buruzko tratamendu inbaditzailea egitea?

a) Behazun-zirrosi sekundarioak.
b) Kolestasi iragankorrak.
c) Behazun-estenosiaren progresio argiak.
d) a) eta c).

304. Pankreatitis kronikoaren ondoriozko pankrea-gutxiegitasun exokrinoa duen paziente batek ordezko tratamendu entzimatikoa hasten du dosi estandarrarekin (50.000 UI otordu nagusietan eta 25.000 UI adingabeetan). Ebaluazioaldi baten ondoren pazientearen erantzuna eskasa bada, zein izango litzateke hurrengo urrats terapeutikoa?

a) Ordezko terapia entzimatikoa etetea eta pankreako kirurgia egitea.
b) Ordezko entzimen dosia bikoiztea eta PPI bat jartzea (20 mg/12 omeprazol).
c) Dieta aldatzea, karbohidratoetan baxua den batera.
d) Espektro zabaleko tratamendu antibiotikoa hastea bakterio-gainhazkuntza kudeatzeko eta gero ordezko entzimak aldatzea.

305. Pankreako litiasien prebalentzia oso handia da pankreatitis kronikoa duten pazienteetan. Zein da kalkuluen tamainaren arabera nazioarteko gidek gomendatutako hasierako estrategia?

a) Tratamendu endoskopikoa lehenesten da 10 mm baino gehiagoko kalkuluak behin betiko hertzeko.
b) Tratamendu endoskopikoa lehenesten da 5 mm baino gutxiagoko kalkuluak hertzeko.
c) Gorputzaz kanpoko litrotrizia da gomendatutako lehenengo aukera 5 mm baino gutxiagoko kalkuluentzat.

d) Kalkuluen tamaina edozein dela ere, hasieran litotriziadun pankreatoskopia bidez tratatu behar dira.

306. Aukera hauetako zeinek deskribatzen du sasikistearen tratamendu endoskopikoaren abantaila bat, azalean zeharreko drainatzearen aldean?

a) Tratamendu endoskopikoak erakutsi du arrakasta klinikoaren tasa handiagoa eta berrebakuntza-tasa txikiagoak dituela eta ospitaleko egonaldia laburragoa dela.
b) Tratamendu endoskopikoak ospitaleko egonaldi handiagoa du, baina kontrako efektu gutxiago ditu.
c) Azalean zeharreko drainatzea handiagoa da endoskopikoa baino, kostuei eta konpontze-denbora azkarrari dagokienez.
d) Ez dago desberdintasun esanguratsurik bi tekniketan ospitaleko egonaldian zein berriz ebakuntza egiteko beharrean.

307. Zeintzuk dira pankrean gantza pilatzera daramaten bi mekanismo nagusiak?

a) Hiperkaltzemia jarraitua eta Wirsungen buxadura mekanikoa.
b) Adipozitoen gehiegizko jariatzea eta azino-zelulen atrofia.
c) Azino-zelulak akabatzea eta horiek adipozitoeki ordeztea (ordezte maila) eta gantz-infiltrazioa handitzea organoan.
d) Hodi barneko zelulen metaplasia muzinosoa eta pankreako nekrosi akutua egitea, alkoholismoa dela eta.

308. Pankreako gantzaren diagnostikori dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Abdomeneko ekografiaren mugetako bat da fibrosia ere hiperekogenikoa dela.
b) Pankreako gantza OTA bidez ebaluatzeko, nahiago da kontrastearekin aztertzea.
c) EMen, T1 eta T2n bultzatutako irudiek hipersentikortasuna erakusten dute gibel arrunt batekin alderatuta.
d) Ekoendoskopiak elastografia aplikatzea ahalbidetzen du eta pankrearen bisualizazio aparta ematen du, baina teknika inbaditzailea da.

309. Pankreako adenokartzinoma bat garatzeko arrisku-faktore hauek arriskua nabarmen handitzea baldintzatzen dute (x 2-3 aldiz), BATEK IZAN EZIK:

a) Alkoholak.
b) Arraza beltzekoa izateak.
c) Kadmioarekiko, artsenikoarekiko eta berunarekiko esposizioak.
d) B hepatitisaren birusagatiko infekzioak.

310. NCCNren Pankreako Adenokartzinomaren Praktika Klinikoaren Gidaliburuaren ebakigarritasun-irizpideen arabera, nola sailkatzen da goi-zain mesenterikoarekin edo zain portarekin kontaktua duen pankrea-tumore bat (< 180), zain-inguruaren irregulartasuna edo zain-tronbosia duena?

a) Erauz daiteke zain-erasan bat delako.
b) *Bordeline.*
c) Ezin da erauzi eta lokalki aurreratuta dago.

d) Ezin da erauzi eta metastasikoa da.

311. Paziente bati ebakuntza egin diote 3,5 cm-ko pankrea-tumore bat atzeman diotela, 2 gongoil linfatiko erregionalen metastasiarekin, eta ez dago urrutiko metastasiaren ebidentziarik. American Joint Commitee (AJCC) erakundearen arabera, zein da paziente horren behin betiko egoera?

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

312. Aldez aurretik pankreako minbizia izateko arrisku handiagoa izan dezaketen gaitz genetikoetatik, zeinek du arrisku erlatibo handiena?

a) Pankreatitis hereditarioak.
b) Lynchen sindromeak.
c) Melanoma familiarraren sindromea, orin atipiko ugarirekin.
d) Peutz-Jeghersen sindromea.

313. Egitura anatomiko hauetako zein EZ da duodenopankreatektomia zefaliko (DPZ) baten parte (*whipple*)?

a) Pankrea-burua eta prozesu untzinatua.
b) Duodenoa, jeiunoko lehenengo segmentua eta behazun-hodi komuna.
c) Barea eta zeharkako kolona.
d) Besikula eta batzuetan antroa.

314. Pankreako fistula da DPZ (*Whipple*) ondoko konplikaziorik beldurgarriena. Baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Gomendatzen da pazientea ahorakinik hartu gabe mantentzea, pankrea-zukuen jariatzea gutxitzeko, eta nutrizio parenteralari ekitea, estrategia hori 7 egun baino gehiagotan mantentzea aurreikusten bada.
b) Dieta hiperproteikoa hasi behar da ahalik eta azkarren, fistularen orbaintzea azkartzeko.
c) Somatostatina-analogoak erabiltzea baliagarria izan daiteke jariaketa askoko fistuletan.
d) Ur-faseko erreakzionatzaileak edo sukarra areagotzen badira, espektro zabaleko antibiotikoak ematea eta pankreako-likidoaren kultiboa hartzea gomendatzen da.

315. Ikerketa hauetako zeinek frogatu zuen modu iraultzailean Folfirinoxekin egindako polikimioterapiaren eskemak biziraupen globalaren askoz mediana handiagoa lortzen zuela, tratamendu lagungarrian gemzitabinarekin egindako monoterapiarekin alderatuta?

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

316. Folfirinox bidezko polikimioterapiaren eskemak hainbat agente zitostatiko konbinatzen ditu, pankreako adenokartzinomaren aurrean, tumoreen aurkako eraginkortasuna indartzeko, toxikotasuna handitzearen kontura. Zein lotzen zaio horri ZUZENKI?

a) Oxaliplatinoa ahoko profarmako bat da, eta duen segurtasun-profil ona dela eta nabarmentzen da.
b) Irinotekanak I topoisomerasaren inhibitzaile gisara jarduten du, zain barnetik ematen da, eta kontrako efektuen artean honako hauek nabarmentzen dira: alopezia, beherakoa, gibel-funtzioaren frogak alteratuta egotea eta toxikotasun hematologikoa.
c) 5-fluorouraziloa agente alkilatzaile antineoplasiko purua da, eta lotura gurutzatuak sortzen ditu ADG kateen artean. Ezaugarri du soilik esku-haurreko eta oin-zolako sindromea ekoiztea.
d) Oxaliplatinoa larruazalpetik ematen da, eta gibeleko segurtasun-profil ona du, ez baititu entzimak alteratzen.

317. Faktore hauetako zein jotzen da kimioterapia neoadjubantearen ERAGOZPEN ESKLUSIBOTZAT, adjubantearen aurrean?

a) Gaixotasun mikrometastasikoa hasieratik tratatzea ahalbidetzen du.
b) Amaiera okerragoa du kirurgia osteko ondorio eta konplikazioak direla eta.
c) Kirurgia egiteko aukera galtzen da, tratamenduak eragindako konplikazioa badago.
d) Ezintasuna dago R0 kirugia-tasa handiagoa lortzeko.

318. Pankreako tumore neuroendokrinoen (TNEp) epidemiologiari dagokionez, baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) TNEp gehienak gaiztoak dira eta % 60ren inguruk gaixotasun metastasikoa dute diagnostikoaren unean.
b) TNEp gehienak familiako sindrome hereditarioei lotzen zaizkie, eta 1 motako neoplasia endokrino anitza da ohikoena.
c) TNEp gehienak funtzionatzaileak dira, eta intsulinomak dira ohikoenak.
d) Intsulinomak tumore gaiztoak dira kasuen % 90ean; beraz, pronostikoa ez da aldekoa izaten.

319. Adierazi lotura OKERRA:

a) Intsulinoma – hipogluzemia.
b) Glukagonoma – eritema nekrolitiko migratzailea.
c) Gastrinoma – Zollinger-Ellisonen sindromea.
d) Somatostatina – aklorhidria.

320. Neoplasia solido sasipapilarrei dagokienez, zein da aukera OKERRA?

a) Ezohiko klinika da, adin txikietan, eta, bereziki, emakumeetan diagnostikatu ohi dena.
b) Intzidentzia pixka bat handiagoa dute pankrea-isatsean.
c) Ezaugarri dute pankrea-hodi nagusiaren arteko lotura egitea.
d) Gaiztotu egin daitezke; hortaz, heltze kirurgikoa egitea gomendatzen da.

321. Panrea kistikoen TNEei dagokienez, zein da aukera ZUZENA?

a) Ondo mugatutako lesioak dira, pankrea-hodi nagusiaren arteko lotura egiten dutenak.
b) Pixka bat gehiago gailentzen dira emakumezkoetan.
c) Lesio soilik solidoen aurrean, ez dute hain jokabide oldarkorra.
d) Analisi zitopatologikoak ETIKOM eta amilasa baxua erakusten ditu, baita Ki-67 proliferazio-indize handitua ere.

322. Pankreako lesio kistikoei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Neoplasia kistiko serosoa hazkunde oso laburreko tumore onberatzat hartzen da, eta pentsatzen da gaiztotze-arrisku txikia duela (< % 1); beraz, jokabide kontserbatzailea izatea gomendatzen da.
b) Lesio kistiko muzinosoak ohikoagoak dira gizonezkoetan, eta gaiztotu egin daitezkeenez, heltze kirurgikoa egitea gomendatzen da, batez ere < 4 cm badituzte.
c) Hodi-barneko tumore papilar muzinoso (HBTPM) gehienak, gibeleko hodi nagusiarekin duten lotura dela eta, sintomak eragiten dituzte.
d) Adar nagusiko HBTPMak ezaugarri dute > 10 mm-ko *Wirsung*a izatea.

323. Todaniren sailkapenaren arabera, zein mota dagokio Caroliren gaixotasunari, gaixotasun horrek ezaugarri badu gibel barneko behazun-zuhaitzaren sakluluko dilatazioa edo dilatazio fusiforme bakartua, gibelaz kanpoko erasanik gabe?

a) III. mota.
b) II. mota.
c) III. mota.
d) V. mota.

324. Minaren ezaugarri hauek nahitaezkoak dira Oddiren esfinterraren disfuntzioa diagnostikatzeko, Erroma IVren irizpideen arabera, bat IZAN EZIK:

a) Minak pazientea esnatzen du gauez.
b) Mina lokalizatuta dago eskuineko epigastrioan edo hipokondrian, eta gutxienez 30 minutuko iraupena du.
c) Mina ez da egunero agertzen.
d) Mina hesteetako hustuketari lotzen zaio, gutxienez kasuen % 20ean.

325. Guzti hauek kolelitiasia garatzeko arrisku-faktoreak dira, bat IZAN EZIK, babes-faktoretzat hartzen dena:

a) Seme-alaba bat baino gehiago erditu izana aurretik.
b) Kafea.
c) Somatostatina-analogoak.
d) Zeftriaxona.

326. ASGEren (2019) algoritmoaren arabera, koledokolitiasiaren arriskua estratifikatzeko orduan, honako agertoki hauek zuzenean sailkatzen dute paziente bat arrisku ertaineko kategorian (% 10-50), batek IZAN EZIK. Zeinek?

a) Gibel-profilaren alterazioak.

b) Adina > 55 urte izateak.
c) Behazun-bidearen dilatazioak.
d) Behazun-bidearen dilatazioa > 6 mm izatea besikula *in situ* duten pazienteetan edo > 8 mm kolezistektomia izandakoetan + > 4 mg/dL-ko bilirrubina dutenetan.

327. Adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Kolezistitis alitiasikoa gehiagotan agertzen da gizonezkoetan, eta, batez ere, larritasun-egoerekin lotzen da.
b) Kolezistitis enfisematosoa aldaera oso ohikoa da. Aldaera hori gasak ekoizten dituzten bakterio anaerobioek, hala nola *Clostridium perfringensek*, eragindako infekzioek sortzen dituzte.
c) Kolezistitis xantogranulomatosak besikulako minbiziaren itxurak egin ditzake.
d) Portzelanazko besikulak endekapen gaiztoaren indize handia du.

328. Aukera hauetako zeinek deskribatzen du zuzenki Reynoldsen pentada?

a) Sukarrak, minak, ikteriziak, goragaleak eta Murphy + zeinuak.
b) Eskuineko hipokondrian uki daitekeen masa eta hipotentsioa.
c) Shocka eta nerbio-sistema zentralaren alterazioa (obnubilazioa eta nahasmendua) gehitzea Charcoten triadari.
d) Ezaugarri du mina, sukarra eta ikterizia izatea, eta forma arinei lotzen zaie.

329. Kolangiokartzinomei dagokienez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) Kolangiokartzinoma ohikoena perihiliarra da (% 50-60) eta gero distala (% 30-40).
b) Hodi inguruko hazkunde-patroia da ohikoena (% 73).
c) a)+ b).
d) Gibel barneko kolangiokartzinometan hodi-barneko polipoideak haztea da hazkunde-patroirik ohikoena.

330. Kolangiokartzinomen arrisku faktoreen inguruko zein baieztapen da OKERRA?

a) Behazun-traktuko malformazioak, hala nola Caroliren gaixotasuna edo kisteak koledokoan, dituzten pazienteek % 6 eta % 30 arteko arrisku dute kolangiokartzinoma bat pairatzeko.
b) Clonorhis sinesisgatiko infekzioa da Europako arrisku-faktore nagusia.
c) Kolangitis esklerosante primarioa da Europako arrisku-faktore nagusia eta 30 urteetara duen metatutako intzidentzia % 70era iristen da.
d) b)+ c).

331. Adierazi erantzun ZUZENA, behazun-maskuriaren adenomen ezaugarriei buruz, zitologia motaren arabera:

a) Behazun motakoak ezaugarri du normalean maila baxuko displasia izatea, morula ezkatatsuekin.
b) Fobeola motakoa da ohikoena (% 82) eta normalean litiasiari lotzen zaio.
c) Piloro motakoa da ezohikoena, eta ohikoagoa da litiasidun gizonezkoetan agertzea.

d) Heste motakoa da bigarren ohikoena. Koloneko adenomen morfologia antzekoa du eta fenotipikoki Gardeneren sindromearekin lotzen da.

332. Adenomiomatosia nahiko klinika ohikoa da, eta sintomarik gabe gertatzen da. Adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Askoz ohikoagoa da emakumeetan.
b) Forma lokalizatua edo fundikoa agertzen da sarrien.
c) Segmentarioa lotzen zaio kolelitiasiari eta minbiziari.
d) OTA baliagarria da besikulako minbiziaren adenomatosia bereizteko, "perlazko lepokoaren zeinua" identifika daitekeelako.

333. Agente hauetako zein EZ dago lotuta besikulako minbiziarekin?

a) *Helicobacter pylori*a.
b) Estrogenoak.
c) Alkohola.
d) Mirizziren sindromea.

334. Besikulako minbiziaren tratamenduari dagokienez, adierazi zein den erantzun ZUZENA:

a) T1a tumoreetarako, kolezistektomia sinplea da tratamendu lehenetsia.
b) T1a eta T1b tumoreetarako, kolezistektomia sinplea da tratamendu lehenetsia.
c) T2 tumoreetarako, nahikoa dira kolezistektomia eta linfadenektomia.
d) Behazun-bidearen erauzketa sistematikoa justifikatuta dago, nahiz eta ez inbadituta egon, neoplasia horrek duen oldakortasuna dela eta.

335. Anpoilako neoplasiak ez dira oso ohikoak, baina behazun-hodi nagusiaren buxaduren % 20 eragiten dute. Adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Ohikoagoak dira arraza zuriko gizonezkoetan.
b) Honako hauek daude neoplasia onberen artean: lipoma, leiomioma eta linfangioma.
c) Honako hauek daude neoplasia gaiztoen artean: adenokartzinoma, tumore neuroendokrinoak eta sarkomak.
d) Ez da ohikoa anpoilen inguruan beste jatorri batzuetako metastasiak agertzea.

336. Sindrome poliposiko hereditarioen artean, zein lotzen zaio anpoilako neoplasiak garatzeko arrisku handien izateari?

a) Lynchen sindromea.
b) Gardeneren sindromea.
c) Familiako poliposi adenomatosoak, indargabetuak barne.
d) MUTYHri lotutako poliosia.

337. AKPE izan ohi da behazun-bidea drainatzeko prozedura terapeutikoa. Hala ere, baliteke teknika egingarria ez izatea paziente guztietan. Kanulazio zaileko ahi bat honako egoera hauek definitzen dute, batek IZAN EZIK:

a) > 5 kontaktu izatea ahiarekin, kanulazioa egiten saiatzen.

b) > 5 minutu egotea kanulazioa egiten saiatzen.
c) Wirsungen nahi gabeko kanulazio 1.
d) Bide oker bat egitea gidarekin.

338. Ultrasonografia endoskopikoan erabilitako elastografiari dagokionez, adierazi erantzun OKERRA:

a) Baliagarria izan daiteke orratza bidezko ziztada gaiztotasun handiko probabilitatea duten eremuetara gidatzeko eta ehun nekrotikoa saihesteko.
b) Ez da espero elastografiak biopsia-hartzea ordeztea.
c) Kolore urdinak ehun zurrunena (susmagarria) adierazten du eta gorriak ehun bigun eta elastikoena.
d) Kolore gorriak gaiztoen izan daitekeen ehuna eta ziztada-orratza nora eraman behar duen adierazten du.

339. Ekoendoskopia bidez gidatutako plexu zeliakoaren erabilerari buruzko aukera hauetako zein da OKERRA?

a) Plexu zeliakoaren blokeoa edo neurolisia aukera terapeutiko bat da mina kontrolatzeko pankreatitis kronikoa edo pankreako neoplasiak dituzten pazienteetan.
b) Ez da gomendatzen antibiotikoterapia profilaktikoa ematea, kortikoideak erabili behar badira.
c) Kortikoide bat duen anestesiko bat (normalean triamzinolona) ematean datza blokeoa.
d) Neurolisia egiteko, alkohol kontzentratua erabiltzen da.

340. Zein da OKERRA behazun-hodietako eta pankreako protesien konplikazioei dagokienez?

a) Protesiaren disfuntzioa ohikoagoa da eta modu goiztiarrago batean gertatu ohi da protesi plastikoekin protesi metalikoekin baino.
b) *Ingrowth*a (protesi barneko tumore-hazkundea) ohikoagoa da protesi plastikoetan.
c) Hiperplasia baten ondoriozko protesi metalikoen *overgrowth*a (mutur proximalaren buxadura) kasuen % 5ean gertatzen da.
d) Migrazio distala da guztiz estalitako protesi metalikoen disfuntzio-kausa nagusia.

341. 75 urteko paziente bat koledokolitiasi baten ondoriozko kolangitis akutua dela eta ingresatu egiten dute. Koledokolitiasi hori 2 cm-koa da, morfologia karratua du, eta koledokoaren heren proximalean dago. Nola jokatuko zenuke?

a) Kalkuluaren ezaugarriak direla eta, pazientea zuzenean kirurgiara bidaliko nuke.
b) AKPE bat egiten saiatuko nintzateke litotrizia mekanikoaren bidez, eta, ezin bada, behazun-protesi plastiko bat utzi eta pazientea gorputzaz kanpoko litotrizia bat egitera bidaliko nuke.
c) Teknika konbentzionalen arrakasta maila txikia ikusirik, kolangioskopioa prest edukiko nuke litotrizia elektrohidrauliko bat egiteko lehen aukera gisa.
d) Litotrizia elektrohidrauliko bat egingo nuke bigarren aukera gisa, baldin eta esfinteroplastiak eta litotrizia mekanikoak huts egiten badute.

342. Portako hipertentsio ez-zirrotikoan, zein izaten da gibeleko zain-presioaren gradientearen (HVPG) balioa?

a) >20 mmHg.
b) >16 mmHg.
c) Normala edo diskretuki altua.
d) Beti >12 mmHg.

343. Albumina, INR eta bilirrubina normalak dituen pazientea, baina ageriko portako hipertentsioa duena (barize esofagiko handiak, esplenomegalia eta tronbozitopenia). Ez da portako tronbosirik ikusten, eta gibeleko biopsiak ez du fibrosi esanguratsurik erakusten. Zein da diagnostiko probableena?

a) Zirrosi kriptogenikoa.
b) PSVD (*porto-sinusoidal vascular disease*).
c) Bare-zainaren lapurreta-sindromea.
d) Behazun-kolangitis primarioa, 3. estadiokoa.

344. Zein da karbediloak portako presioa murrizteko duen mekanismo nagusia?

a) Bare-basokonstrikzioa soilik.
b) Bihotz-gastua murriztea soilik.
c) α1 antagonismoagatiko β blokeoa, gibel barneko efektu basodilatatzaileari lotutakoa.
d) Renina-angiotensina sistemaren inhibizioa.

345. Sarinen sailkapenaren arabera, fundusean bakarrik lokalizatutako barize gastriko bakartuak zeri dagozkie?

a) GOV1i.
b) GOV2ri.
c) IGV1i.
d) IGV2ri.

346. Zein prozedura erabiltzea aginduko litzateke barize gastrikoen tratamenduan pazienteak urdaileko eta giltzurrunetako berezko *shunt*a badu?

a) Esplenektomia.
b) BRTO (*Balloon-Occluded Retrograde Transvenous Obliteration*).
c) Mesokaba zainaren bypass kirurgikoa.
d) Portako azalean zeharreko esklerosia.

347. Zein izan zen MELD organoak esleitzeko sistema gisa ezarri ondoren ikusitako ondorioetako bat?

a) Itxaron-zerrendan egon bitartean hilkortasuna % 15 handitzea.
b) Transplante ondoko biziraupena murriztea, hepatopatia aurreratuegia duten pazienteak lehenesteagatik.
c) Itxaron-zerrendan egon bitartean hilkortasuna murriztea, transplante ondoko biziraupenari eragin gabe.
d) Itxaron-zerrendako batez besteko denbora luzatzea.

348. TIPS goiztiarrak (*pre-emptive TIPS*) barize esofagikoen ondoriozko odoljario akutuan duen rolari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Ospitaleratze berean izandako berrodoljario-gertakari baten ondoren baino ez dago aginduta.
b) Prebentzioz egin behar da barizela-odoljarioa izateko arrisku-estigma duten Child-Pugh B paziente guztietan ("*red wale spots*").
c) Aginduta dago arrisku handiko Child-Pugh C (10-13 puntu) eta odoljario aktiboa duten Child-Pugh B paziente jakin batzuetan.
d) Onura nagusi du gibeleko entzefalopatia posthemorragikoa murriztea.

349. Haurdunaldiko gibel barneko kolestasiari (HGBK) dagokionez, adierazi baieztapen zuzena:

a) Fosfatasa alkalino serikoa igotzea da diagnostiko-markagailurik espezifikoena.
b) Behazun-azidoen maila serikoak >40 µmol/L izatea fetu-konplikazioen arriskua handitzearekin lotu da.
c) Pruritoa lehen hiruhilekoan hasi ohi da, eta ikteriziarekin batera kasuen % 50 baino gehiagotan.
d) Bezafibratoa da lehen aukerako tratamendua kasu horietan, kolestasian eta pruritoan duen eraginagatik.

350. Aurkikuntza hauetako zein da haurdunaldiko gibel koipetsu akutuaren bereizgarriena?

a) Portako infiltratu handia, batez ere lipofuksina duten makrofagoz osatua.
b) Esteatosi makrobesikularra, batez ere zentrogingiltxoetakoa, LCHADen (*long-chain 3-hydroxyacyl-CoA dehydrogenase*) urritasunaren ondoriozkoa.
c) Hepatozitoen esteatosi mikrobesikular zehaztugabea.
d) Gibeleko nekrosi masiboa, infiltratu inflamatorio urriarekin.

351. Behazun-kolangitis primarioaren autoantigorputzei dagokienez, zein da baieztapen zuzena?

a) Anti-gp210 antigorputzak bilakaera hobea izatearekin lotzen dira.
b) Anti-Sp100 antigorputzak BKPren espezifikoak dira, baina ez dute pronostiko-baliorik.
c) Anti-gp210 antigorputzak gaixotasuna azkarrago aurreratzearekin lotu dira.
d) AMA-M2ak estadio aurreratuetan bakarrik agertzen dira.

352. Gibelaz kanpoko konplikazio hauetako zein lotzen da maiz BKPrekin?

a) Crohnen gaixotasuna.
b) Miastenia larria.
c) Esklerosi anizkoitza.
d) Sindrome lehorra (Sjögren).

353. Zein da AAD bidezko tratamenduaren 4. astean ARN-CHB zehaztearen erabilera kliniko nagusia?

a) Erantzun biral jarraitu goiztiarra berrestea.
b) Porrot terapeutikoa zehaztasunez aurreikustea.
c) Atxikimendua ebaluatzea eta bilakaera birologikoa dokumentatzea.
d) Tratamenduaren behin betiko iraupena erabakitzea.

354. CHB eta Child-Pugh B edo C zirrosi deskonpentsatua duten pazienteetan, zein talde antibiriko saihestu behar da?

a) NS5A inhibitzaileak.
b) Sofosbubirrak.
c) Proteasa-inhibitzaileak.
d) Erribabirinak.

355. Gutxi gorabeherako zer intzidentzia du BHBren berraktibazioak CHBren aurkako eragin zuzeneko antibirikoekin tratatutako HBsAg paziente positiboengan?

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

356. Tenofobir alafenamidari (TAF) dagokionez, adierazi baieztapen zuzena:

a) Ez da TDF (tenofobir disoproxil fumaratoa) bezain eraginkorra.
b) Hezur-toxikotasun handiagoa du.
c) Giltzurrun- eta hezur-toxikotasun txikiagoa du TDFk baino.
d) Ez da erabili behar 65 urtetik gorakoetan.

357. BHBren aurrean tratamendu antibirikoa behar duen haurdun baten kasuan, zein da aukera egokia?

a) Entekabirra.
b) PegIFNa.
c) TDFa (tenofobir).
d) Lamibudina.

358. Lamibudinarekiko porrot birologikoa duen paziente baten kasuan, zein izan beharko litzateke estrategia alternatiboa?

a) Interferonarekin ordezkatzea.
b) Entekabirrekin ordezkatzea.
c) Lamibudina dosia eguneko 150 mg-ra handitzea.
d) Tenofobirrekin ordezkatzea.

359. 10 urtez tenofobirrarekin tratatutako *naïve* paziente baten kasuan, zer erresistentzia-eredu espero liteke?

a) Ez da identifikatu tenofobirren erresistentziaren mutazio bereizgarririk.
b) % 15eko erresistentzia metatua.
c) Ohiko YMDD mutazioa.
d) Lamibudinaren antzeko erresistentzia-patroia.

360. Nahiz eta entekabir edo tenofobir bidezko tratamenduan egon, zein da biremia iraunkorra duten HBsAg (+) pazienteen kausa ohikoena?

a) Erresistentzia primarioa.
b) Atxikimendu txarra.
c) Korea aurreko mutazioa.
d) DHB bidezko ezkutuko koinfekzioa.

361. Hiperplasia nodular fokalari (HNF) dagokionez, zein da baieztapen zuzena?

a) Kasuen % 20tan eraldaketa gaiztoa izateko arriskua du.
b) Tamaina pixkanaka handitzen den kasuetan, antiangiogenikoekin tratatu behar da.
c) Lehendik dagoen anomalia baskular bati ematen zaion erantzun hiperplasikoa da.
d) Ahotik hartzeko antisorgailuak erabiltzearekin lotzen da.

362. Zein da HNFaren aurkikuntza erradiologiko bereizgarriena kontraste gibeleko eta behazun-bideetako erresonantzia magnetikoan?

a) Portako garbiketa goiztiarra.
b) Kaptazio berantiarreko orbain zentrala.
c) Zuntz-kapsula periferiko lodia.
d) Murrizketa handia difusioan.

363. Adenoma hepatozelularraren azpimota molekular hauetako zeinek du eraldaketa gaiztoa izateko arrisku handiena?

a) Adenoma inflamatorioak.
b) HNF1Arako adenoma inaktibatuak.
c) Adenoma misto inflamatorioa-HNF1A.
d) Adenoma, β-katenina aktibatuta.

364. Zein da adenoma hepatozelular batean berezko odoljarioa iragartzeko faktore nagusia?

a) Sexu femeninoa izatea.
b) 5 cm baino gehiagoko tamaina.
c) Lesio barneko esteatosia izatea.
d) OTAn adenomaren nutrizio-arteria identifikatzea, besikulako patroiarekin.

365. Zein da tratamendu lehenetsia gibeleko gaixotasun polikistiko zehaztugabe eta sintomatikoa duen 54 urteko paziente batentzat?

a) Azido Ursodeoxikolikoa.

b) Gibeleko transplantea.
c) Erauzketa segmentarioa.
d) Tamaina handiagoko kisteen edukiaren azalean zeharreko ebakuazio errepikakorrak.

366. Zein da antikaltzineurikoen dosia handitzeari erantzun ez dion zelula-errefusa akutu, neurritsu edo larriaren lehen aukerako tratamendua?

a) Zain barneko kortikoide-boloak.
b) Plasmaferesia.
c) Errituximab.
d) Zainbarneko immunoglobulina.

367. Konplikazio hauetako zein lotzen da mTOR inhibitzaileak berehalako transplante ondokoan erabiltzearekin?

a) Portako tronbosia.
b) Orbaintzea atzeratzea.
c) Hemolisia.
d) Hipotiroidismoa.

368. Zein immunoezabatzailek du transplante ondoko neurotoxikotasun goiztiarrerako arriskurik handiena?

a) Azatioprinak.
b) Mikofenolatoak.
c) Takrolimusak.
d) Eberolimusak.

369. Zein da mikofenolato mofetiloaren toxikotasun mugatzaile nagusia?

a) Biriketako fibrosia.
b) Mieloezabapena.
c) Transplante ondoko diabetesa.
d) Neurotoxikotasuna.

370. Zein HVPGren (gibeleko zain-presioaren gradientea) baliotik aurrera handitzen da nabarmen barizeek eragindako odoljarioa izateko arriskua eta aszitisa garatzeko arriskua?

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

371. Zein da gibel-giltzurrunetako sindromearen fisiopatologian inplikatutako mekanismo hemodinamiko zentrala?

a) Bare-basokonstrikzio handia.
b) Portako hipertentsioaren ondoriozko bare-basodilatazio arteriala.
c) Hipertentsio arterial sistemikoa.

d) Hiperbolemia efektibo arteriala.

372. Gibeleko hidrotoraxari dagokionez, adierazi erantzun zuzena:

a) Normalean alde bikoa izaten da.
b) Pleura-iragazkortasuna handitzeagatik gertatzen da.
c) Ohikoagoa da eskuineko hemitoraxean.
d) Drainatze toraziko iraunkorra jartzea da tratamendu lehenetsia.

373. Elastografian, zer aurkikuntza lotzen da klinikoki esanguratsua den portako hipertentsioa izateko % 90 baino gehiagoko probabilitatea edukitzearekin?

a) Gibeleko zurruntasuna > 20 kPa, eta plaketak < 150.000/µL.
b) Gibeleko zurruntasuna > 25 kPa eta plaketen edozein zifra.
c) Gibeleko zurruntasuna > 25 kPa, eta plaketak < 110.000/µL.
d) Gibeleko zurruntasuna >30 kPa, eta plaketak < 150.000/µL.

374. Portako hipertentsio presinusoidal purua duen paziente baten kasuan, zein da portako presioaren gradientearen neurketaren muga diagnostiko nagusia?

a) Normala izan daiteke, nahiz eta portako hipertentsio esanguratsua egon.
b) Positibo faltsuak eragiten ditu gibeleko zain-presio askea handitzeagatik.
c) Portako presioa gainestimatzea.
d) Katigatutako presioak sortutako presio-zilindroak aukera ematen du zehaztasunez zehazteko zein kasutan dagoen hipertentsio presinusoidal puruaren susmoa.

375. Zein da portako hipertentsioagatiko kolangiopatian nagusitzen den mekanismo fisiopatologikoa?

a) Behazun-iskemia arteriala, trombo-hipoperfusioagatik.
b) Behazun-bidearen konpresio estrintsekoa zainen kolateraletatik.
c) Bakterio-kolangitis errepikatua.
d) Behazun-gatzengatiko toxikotasun zuzena.

376. Wilsonen gaixotasunaren genetikari dagokionez, adierazi baieztapen ZUZENA:

a) 6. kromosoman dagoen HFE genearen mutazioek eragiten dute.
b) Paziente gehienek ATP6Bren mutazio heterozigoto bakarra dute.
c) ATP7B geneak kodetzen du kobrearen behazun-iraizpenaz arduratzen den ATPasa garraiatzailea.
d) Genotipo-fenotipoa korrelazio sendoa dago, eboluzio kliniko indibiduala aurreikusteko bezain sendoa.

377. Wilsonen gaixotasunaren tratamendu farmakologikoari dagokionez, adierazi baieztapen zuzena:

a) Zinkak kobrearen gernu-iraizpena areagotzen du, zuzeneko kelazioaren bidez.
b) Trientinak D-penizilaminak baino toxikotasun hematologikoaren arrisku handiagoa du.

c) Behin parametro biokimikoak normalizatu ondoren, mantentzeko tratamendua eten daiteke.
d) D-penizilaminak okerragotze neurologiko paradoxikoa eragin dezake tratamenduaren hasieran.

378. R zatiduraren zein baliok definitzen du lesio kolestasikoa?

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

379. Zer farmako lotzen zaio toxikotasun mitokondrialagatiko esteatosi mikrobesikularrari?

a) Azetaminofenoa.
b) Azido balproikoa.
c) Simvastatina.
d) Bezafibratoa.

380. Zein da hepatokartzinomaren ezaugarri erradiologiko tipikoa azterketa dinamikoetan (OTAn edo EM kontrastedunean)?

a) Hipokaptazio arteriala eta portako hiperkaptazioa.
b) Difusioa mugatzea soilik.
c) Hiperkaptazio arteriala eta ondoren portako *washout*a edo berantiarra.
d) Kaptazio homogeneo iraunkorra.

381. Zein faktore histologiko lotzen da estuen gibeleko transplantearen ondorengo tumore-errekurrentziarekin?

a) Gibeleko fibrosiaren maila.
b) Inbasio mikrobaskularra.
c) Ez egotea zuntz-kapsularik.
d) Desberdintzapen maila.

382. Zein da Ytrio-90 duen irrati-enbolizazioaren abantaila nagusia TACEren aldean?

a) Toxikotasun hematologiko txikiagoa.
b) Kostu txikiagoa.
c) Portako tronbosia duten paziente jakin batzuetan duen aplikagarritasuna.
d) Berehalako eragin terapeutikoa.

383. Zirrosiaren zer konplikazio ebaluatu behar da lehentasunez atezolizumab-bevacizumaba duen tratamendua hasi aurretik?

a) Aldez aurretik kolonoskopia egin behar da, kolitis immunologikoa izateko arriskua baitago.
b) Behazun-patologia izatea, kolangitisa izateko arrisku handiagoa baitago.
c) Barize gastroesofagikoak izatea, portako hipertentsio eragindako odoljarioa areagotzeko arriskua baitago.

d) Hipotiroidismoa, konplikazio tiroideo autoimmuneen arriskuagatik.

384. Zer konbinaziok osatzen du STRIDE eskema, zeina onetsita dagoen zauri konplexu kroniko (ZKK) aurreratuentzat?

a) Durvalumaba + tremelimumaba.
b) Nibolumaba + ipilimumaba.
c) Pembrolizumaba + lenvatiniba.
d) Sorafeniba + atezolizumaba.

385. 58 urteko gizonezko batek honako hauek ditu: CHB konpentsatua, Child-Pugh A5, MELD 8, eta PS 0. Lesio bakarra du, 4 cm-koa, ZKKren ohiko patroi erradiologikoarekin. Esplenomegaliari lotuta, plaketak: 85.000/µ L Portako presioaren gradientea neurketa: 18 mmHg. Zein da estrategia terapeutikorik egokiena?

a) Gibeleko erauzketa.
b) Irrati-maiztasuna.
c) Gibeleko transplantea.
d) Sorafeniba.

386. Zer parametro ebaluatzen du espezifikoki mRECISTek tratamendu loko-erregionalaren ondoren tumore-erantzuna zehazteko?

a) Tumore-bolumen osoa gutxitzea.
b) Gehieneko diametro globala murriztea.
c) Tumore-ehun bideragarria, kaptazio arterialarekin, nekrosia edozein dela ere.
d) AFPren erantzuna tratamenduaren ondoren.

387. Paziente batek progresio erradiologikoa du atezolizumab-bevacizumab eta Child-Pugh Aren ondoren. Aukera hauetako zeinek du ebidentzia bigarren aukerako tratamendu gisa?

a) Kabozantinibak.
b) Azatioprinak.
c) Ziklofosfamidak.
d) Bebazizumabak monoterapian.

388. Zein da *bridging* terapia baten eta *downstaging* terapia baten arteko desberdintasun kontzeptual nagusia hepatokartzinoma duten pazienteetan?

a) *Bridging*ak irrati-maiztasun bidezko ablazioa baino ez du erabiltzen.
b) *Downstaging*ak TACE baino ez du erabiltzen.
c) *Bridging*ak transplantagarritasun-irizpideen barruan mantentzen du pazientea, eta *downstaging*a tumore-karga murrizten saiatzen da, transplanterako hautagarritasuna lortzeko.
d) Estrategia alderagarriak dira, desberdintasun kliniko nabarmenik gabekoak.

389. Gaixotasun hauetako zeinek ematen du hepatokartzinomaren arrisku erlatibo handienetako bat?

a) Aldizkako porfiria akutuak.
b) Hemokromatosi hereditarioak.
c) Alfa-1-antitripsinaren eskasia.
d) Wilsonen gaixotasunak.

390. Farmako hauetako zein lotu da sendotasunez behaketa-azterketetan hepatokartzinomaren arriskua murriztearekin?

a) Azido Ursodeoxikolikoa.
b) Koltxizina.
c) Azatioprina.
d) Estatinak.

391. Zein da Child A zirrosia eta alde biko hepatokartzinoma nodulu aniztuna dituen (inbasio baskularrik gabe) paziente baten BCLC estadioa?

a) BCLC 0.
b) BCLC A.
c) BCLC B.
d) BCLC C.

392. Hepatokartzinoma duen paziente baten immunoterapia hasi ondoren, xede-lesioa % 15 handitzen da, baina nekrosi nabarmena du eta arteria-irtengunea partzialki desagertu da. Zein da interpretaziorik egokiena?

a) Xede-lesioaren egonkortasuna, mRECISTen arabera.
b) Erantzun partziala, mRECISTen arabera.
c) Porrot terapeutikoa.
d) Tumore-progresioa.

393. Zein da anemia hemolitiko *Coombs* negatiboari lotutako gibel-hutsegite akutuaren etiologia tipikoa?

a) E hepatitisa haurdunengan.
b) Hepatitis autoimmunea.
c) Wilsonen gaixotasuna.
d) A hepatitis hiperakutua.

394. Parazetamol bidezko intoxikaziorako King's Collegeren irizpideen arabera, aurkikuntza hauetako zein da, berez, premiazko transplantearen indikazioa?

a) INR > 2.
b) Bilirrubina >15 mg/dL.
c) PH arteriala < 7,30, bizkorketa egokiaren ondoren.
d) ALT >5000 U/L.

395. Bismuth-Corletteren sailkapenean: zein kolangiokartzinoma motari dagokio gibeleko eskuineko eta ezkerreko hodiak batzen diren puntura heltzen den tumorea, baina horietako bat berara ere zabaltzen ez dena?

a) I. motari.
b) II. motari.
c) III. motari.
d) IV. motari.

396. Baieztapen hauetako zein da zuzena behazun-proliferazioko lesio baten azalean zeharreko biopsiari buruz, pazienteak KEPa badu eta transplantagarria izan daitekeen kolangiokartzinoma bat duen susmoa badago?

a) Ezinbestekoa da transplante ondoko errekurrentzia-arriskua zenbatesteko.
b) Transplante potentzial baten testuinguruan, nahitaezkoa da diagnostikoa berresteko.
c) Transplante potentzial baten egoeran, azalean zeharreko biopsia kontraindikatuta dago tumorea barreiatzeko arriskuagatik.
d) % 95etik gorako sentsibilitatea du.

397. Zer saiakuntzak ezarri zuen durbalumaba gemzitabina-zisplatinoari gehitzearen onura, behazun-minbizi aurreratuaren lehen aukerako tratamendu gisa?

a) SHARP.
b) TOPAZ-1.
c) RESORCE.
d) BILCAP.

398. Kolangiokartzinoma diagnostikatzeko, zein da AKPE egin bitartean lortutako behazun-eskuilatze konbentzionalaren sentikortasuna, gutxi gorabehera?

a) >% 95.
b) % 80- 90.
c) % 30- 60%.
d) <% 10.

399. Zein da gibel barneko kolangiokartzinomaren patroi makroskopikorik ohikoena?

a) Masa sortzen duen tumorea.
b) Neoplasia papilarra.
c) Neoplasia infiltratzaile duktala.
d) Kolangiokartzinoma polipoidea.

400. Zer aurkikuntza erradiologiko da gibel barneko kolangiokartzinomaren bereizgarriago hepatokartzinomarena baino?

a) Portako *Washout* handia.
b) Tumore-kapsula tipikoa.
c) Atzerapen kapsularra.
d) Esteatosi fokal markatua.

401. Gaur egun, zein da kolangiokartzinomaren erauzketa sendagarriaren osteko tratamendu estandar adjubantea?

a) Sorafeniba.
b) Kapezitabina.
c) Gemzitabina bakarrik.
d) Durbalumaba.

402. Gibeleko transplantea jasotako paziente batek haurdun geratu nahi badu, zer farmako immunoezabatzaile eten behar da zenbait aste-hilabeteetako aurrerapenarekin, haren eragin teratogenikoak direla eta?

a) Takrolimusa.
b) Ziklosporina.
c) Mikofenolatoa.
d) Azatioprina.

403. 52 urteko emakume batek 6 hilabetez fosfatasa alkalinoa du, balio normalak hirukoiztuta, eta AMA-M2 positiboak ditu. Zein da jokabide diagnostikorik egokiena?

a) Tratamendua hasi aurretik, nahitaezkoa da gibeleko biopsia bat egitea diagnostikoa baieztatzeko.
b) Hodi txikiko kolangitis esklerosantea izan daiteke, eta, beraz, AKPE ezinbestekoa da.
c) Patroi analitikoa eta serologia bateragarriak dituzten kasuetan, BKPren diagnostikoa biopsiarik gabe ezar daiteke.
d) Lehenatsunezko elastografia egitea diagnostikoa berresteko.

404. Behazun-kolangitis primarioan, autoantigorputz hauetako zein lotzen da pronostiko okerragoarekin?

a) Anti-Ro52.
b) Anti-gp210.
c) Anti-Sm.
d) Anti-LKM1.

405. Farmako hauetako zeinek erakutsi du onura biokimikoa behazun-kolangitis primarioan?

a) Mikofenolato mofetiloak.
b) Bezafibratoak.
c) Metotrexatoak.
d) Ziklosporinak.

406. Zein da lehen aukerako tratamendu endoskopikoa kolangitis esklerosante primarioko estenosi gainartzaile sintomatiko baterako?

a) Protesi metaliko autohedagarria txertatzea zenbait hilabetez.
b) Baloiarekin dilatatzea.

c) Esfinterotomia bakartua.
d) Kanalikulu barneko litotrizia.

407. Zein da azido ursodesoxikolikoa dosi handietan (>28-30 mg/kg/egun) KEPean ez gomendatzeko arrazoi nagusia?

a) Onura biokimiko eskasa.
b) Kontrako gertaerak handitzea eta bilakaera kliniko okerragoa.
c) Portako hipertentsio-arriskua.
d) Erresistentzia farmakologikoa garatzea.

408. 56 urteko emakume batek fosfatasa alkalinoa du, normaltasunaren muga baino 4 aldiz gehiago, bai eta azkura zein nekea ere. Kolangioresonantzia normala da, AMA negatiboek ditu eta anti-sp100 antigorputz positiboak. Zein da diagnostiko probableena?

a) Hodi txikiko KEPa.
b) Hepatitis autoimmunea.
c) BKP AMA negatiboa.
d) IgG4ri lotutako kolangitisa.

409. Autoantigorputz hauetako zein jotzen da oso espezifikotzat hepatitis autoimmunerako?

a) Anti-SLA/LP.
b) ANA zentromerikoa.
c) ASMA.
d) p-ANCA.

410. Hepatitis autoimmune akutu larriari dagokionez:

a) IgGren mailak patognomonikoak eta handiak dira.
b) Autoantigorputzak hasieran negatiboak izan daitezke.
c) Tratamendua azatioprina 1-2 mg/kg da, eta ondoren esteroideak gehitzen dira (1 mg/kg).
d) Gibeleko biopsia ez da beharrezkoa izaten, diagnostikoa autoantigorputz bereizgarriekin ezartzen delako.

411. Gibel-hutsegite akutuaren koagulopatiari dagokionez:

a) INRak modu fidagarrian islatzen du benetako odoljario-arriskua.
b) HRSALF (*Hemorrhagic Risk Score in Acute Liver Failure*) arrisku hemorragikoaren iragarle fidagarria da, INRa eta plaketak alde batera utzita.
c) Berroreka konplexua dago faktore prokoagulatzaileen eta antikoagulatzaileen artean.
d) Plasma freskoarekin zuzendu behar da sistematikoki, <1,5 INR lortu arte.

412. 52 urteko paziente batek honako hauek ditu: ANA 1/640, ASMA positiboak, IgG normaltasun-muga baino 1,8 aldiz gehiago eta fase arteko hepatitisarekin den biopsia. Hiru urteko tratamenduaren ondoren, erremisio biokimiko osoa lortu du. Kontroleko biopsiak hondar-jarduera inflamatorio neurritsua erakusten du. Zein da jokabiderik egokiena?

a) Immunoezabatzea astiro kentzea.
b) Immunoezabatzea toleratutako gutxieneko dosian.
c) Azatioprinaren ordez azido ursodesoxikolikoa jartzea.
d) Plasmaferesia hastea.

413. Hepatitis autoimmunea duen paziente batek tratamenduan zehar, azatioprina dela eta, pankreatitis akutua garatu du. Zein da alternatiba terapeutikoa?

a) Errituximaba.
b) Mikofenolato mofetiloa.
c) Bezafibratoa.
d) Azido ursodeoxikolikoa.

414. Zein da EHBren genotipoaren transmisioan inplikatutako Europako animalia-gordailu nagusia?

a) Suidoena.
b) Behiena.
c) Ardiena.
d) Karraskariena.

415. Gibel-hutsegite fulminantearen etiologia hauetako zeinek du bizirik irauteko berezko aukerarik onena, transplanterik gabe?

a) Hepatitis autoimmuneak.
b) BHB + DHB koinfekzioak.
c) Wilsonen gaixotasunak.
d) Parazetamol bidezko gibeleko toxikotasunak.

416. Hauetako zeinek definitzen du gibel-hutsegite hiperakutua, Kings Collegeren sailkapenean?

a) Entzefalopatiaren garatzea ikteriziaren ondoren 26 aste pasa baino lehen.
b) 7 egun baino gutxiagoko ikterizia-entzefalopatiako tartea.
c) Entzefalopatia agertzea koadroa hasi eta 5 eta 12 aste bitartean.
d) INR > 6, entzefalopatia maila edozein dela ere.

417. Irizpide hauetako zein EZ da Erroma IV irizpide bat idorreria gailentzen den heste minberaren sindromean?

a) Sabeleko min errepikaria, batez beste, astean behin gutxienez, azken hiru hilabeteetan.
b) Irizpideak bete behar dira gutxienez azken hiru hilabeteetan, eta diagnostikoa egin baino gutxienez 6 hilabete lehenago hasi behar dira sintomak.

c) Libratzearekin lotzen den abdomeneko mina.
d) Gorozkien % 75 baino gehiago Bristoleko 1. edo 2. motakoak izatea eta % 25 baino gutxiago Bristoleko 6. edo 7. motakoak izatea.

418. Lotura esofagogastrikoari buruzko aukera hauetatik, adierazi zein den zuzena:

a) Mendebaldeko herrialdeetan, Z lerroa lotura gastroesofagikoaren sinonimo da.
b) Hesteetako metaplasia badago Z lerro irregular batean, jarraipen endoskopikoa egitea gomendatzen da.
c) Mendebaldeko herrialdeetan, lotura esofagogastrikoa da tolestura gastrikoen muga hurbilena.
d) Hillen sailkapenaren arabera, II. motako lotura gastroesofagikoa 2 cm-tik gorako deslizamenduko hiato-hernia baten baliokidea da.

419. Kromoendoskopiari dagokionez, aukera hauetako zein EZ da zuzena?

a) NICE sailkapena *Narrow-Band-Imaging* (NBI) erabiltzean oinarritzen da.
b) Lugolaren erabilgarritasun nagusia inbasio submukosoaren maila zenbatestea da.
c) Frogatu da Barretten hestegorria duten pazienteetan azido azetikoak areagotu egin duela lesio displasikoen eta minbiziaren detekzioa.
d) "*Crystal violet*" da aukerako koloratzailea kolon eta ondesteko lesioen kripta-patroia ebaluatzeko.

420. 75 urteko emakume batek 2 cm-ko epitelio azpiko urdaileko lesioa du. Biopsiak hartu ondoren, jakinarazten da horiek leinu mesekimaleko neoplasia direla, eta itxura fusiformeko zelulak dituztela (CD117 +, CD34+, DOG1 +). Adierazi erantzun OKERRA:

a) Imatiniba erabiltzea onartuta dago, bai adjubantzian, bai neoadjubantzian.
b) Immunohistokimikak GIST iradokitzen du.
c) Disekzio endoskopiko submukosoa mota horretako lesioak erauzteko alternatiba terapeutiko bat da.
d) Mota horretako neoplasiek inbasio linfatikoa izateko arrisku neurritsua edo handia dute.

421. Gaixotasun zeliakoaren diagnostikoari dagokionez, aukera hauetako zein EZ da zuzena:

a) HLA-DQ2/DQ8ren determinazioa egoera kliniko jakin batzuetan erabili behar da.
b) Hasierako azterketa serologikoa IgA motako transglutaminasa 2ren aurkako eta guztizko IgA determinatzeko autoantigorputzez osatuta dago.
c) Marshen II motako erasan histologiko batek bilo-atrofia egotea behar du.
d) Glutenik gabeko dietak serologiaren eta duodenoko biopsiaren sentikortasuna txikitu dezake.

422. Adierazi, heste meharreko tumore neuroendokrinoei buruzko aukera hauetatik, zein den zuzena:

a) Kokapenik ohikoena duodenoa da.
b) G1 gradua Ki-67 < % 5 indizeak definitzen du.
c) Sindrome kartzinoidea ez da metastasia egotearekin lotzen.

d) Galio 68rekin markatutako somatostatina-analogodun PET-OTa aukeratuko da hedadura-azterketarako, sentikortasun handia duelako.

423. Aukera hauetatik zein da zuzena, erradiazio osteko enteritisari dagokionez?

a) Zuntz askoko dieta batek beherakoa hobetu dezake.
b) Beherakoa duten pazienteek loperamida saihestu behar dute.
c) Diagnostiko diferentzialean ez da kontuan hartu behar heste meharreko bakterioen gehiegizko gehikuntza.
d) Enteritis erradiko kronikoa, oro har, tratamendu erradioterapikoa amaitu eta hiru hilabetera garatzen da.

424. Aukera hauetatik, zein lotzen da bakterioen gehiegizko gehikuntzaren garapenarekin?

a) Zirrosia.
b) Pankrea-gutxiegitasun exokrinoa.
c) Heste minberaren sindromea.
d) Guztiak zuzenak dira.

425. Aukera hauetako zein da zuzena pankreatitis akutuari dagokionez?

a) Pankreako atsedena errazteko, baraua gomendatu behar da gutxienez 48 orduz.
b) Nutrizio enterala behar duen eta pankreatitis akutua duen paziente baten kasuan, zunda nasojeiunala erabiltzea gomendatzen da.
c) Ringer laktatoak heriotza-tasa txikitu du serum gazi fisiologikoaren aldean.
d) Ahotik elikatzen has daiteke dieta bigunarekin.

426. Pankreatitis kronikoari buruzko honako baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Ekoendoskopia baliagarria da diagnostiko goiztiarrerako.
b) Tratamendu kirurgiko goiztiarrak tratamendu endoskopikoak baino emaitza hobeak ematen ditu epe luzeko minaren kontrolari dagokionez.
c) Ordezko tratamendu entzimatikoa mina tratatzeko gomendatzen da.
d) Pankreatitis kronikoa duten pazienteek osteoporosia izateko arrisku handia dute.

427. Aukera hauetako zein da OKERRA pankreatitis kronikoaren tratamendu endoskopikoari dagokionez?

a) Behazun-estenosien tratamendua indikatuta dago kolangitisa garatzen duten pazienteentzako eta mantendutako kolestasia duten sintomarik gabeko pazienteentzako.
b) Behazun-estenosiak tratatzeko metalezko protesiak edo plastikozko protesiak erabil daitezke.
c) Sintomarik gabeko pazienteen litiasi buxatzailea pankreako hodi nagusian tratatzea gomendatzen da.
d) Sasikiste batzuk endoskopikoki bide transpapilarretik drainatu daitezke.

428. Gutxiegitasun pankreatiko exokrinoari buruzko baieztapen hauetatik zein da zuzena?

a) <100 µg/g-ko elastasa fekalak aukera ematen du giltzurrun-gutxiegitasun exokrinoa diagnostikatzeko.
b) Ordezko tratamendu entzimatikoa jasotzen duten pazienteek gantz gutxiko dieta egin behar dute.
c) Pankreako entzima bidezko tratamendua hasi ondoren, 6 hilabetera elastasa fekalaren proba eskatzea gomendatzen da, erantzun terapeutikoa baloratzeko.
d) Kirurgia bariatrikoa pankrea-gutxiegitasun exokrinoaren kausa izan daiteke.

429. 1. motako pankreatitis autoimmuneari buruzko baieztapen hauetako zein EZ da zuzena?

a) IgG4 serikoaren balio altuak diagnostikoa egitea ahalbidetzen du.
b) 1. motako pankreatitis autoimmunea Crohnen gaixotasuna duten pazienteetan gara daiteke.
c) Kortikoide bidezko tratamenduaren erantzuna goiz ebaluatu behar da.
d) Errituximaba alternatiba terapeutikoa da kortikoideekiko erresistentzia duten pazienteentzat.

430. Adierazi zein den baieztapen OKERRA, *divisum* pankreari delakoari buruz:

a) Sortzetiko pankreako anomalia ohikoena da.
b) Pankreako *divisum*a duten paziente gehienek ez dute sintomarik.
c) Sabelaldeko eta bizkarraldeko pankreako hodien fusioko anomalia batek eragiten du.
d) Pankreatitis akutuaren lehen gertaera baten ondoren, tratamendu endoskopikoa gomendatzen da.

431. Pankreako minbiziari dagokionez, aukera hauetako zein da zuzena?

a) Pankreatitis kronikoa duten pazienteei pankreako minbiziaren baheketa agintzen zaie.
b) Lokalki aurreratuta dagoen pankreako adenokartzinoma baten ondoriozko ikterizia buxatzailea duen paziente bati behazun-bidea drainatu behar zaio, ahal dela, azalean zeharretik.
c) Peutz-Jeghersen sindromea duten pazienteek pankreako minbizia garatzeko arrisku handiagoa dute ATM genean mutazioa duten pazienteek baino.
d) Pankrea-gutxiegitasun exokrinoa ohikoagoa da pankrea-gorputzeko tumoreetan.

432. Pankreako neoplasia kistikoei dagokienez:

a) Zistoadenoma serosoak bi urtean behingo jarraipena eskatzen du.
b) Neoplasia muzinoso kistikoak ia erabat emakumeei eragiten die.
c) Adar nagusiaren hodi-barneko neoplasia papilar muzinosoak gaiztotzeko potentzial txikia du.
d) Kiste barruko <192 ng/ml ETIKOM balioak neoplasia kistiko muzinosoa iradokitzen du.

433. Hurrengo egoera hauetako zeinetan dago indikatuta pankreako lesio kistiko baten ekoendoskopia bidezko ziztada?

a) 20 mm-ko lesio kistikoa du pankrea-buruan, bigarren mailako adar baten hodi-barneko neoplasia papilar muzinoso batekin bateragarria, erresonantzia magnetiko batean.
b) Bigarren mailako adar baten hodi-barneko neoplasia papilar muzinosoa, hazten ari dena, IV. graduko BGBK duen paziente batean.
c) 25 mm-ko lesio kistikoa pankrea-istmoan, erresonantzia magnetikoan itxura zehaztugabea duena.
d) 15 mm-ko lesio kistikoa pankrea-gorputzean, itxura mikrokistikoa ("abaraska" erako itxura) eta erdiko kaltzifikazioa duena.

434. Adierazi hauetako zein EZ den egun ekoendoskopiaren indikazio bat:

a) Hestegorriko minbiziaren estadifikazioa.
b) Koledokolitiasia baztertzea.
c) Ezaugarri izatea epitelio azpiko urdaileko lesioak.
d) Hestegorriko leiomiomaren jarraipena.

435. C hepatitisaren tratamenduari dagokionez, lotura hauetako zein da zuzena?

a) Sofosbubir-belpatasbirra - 8 asteko iraupena 1. genotipoan, zirrosirik ez badago.
b) Sofosbubir-belpatasbirra - kontraindikatua zirrosi deskonpentsatuan.
c) Glekaprebir-pibrentasbirra - kontraindikatua giltzurrun-gutxiegitasunean.
d) Glekaprebir-pibrentasbirra - 8 asteko iraupena 1. genotipoan, zirrosirik ez badago.

436. Zein da ALT > 1000 UI/Lren kausa ohikoena?

a) Gibeeko toxikotasuna.
b) Behazun-patologia.
c) Hepatitis iskemikoa.
d) Hepatitis hiperakutua.

437. Ondorengo baieztapenetatik, zein da OKERRA zirrosia duten pazienteen odoljario barizela eta deskonpentsazioa prebenitzeari dagokionez?

a) Aszitis larririk ez badago, karbedilola beta-blokeatzaile lehenetsia da.
b) Karbedilola bihotz-maiztasuna minutuko 55 taupadara txikitzeko adinako dosian ematen da, balio basalaren % 25.
c) Beta-blokeatzaileek portako hipertentsio klinikoki nabarmena duten pazienteen lehen deskonpentsazioa prebenitzen dute.
d) Karbedilolak zirrosi konpentsatua duten pazienteen biziraupena handitzen du.

438. Ondorengo baieztapen hauetatik, zein da OKERRA gure ingurunean ohikoa den E birusak eragindako hepatitisari dagokionez?

a) Zoonosia da.
b) Odol-transfusio bidez transmititu daiteke.
c) E birusaren aurkako IgM antigorputzen espezifikotasun handia hepatitis akutua diagnostikatzeko.

d) Ohiko konplikazio neurologikoak.

439. Fibroscan® bidezko trantsizioko elastografiari dagokionez, hauetako zein da OKERRA?

a) Maila interkuartilikoa/medianaren erlazioa (IQR/M) teknikaren kalitate-irizpide bat da, baldin eta balioa <0,3 bada.
b) Gibeleko zurruntasun baliorik onartuena klinikoki nabarmena den portako hipertentsioa identifikatzeko >25 kPa da.
c) Praktika klinikoan fibrosi aurreratua baztertzeko gibeleko zurruntasuneko baliorik onartuena <15 kPa da.
d) Alkoholak eragindako gibeleko inflamazioak zurruntasun hepatikoa handitu dezake.

440. Hepatotoxikotasunari dagokionez (DILI), hauetako zein da OKERRA?

a) Gibel koipetsu akutua (mikrobesikularra) – metotrexatea.
b) Gibel koipetsua (makrobesikularra) – 5-fluorouraziloa.
c) Duktopenia (behazun-hodien desagerpenaren sindromea) – amoxizilina-klabulanikoa.
d) Eosinofilia eta DRESS – minoziklina.

441. Albuminaren infusioa zirrosirako gomendatzen da, hauetako egoera BATEAN IZAN EZIK:

a) Berezko peritonitis bakterianoa (BPB).
b) BPBa ez diren bakterio-infekzioak.
c) Bolumen handiko parazentesi ondokoa (>5 l).
d) Gibel-giltzurrunetako sindromearen diagnostikoa (SHR-AKI).

442. Zirrosia eta hestegorriko barizeek eragindako odoljario akutua dituen paziente baten kasuan, zer egoeratan gomendatzen da TIPS prebentiboa (“*early*”)?

a) Odoljario aktiboa endoskopian.
b) Child C <14an.
c) Beta-blokeatzaileekin tratamenduan dagoen pazientean.
d) Child B eta Cn.

443. Akronimo hauek digestio-patologia jakin batzuetan erabiltzen diren sailkapen endoskopikoak adierazten dituzte. Lotura hauetako zein da OKERRA?

a) EGGIM – hesteetako metaplasia.
b) WASP – kartzinoma epidermoidea.
c) BING – Barretten hestegorria.
d) EREFS – esofagitis eosinofilikoa.

444. Akalasiari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Erlaxatze-presio integratua soilik I. motako akalasian dago handituta.

b) II. motako akalasian, gutxienez irensketen % 20k eragiten dute kontraktilitate goiztiarra edo espastikoa.
c) II. motako akalasiak hobe erantzuten dio dilatazio pneumatikoari I. motakoak edo III. motakoak baino.
d) POEMarekiko erantzun hoberena II. motako akalasian izaten da.

445. Klinika hauetako zeinek EZ du jarraipen endoskopikorik behar?

a) 1,5 cm-ko leiomioma hestegorrian.
b) Koloneko 1-2 adenoma, <1 cm-ko gradu txikiko displasiarekin.
b) 1 cm-ko GIST gastrikoa, ebakuntza kirurgikorik nahi ez duen 69 urteko paziente batean.
d) a) eta b) zuzenak dira.

446. Adierazi, Crohnen gaixotasunari buruzko adierazpen hauetako zein den zuzena:

a) AntiTNF bidezko tratamendua kontraindikatuta dago haurdunaldian.
b) Gaixotasunaren jarduera ez da lotzen gizonen ugalkortasuna txikitzearekin.
c) Sulfasalazinak oligospermia itzulezina eragiten du.
d) Haurdunaldian kapsula endoskopikoa egitea kontraindikatuta dago.

447. Aukera hauetako bat EZ da lipasa maila handitzeko arrazoi bat:

a) Pankreatitis akutua.
b) Giltzurrun-gutxiegitasuna.
c) Gaixotasun zeliakoa.
d) Zirrosia.

448. Disfagia larria aztertzen ari zaion 88 urteko paziente bati II. motako akalasia diagnostikatu diote berriki. Giltzurruneko gaixotasun kronikoaren eta bihotz-gutxiegitasunaren aurrekariak ditu, eta azken urtean 3 aldiz ospitaleratu behar izan dute deskonpentsazioagatik. Aukera terapeutikoei buruzko balorazioa eskatzera etorri da. Adierazi aukera hauetako zein den zuzena:

a) Tratamendua lehenetsia dilatazio pneumatiko sekuentziala da, bide endoskopikotik.
b) Ahoko kaltzio-antagonistek oxido nitrikoaren askapena gehitzen dute, eta beheko esfinter esofagikoa erlaxatzen dute.
c) Toxina botulinikoa endoskopikoki injektatzeko hautagai ezin hobea da.
d) Toxina botuliniko bidezko tratamendua saihestu behar da, gerora miotomia egitea eragozten duelako.

449. Adierazi tumore hepatikoei buruzko lotura hauetako zein den OKERRA:

a) Kartzinoma hepatozelularra – Glipican 3 eta Glutamin-sintetasa positiboak.
b) Gibel barneko kolangiokartzinoma – FGFR2 fusioa eta mutazioa IDH-1en.
c) Adenoma hepatozelularra – erauzketa kirurgikoa gizonetan.
d) Gibeleko zistoadenoma – jarraipen erradiologikoa.

450. Esofagitis infekziosoei buruz. Adierazi aukera hauetako zein den zuzena:

a) Kandidengatiko esofagitis gehienak *Candida tropicalis*ak sortzen ditu.
b) Banako immunogaien esofagitis infekzioso ohikoena herpes birusagatiko esofagitisa da.
c) Herpes birusagatiko esofagitisa duten ia paziente guztiek aho-faringeko lesioak ere badituzte.
d) Inhalatutako kortikoide bidezko tratamendu kronikoa arrisku-faktoretzat hartzen da kandidengatiko esofagitisa garatzeko.

1. KASU KLINIKOA

Erretzailea den 49 urteko emakume batek ezkerreko kolitis ultzeraduna dauka diagnostikatua, eta mesalazina-tratamendua hartzen du ahotik (3 g/egun). Kontsultara joan da esanez azken asteetan okerrera egin duela. Egunean 5 aldiz libratzen du (behin gutxienez gauez eta horietako batzuk odoltsuak dira), eta tenesmoa dauka.

451. Adierazi paziente horrentzako aukera terapeutikorik egokiena zein den:

a) Ahotik hartzeko mesalazinaren dosia handitzea.
b) Ahotiko beklometasona.
c) Azatioprina gehitzea.
d) a) eta c) zuzenak dira.

452. Astebete igaro ondoren, larrialdietako zerbitzura joan da libratze-kopurua handitu delako (odoltsuak dira guztiak), egoera orokorra erdipurdikoa delako eta sukarra duelako (37,5° C). Analitikan honako hauek nabarmentzen dira: 11,4 g/dL-ko hemoglobina, 13,5x109/L-ko leukozitoak eta 3,1 g/dL-ko albumina. Miaketa hauetako zein EZ da egokia?

a) Abdomeneko OT.
b) Koprokultiboak.
c) Ondoesteko sigmoidoskopia jarduera aztertzeko eta zitomegalobirus konkomitantearen infekzioa baztertzeko.
d) *Clostridium difficile*aren azterketa.

453. Bost egunez metilprednisolona parenteraleko tratamendua hartu eta gero, pazientearen egoera klinikoa ez da hobetu. Adierazi baieztapen zuzena:

a) Agerraldi kortikoerrefraktario larri bat da: hasi infliximab bidezko tratamendua.
b) Agerraldi kortikoerrefraktario larri bat da: hasi bedolizumab bidezko tratamendua.
c) Agerraldi kortikoerrefraktario larri bat da: hasi antiTNF bidezko tratamendua (infliximaba, adalimumaba, golimumaba).
d) Agerraldi kortikoerrefraktario larri bat da: hasi tofazitinb bidezko tratamendua.



454. Azterketa hauetako zein EZ da egokia paziente horretan tratamendu biologikoa hasi aurretik?

a) B hepatitisaren birusaren serologia.
b) GIBa.
c) Toraxeko erradiografia.
d) Kolonoskopia.

455. Tratamenduari esker, pazienteak bilakaera kliniko ona du, eta alta eman zaio. Aukera hauetako zein da egokiena mantentze-tratamendu gisa?

a) Azatioprinak.
b) Ahotiko mesalazina.
c) Infliximaba.
d) Ziklosporina.

456. Baieztapen hauetako zein da zuzena kolitis ultzeradunaren tratamendu kirurgikoari dagokionez?

a) Ziklosporina bidezko ebakuntza aurreko tratamenduak ebakuntza osteko konplikazioak izateko arriskua handitzen du.
b) Gomendatzen da protokolektomia berrezartzailea saihestea denbora batez biologikoekin tratamendua jasotzen duten pazienteetan.
c) Frogatu da ebakuntza aurreko nutrizio enteralak gaixotze-tasa kirurgikoa txikitzen duela.
d) Kirurgia laparoskopikoak ez du onurarik kirurgia irekiaren aldean, gaixotze-tasari dagokionez.

457. Jarraipenean pautatutako mantentzeko tratamenduarekiko erantzuna galdu bada, JAK inhibitzeko farmako hauetako zeinetan pentsatuko zenuke?

a) Ustekinumaban.
b) Tofazitinban.
c) Bedolizumaban.
d) Erlotiniban.

458. Kolitis ultzeraduna duten pazienteen kolon eta ondesteko minbiziaren baheketari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Pseudopolipo inflamatorioak egoteak urteko jarraipena egitea baldintzatzen du.
b) Lehenengo kolonoskopia sintomak hasi eta 8 urtera egin behar da.
c) Frogatu da gidatutako biopsiekin egindako kromoendoskopia egitea displasia detektatzeko lagungarria dela.
d) Ondestera mugatutako jarduera duten pazienteek ez badute inflamazio endoskopikoa edo inflamazio mikroskopiko proximala, ez dira zaintza-programan sartu behar.

2. KASU KLINIKOA

80 urteko emakume batek aurrekari hauek ditu: hipertentsio arteriala, 2. motako diabetes mellitusa eta kardiopatia iskemikoa. Ohiko tratamendu hau hartzen du: metformina, irbesartana, hidroklorotiazida eta antiagregazioa azido azetil salizilikoarekin eta prasugrelarekin. Larrialdietako zerbitzura joan da 24 orduko koadro batengatik (melenak eta sinkopea, etxean). Miaketa fisikoan, tentsio arterial sistolikoa 85 mmHg-koa da, eta diastolikoa, 60 mmHg-koa. Analitikan hauek nabarmentzen dira: 7,9 mg/dl-ko hemoglobina eta leukozitosi arina.

459. Hasierako neurri hauetako zein EZ da zuzena?

a) Bi bide periferiko kanalizatzea eta bolumena birjartzea fluidoterapia kristaloideekin.
b) Zunda nasogastrikoa jartzea.
c) Glasgow-Blatchforden puntuazioaren kalkulua.
d) Zainbarneko PPIa ematea, nahiz eta ez den frogatu neurri horrek heriotza-tasa txikitzen duenik.

460. Hauetako zein EZ da Glasgow-Blatchforden puntuazioaren aldagai bat?

a) Giltzurrunen hutsegitea.
b) Sinkopea.
c) Sexua.
d) Hasierako presio arterial sistolikoa.

461. Pazientearen historia klinikoa aztertzean, ohartu zara pazienteari bi *stent* farmakoaktibo jarri zizkiotela 3 hilabete lehenago aurrealdeko beheranzko arterian. Antiagregazioaren erabilerari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Antiagregazioa azido azetilsalizilikoarekin jarraitzea gomendatzen da.
b) Kardiologiari aholkua eskatzea gomendatzen da, erabaki adostu bat hartzeko.
c) Prasugrelarekin eta azido azetilsalizilikoarekin jarraitzea gomendatzen da, odoljarioaren larritasuna edozein dela ere.
d) Prasugrela etenez gero, lehen 5 egunetara berriz hastea gomendatzen da.

462. Urgentziazko endoskopia digestibo altu bat eta ureasa test bat egitea erabaki duzu. Honako adierazpen hauetatik, zein da zuzena?

a) Endoskopiaren aurretik digestio-hemorragia handia duten susmoa dagoen paziente guztiei zain barneko eritromizina ematea gomendatzen da.
b) Intubazio orotrakeal profilaktikoak frogatu du bronkoxurgapeneko pneumonia gutxitu dezakeela.
c) Ez zenuke hemoklipik erabiliko endoskopian mukosaren kalte traumatikoa saihesteko asmoz, pazientea bi aldiz antiagregatuta baitago.
d) Hemorragia iraunkorra izanez gero, nahiz eta eskleroterapia egin adrenalinarekin eta hemoklipak jarri, tratamendu hemostatiko endoskopikoa egitea gomendatzen da, pazientea erradiologia interbentzionistara eraman aurretik.

463. Endoskopia digestiboa egitea erabaki duzu. Endoskopiaren bidez ikusi duzu Forrest IIa ultzera bat duela, 1 cm-ekoa, duodeno-erraboilaren aurreko aldean. Adrenalina diluituz eta bi hemoklipen bidez tratatu duzu. Endoskopia egin eta 48 ordura, pazienteak berriz hematemesia, hipotentsioa eta 1,9 g/dL-ko anemizazioa ditu. Zer egingo duzu?

a) PPIaren boloa eman eta zain gelditu, ez baitago berriz odoljarioa izateko zantzurik.
b) Angio-OTA eta, emaitzen arabera, erradiologia interbentzionista bidezko enbolizazioa.
c) Endoskopia digestiboa errepikatzea, zain barneko eritromizina eman ondoren.
d) Erradiologia interbentzionista bidezko enbolizazioa.

464. Hauetako zein da OKERRA?

a) Erreskateko tratamendu kirurgikoa gomendatzen da, erradiologia interbentzionistaren ondoriozko tratamenduak ez badu funtzionatu edo ez badago eskuragarri.
b) Odoljario errepikaria lehen hemostasia lortu ondoren agertzen den odoljario modura definitzen da.
c) Lan-kanalaren gainean klipak erabiltzea (*Over-the-scope-clip*) aukerakoa da ultzera peptikoan odoljarioa errepikatzen denean.
d) TC-325ek (Hemospray®) erakutsi du eraginkorragoa dela duodenoko Forresten II-a ultzeren tratamendu estandarra baino.

465. Hauetako zein da zuzena?

a) Endoskopia digestibo handia egin ondoren, 24 orduz erabateko dieta egitea gomendatzen da.
b) Alta eman eta 12 astera H. pylori bidezko infekzioa ebaluatzea gomendatzen da, gutxienez 10 astez ahozko PBIak hartzen aritu ondoren.
c) Ureasa testa negatiboa izan balitz, H. pylorigatiko infekzioa berriz baloratzea gomendatuko zatekeen, ospitale-altaren osteko lehen 4 asteetan.
d) Ureasa testa positiboa izan balitz, 2 aste itxarotea gomendatuko zatekeen tratamendu erradikatzailea hasteko.

3. KASU KLINIKOA

Hematologia Zerbitzuak Hepatologia Zerbitzuaren balorazioa eskatu du transaminasak handitu direlako.

62 urteko gizonezkoa da, eta aurrekari hauek ditu: gibeleko esteatosia, obesitatea (32ko GMIa) eta leuzemia mieloide akutua (LMA). Guraso hematopoietikoen (TPH alogenikoa) transplante alogenikoa egin zioten duela 18 egun, busulfana barne hartzen zuen egokitzapen-erregimen bat egin ondoren. Egokitzapen-tratamenduan zehar eta ondoren profilaxia eman da azido ursodesoxikolikoarekin (dosia: 12 mg/kg/eguneko).

Gainera, profilaxi antiinfekziosoa jasotzen ari da, trimetoprim-sulfametoxazolarekin (Septrim® Forte), astean bitan eta egun horietan egunean bitan. Flukonazola hartzen du egunero, baita lebofloxazinoa ere, eta azilobirra egunean bitan.

Pazienteak dio duela gutxitik deserosotasuna, abdomeneko distentsioa dituela beheko bi gorputz-adarretan edema dituela. Sukarra du, eta 1-2 beheranzko obramendu ditu egunean, tenesmorik gabe. Ez du exantemarik, goragalerik edo gorakorik.

BIZI-KONSTANTEAK:

- **Bihotz-maiztasuna: >=105 t/m.**
- **Tentsio arteriala:110/82 mmHg**
- **Arnasketa-maiztasuna: 24 rpm.**
- **Oxigeno-saturazioa: % 96 giroko airea arnasten.**
- **Tenperatura: 37,3 °C.**

Pisu-bilakaerak erakusten du gorputz-pisua % 7 inguru hazi dela ingresuaren unean zuen pisuarekin alderatuta.

MIAKETA FISIKOA

Miaketa fisikoan, pazienteak egoera orokorraren erasana du, bai eta atseden-disnea diskretua.

Miaketa kardiobaskularra ez da eraginkorra, eta ez dago jugularraren handitzearen ebidentziarik. Biriketako auskultazioan, bi krepitante bibasal arin hauteman dira.

Abdomeneko miaketa zaila da, abdomenean panikulu adiposo handia duelako, distentsio eta hepatomegalia mingarriarekin, eta litekeena da aszitisa ere izatea.

Larruazaleko miaketan ez da ikteriziarik edo larruazaleko lesiorik antzeman. Alde biko edema du beheko gorputz-adarretan.

Neurologikoki, pazientea kontziente eta orientatuta dago pertsonan, espazioan eta denboran. Ez dago asterixien ebidentziarik.

ANALITIKAK

Parametroa	**Emaitza**
AST (GOT)	**112 U/L**
ALT (GPT)	**315 U/L**
Fosfatasa alkalinoa	**722 U/L**
Bilirrubina, guztira	**3,0 mg/dL**
Bilirrubina zuzena	**2,3 mg/dL**
Proteinak, guztira	**7,2 g/dL**
Albumina	**3,4 g/dL**
Leukozitoak	**0,7 × 10⁹/L**
Hemoglobina	**9,5 g/dL**
Plaketak	**30 × 10⁹/L (aurreko basala: 100 × 10⁹/L)**
INRa	
ZMB IgG: positiboa (IgMa ez dago eskuragarri)	**1,3**

MIAKETA OSAGARRIAK

Doppleren azterketa duen gibeleko ekografia: neurriz zuhurki handitutako gibela, morfologia normalekoa eta aszitis neurritsua duena. Gibeleko zainak eta arteria iragazkorrak dira. Porta zainean fluxu hepatofugoa ikusten da, eta ez dago portako tronbosiaren ebidentziarik. Ez dago esplenomegaliarik. Ez dago behazun-bidearen dilataziorik, ez gibelaz barnekoa, ezta kanpokoa ere.

466. Zein da diagnostikorik probableena kasu horretan?

a) Kasu horren BHB estatusa ezezaguna da. Litekeena da pazientea HBren aurkako korea positiboa izatea eta BHBa berraktibatzea garatu izana, immunoezabatze bizi eta luzearen testuinguruan.
b) Medikamentuek eragindako gibeleko toxikotasuna (DILI idiosinkrasikoa) paziente polimedikatuan, zeinak gibel esteatosikoa duen, eta agian horren azpiko hepatopatia kronikoa ere bai.
c) Buxadura sinusoidalaren sindromea (BSS) TPH alogenikorako egokitzapenaren testuinguruan; izan ere, historia klinikoan emandako datuen arabera, BSSrako Seattleko sailkapenaren irizpide guztiak betetzen ditu.

d) ZMBak eragindako gaixotasuna, pazientea immunodeprimituta baitago, sukarra eta beherakoarekin, eta, ondorioz, aziklobir bidezko profilaxia ez da nahikoa kasu honetan.

467. Zein izango litzateke proba diagnostikoa zure iritzi diagnostikoa baieztatzeko?

a) Azalean zeharreko gibeleko biopsia ezinbestekoa da, ikusirik egon daitezkeen aukera diagnostiko eta terapeutikoak.
b) Egindako analitika eta ekografiaz gain, beharrezkoa da BHBren birus-karga zehaztea BHBren berraktibatze-diagnostikoa baieztatzeko.
c) Egindako analitika eta ekografiaz gain, beharrezkoa da ZMBaren birus-karga zehaztea eta kolonoskopia bat egitea biopsia mukoso eta ZMBaren kultiboarekin; izan ere, kasu horietan ez dago korrelazio garbirik klinikaren (sukarra eta beherako arina), odoleko birus-kargaren eta hesteetako erasanaren artean.
d) Miaketa fisikoaren, analitikaren eta egindako ekografiaren datuak nahikoak dira diagnostiko kliniko probableena ezartzeko.

468. Aurreko diagnostikoaren arabera, zein izango litzateke tratamendu lehenetsia?

a) IV azetilzisteina.
b) Defibrotida.
c) Entekabirra.
d) Balganziklobirra.

4. KASU KLINIKOA

67 urteko pazientea, obesitate zentralekoa, 35 pakete-urteko tabakismoaren aurrekaria eta 15 urtetik gorako eboluzioko ERGEa, birurgitazioa handitzeagatiko kontsulta eta aldizkako disfagia arina solidoentzat. Ez du galera ponderal esanguratsurik aipatzen. Omeprazola irregularki hartzen du. Definizio handiko gastroskopia egiten da kromoendoskopia birtualarekin. Barrett C4M7-ren hestegorria ikusi da, Pragako sailkapenaren arabera. Hortz-arkuteriatik 34 cm-ra 22 mm-ko ageriko lesio bat identifikatzen da, Paris 0-IIa + 0-IIc, patroi mukoso irregularrarekin eta eremu deprimitu zentralarekin. Zuzendutako biopsiek maila handiko displasiaren berri ematen dute. Ez dago inbasio sakonaren ageriko seinale endoskopikorik. Endoskopia terapeutikoan aditua den zentro batera bideratzen da kasua.

469. Pazientearengan, zein litzateke hasierako jokabiderik egokiena deskribatutako ageriko lesioaren inguruan?

a) Barrett-en segmentu osoaren zuzeneko ablazioa egitea irrati-maiztasunarekin, ageriko lesioa sendatu aurretik.
b) Ageriko lesioaren erresekzio endoskopikoa egitea blokean, ahal dela azpimukosaren disekzio endoskopikoaren bidez, tamainaren, osagaiaren eta estadifikazio histologikoaren arabera.

c) Zaintza endoskopikoa 3 urtera, biopsiak goi mailako displasia baino ez duelako erakusten.
d) Berehalako esofagektomia, aldez aurreko estadifikazio histologiko endoskopikorik gabe.

470. Erresekzio endoskopikoa blokean egin ondoren, txosten anatomopatologikoak erakusten du mukosa barneko pT1a adenokartzinoma bat dagoela. Ondo bereizita dago, ertz bertikalak eta albokoak libre ditu, eta ez dago inbasio linfobaskularrik, ezta mukosa azpikorik ere. Barrett-en epitelioa oraindik ez da lehortu segmentuaren gainerako zatietan. Emaitza histologiko horren ondoren, zein da jokabiderik egokiena?

a) Erresekzio endoskopikoa hartzea lesioa sendatzeko tratamendutzat, eta hondarreko Barrett-en epitelioa desagerraraztea eskaintzea, ablazioaren bidez.
b) Nahitaezko esofagektomia agintzea, Barrett-en gaineko adenokartzinoma orok kirurgia behar baitu.
c) Jarraipena etetea, ertzak libreak direlako eta ez dagoelako neoplasia metakronikorik.
d) Kimioterapia sistemiko adjubantea egitea T1a adenokartzinoma guztietan

5. KASU KLINIKOA

45 urteko emakume bat larrialdi-zerbitzura joan da litro erdi hodi-libratzaile likido (sodio hipokloritoa / potasio hidroxidoa / dimetilamina oxidoa) edan eta 2 ordura. Hori asmo autolitikoekin egin du. Larrialdietara iristean, adierazi du toraxeko min handia duela bere listua irensten duenean. Miaketa fisikoak egonkortasun hemodinamikoa adierazten du (TA: 125/60 mmHg, BM: 95 t/m, Tº: 36,8 ºC). Abdomena normal dago, eta ez dago krepitazio zerbikalik. Analitika: giltzurruneko eta gibeleko biokimika alterazioriK gabe. Proteina C-erreaktiboa: 70; hemoglobina: 13 g/dL, leukozitoak: 18 000/µL, plaketak: 220 000/µL, INR: 1,1.

471. Datu horietan oinarrituta, adierazi koadro klinikoaren diagnostikoari buruzko aukera hauetatik zein den zuzena:

a) Azidoak hartzeagatiko hestegorriko kaltea koipeak saponifikatzeko prozesu baten bidez gertatzen da, eta likidotze bidezko nekrosia eragiten du.
b) Helduen artean, kaustikoek eragindako esofagitisaren kausarik ohikoena istripuz irenstea da.
c) Irentsitako kantitateak zehazten du hestegorriko lesio nabarmenaren arriskua.
d) Hestegorriko lesio nabarmena sortzeko tarte luzeko kontaktua behar da agente kaustikoarekin (normalean orduak).

472. Aurreko kasu klinikoan aurkeztutako datuetan oinarrituta, koadro baten susmoa duzu. Koadro horren hasierako balorazioari dagokionez, zure ustez zein da OKERRA?

a) Otorrinolaringologiak pazientea baloratu behar du, baztertzeko goiko arnasbideko edema.
b) Ez da gomendatzen zunda nasogastrikoa errutinaz jartzea.
c) Premiazko toraxeko erradiografia bat egin behar zaio, heste-argiaz kanpoko airea egotea baztertzeko (pneumoperitoneoa/pneumomediastinoa).
d) Aho bidezko endoskopia bat egitea gomendatzen da, ahal dela kaustikoa hartu eta gutxienez 72 ordu igaro ondoren, hestegorriko lesioak baloratzeko, Zargarren sailkapenaren bidez.

473. Aurreko kasuko pazienteari, hasierako balorazioa egin ondoren, premiazko toraxaren erradiografia egiten zaio: indize kardiotorazikoa normaltasunaren barruan ditu, biriketako eremuak garbi daude eta ez du pneumomediastinorik eta neummoperitoneorik. Zulaketa baztertu ondoren, ahoko endoskopia egiten da, eta, maila esofagikoan, hestegorriko nekrosirik gabeko ultzera sakon zirkunferentzialak eta eritema mukoso bizia duen urdaila identifikatzen dira. Ahoko endoskopian ikusitako emaitzetan oinarrituta, Zargaren sailkapeneko zer maila dagokio?

a) Zargar I.
b) Zargar IIa.
c) Zargar IIb.
d) Zargar III.

474. Kasu klinikoan aurkeztutako pazienteari indikatutako tratamenduari dagokionez, aukera hauetako zein da zuzena?

a) Kasu klinikoko pazienteak arrisku txikiko irizpide endoskopikoak ditu; beraz, gomendatzen da ospitaleko alta goiztiarra ematea, protoi-ponparen inhibitzaileak dituen aho-tratamendupean.
b) Egiaztatu da irentsitako kaustikoaren neutralizazio goiztiarrak hestegorriko kaltea txikitzen duela.
c) Hestegorriko kalte larriak dituzten pazienteei (Zargar IIb) espektro zabaleko antibioterapia erabiltzea gomendatzen zaie.
d) Pazienteak arrisku handiko irizpide endoskopikoak ditu; beraz, kirurgia orokorreko zerbitzuari eta digestio aparatuko zerbitzuari eskatu behar zaie premiazko esofagektomia egiteko, mediastinitisa izateko arriskua dela eta.

475. Eztabaidagarria da kortikoide sistemikoek kaustikoak hartzearekin lotutako esofagitisaren tratamenduan duten rola. Adierazi aukera hauetatik zein den OKERRA:

a) Indikazio horretan kortikoideen erabileraren balizko efektu onuragarria da saihestea hestegorriko estenosia eragingo duen orbaintze patologikoa sortzea.
b) Ondorio onuragarririk handiena iraupen luzeko kortikoide sistemikoen tratamendu-zikloekin (>3 hilabete) lortu da.



c) Izan dezakeen immunoezabatze-arriskuagatik gomendatzen da, kortikoide sistemikoak emanez gero, tratamendua espektro zabaleko antibioterapiarekin konbinatzea.
d) Kortikoide sistemikoak erabiltzeak ez du eragozten jarraipena egitea, epe luzeko konplikazioak detektatzeko.

476. Kaustikoak hartzearekin lotutako esofagitisaren aurrekariak dituzten pazienteen jarraipenean, aukera hauetako zein da zuzena?

a) Edozer mailatako hestegorriko lesioek epe luzeko jarraipen endoskopikoa eskatzen dute.
b) Kaustikoek eragindako esofagitisaren sekuela gisa, estenosia luzarora garatu ohi da, normalean, kaustikoa irentsi eta >5 urtera.
c) Etorkizunera hestegorriko kartzinoma garatzeko arriskua hestegorriko hasierako lesioaren larritasunaren araberakoa da.
d) Hestegorriko kartzinoma garatzeko arriskua kaustikoa hartu ondorengo lehen 2 urteetan kontzentratzen da.

477. Kaustikoek eragindako hestegorriko kaltea duten pazienteen hasierako ebaluazioari dagokionez, adierazi aukera hauetatik zein den zuzena:

a) Fase akutuan, ezohikoa da intubazioa eskatzen duen laringe-kalte larria egotea.
b) Analitikan alkalosi metabolikoa egotea larritasun-irizpidetzat hartzen da.
c) Hestegorriko ultzera zirkunferentzialak Zargaren IIb mailari dagozkio.
d) Hestegorriko kaltearen larritasuna zehazteko toraxeko, abdomeneko eta pelbiseko OTA egingo da.

478. Kaustikoek eragindako esofagitisaren ondorioak maneiatzeari dagokionez, adierazi zein den erantzun zuzena:

a) Fase akutuan lesio barneko kortikoideak emateak frogatu du etorkizunean estenosia izateko arriskua murrizten duela.
b) Fase goiztiarrean elikatzeko zunda nasogastrikoa erabiltzeak estenosia garatzeko arriskua murrizten du.
c) Estenosiaren dilatazio endoskopikoan zulatzeko arriskua, beste etiologietan baino handiagoa da.
d) Dilatazio endoskopikoaren ondoren, protesi estaliak edo biodegradagarriak jarri behar dira.

6. KASU KLINIKOA

68 urteko gizonezko bat larrialdietako zerbitzura joan da 6 orduz epigastrioko mina eta goragaleak izan dituelako. Hipertentsio arterialaren eta obesitatearen aurrekariak ditu. Odol analisian hau hauteman da: 3.000 unitate litroko amilasa, 2.730 unitate litroko lipasa, 2,1 miligramo dezillitroko kreatinina, 2,1 miligramo dezillitroko bilirrubina, AST: 60 unitate litroko, ALT: 200 unitate litroko, 180 unitate litroko fosfatasa alkalina eta GGT: 320 unitate litroko. Abdomeneko ekografia batean hauek hauteman dira: pankreatitis akutuarekin bateragarriak diren pankreako aldaketak, kolelitiasia behazun-maskurian eta dilatatu gabeko behazun-bide bat. Ingresatu eta lau egunera, minak iraun egiten zionez, abdomeneko OTa eskatu da. Pankrea-guruinaren % 40an nekrosia ikusi da.

479. Irizpide hauetatik, zein da ezinbestekoa pankreatitis akutuaren diagnostikoa egiteko?

a) Sabeleko mina abdomenaren goiko mailan.
b) Irudi-probarekin bateragarriak diren datuak, esate baterako ekografia, OTA edo erresonantzia magnetikoa.
c) Amilasa eta lipasa serikoa muga normala baino hiru aldiz baino gehiago handitu izana.
d) Aurrekoetako bat bera ere ez.

480. Aurreko kasuaren pazientearen pankreatitis akutuaren hasierako maneiuari buruzko baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Fluidoterapia oldarkorra izan behar da konplikazioen arriskua txikitzeko.
b) Antiinflamatorio ez-esteroideoak erabiltzea saihestu behar da.
c) Tratamendu antibiotikoa ematea gomendatzen da.
d) Abdomeneko OT goiztiarra egin behar da, lehen 48 orduetan, konplikazio lokalak baztertzeko.

481. Atlantako sailkapen berrikusiaren arabera, aukera hauetako zein da pankreatitis akutu neurritsuaren irizpide bat?

a) Lehen 48 orduetan sendatuko den hutsegite organikoa.
b) BGBKren exazerbazioa.
c) Bilduma nekrotiko akutuen garapena.
d) a), b) eta c) erantzunak ZUZENAK dira.

482. Adierazi zein den erantzun ZUZENA aurreko kasu klinikoaren pankreatitis akutuaren azterketa etiologikoari buruz:

a) Ingresatzeko garaian abdomeneko ekografia egin behar da, kolelitiasia dagoen aztertzeko, baldin eta pazienteak kolelitiasi-entzimen zifrak handituta baditu.
b) Dezilitroko 500 miligramotik gorako triglizerido serikoak erakusten du hipertriglizeridemia izan daitekeela pankreatitisaren eragilea.
c) Pankreatitis akutua justifikatzen duen kausarik ez badago, erresonantzia magnetiko bidezko kolangiopankreatografia edo ekoendoskopia egitea pentsatu behar da, behazun-litiasia detektatzeko.

d) Pankreatitis akutu litiasiko arinetan kolezistektomia egin behar da altaren ondorengo 2-4 asteen artean.

483. Aurreko kasu klinikoko pazientearen kasuan, ospitaleratu eta 72 ordura ahoko intolerantzia izanez gero, zer egin behar da?

a) Nutrizio enterala hasi, zunda nasogastriko bidez.
b) Nutrizio parenterala hasi.
c) AKPE egitea baloratzea, koledokolitiasiaren tratamendurako.
d) Mina hasten denetik astebete igaro arte itxarotea, nutrizio artifiziala planteatzeko.

484. Pankreatitis akutuaren larritasuna iragartzeari dagokionez, hauetako zein EZ da BISAP eskalako item bat (*Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis*)?

a) 65 urte baino gehiago izatea.
b) Egoera mentalaren narriadura.
c) Pleurako isuria.
d) Erantzun sistemikoaren sindrome inflamatorioa izatea.

485. Gida nagusiek helburuetan oinarritutako fluidoterapia-estrategiak gomendatzen dituzte, pankreatitis akutua duen pazientearen parametro kliniko eta analitikoen arabera. Adierazi aukera OKERRA:

a) Minutuko 120 taupadatik beherako bihotz-erritmoa.
b) Batez besteko tentsio arteriala, 65 eta 85 milimetro merkurio artean.
c) 0,5-1 mililitro baino gehiagoko diuresia kilogramo eta orduko.
d) Ehuneko 44tik gorako hematokritoa.

7. KASU KLINIKOA

Aurrekari interesgarririk ez duen 24 urteko emakume bat kontsultara etorri da 4 hilabete doalako abdomeneko mina izaten ileoneko eskuineko hobian. Egunean 3-4 huste ditu odolik gabeko beherakoarekin, aldizkako sukarra du eta 6 kilogramo galdu ditu. Miaketa fisikoan, masa ukigarri bat nabarmentzen da ileoneko eskuineko hobian eta mingarria da. Analisian honako hauek hautematen dira: hemoglobina (10,2 gramo dezilitroko), proteina C-erreaktiboa (45 miligramo litroko) eta kalprotektina fekalak (850 mikrogramo gramoko). Ileokolonoskopia bat egiten da, eta ultzera aftoide eta sakon luzeak agertzen dira, harri-zola itxurakoak. Ultzera horiek etenka ilekolonoskopia terminalari eta goranzko kolonari eragiten diete, eta mukosa osasuntsuaren segmentu tartekatuak ditu. Ondestea errespetatuta dago. Biopsiek inflamazio transmurala erakusten dute granuloma ez-kaseifikatzaileekin.

486. Proba hauetako zein iruditzen zaizu egokiena paziente horren hedapen-azterketa osatzeko?

a) Entero-erresonantzia magnetiko edo hesteetako ekografia bat, hedapena eta egon daitezkeen konplikazioak, hala nola estenosia edo fistulak, baloratzeko, ileokolonoskopiaren bidez heldu gabeko heste meharreko tarteetan.
b) Ordenagailu bidezko tomografia konputerizatutako kolonografia, zeina heste meharreko Crohnen gaixotasunaren hedapena aztertzeko proba lehenetsia den.
c) EZ da irudi proba gehigarririk behar, biopsiak dituen ilekolonoskopia nahikoa baita beti hedapen-azterketa osatzeko.
d) Arteriografia mesenterikoa, deskribatutako lesioen kausa den azpiko osagai iskemiko bat baztertzeko.

487. Aurreko kasuko pazientearen hedapena-azterketa osatu ondoren, zeinak baieztatzen baitu estenosirik eta lotutako fistularik gabeko ileon terminalera eta goranzko kolonera mugatutako erasana dela, tratamendua hastea erabaki da, neurritsu gisa sailkatutako agerraldi horren erremisioa eragiteko. Eragite-tratamenduari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Kortikoide sistemikoak ahotik hartzea lehen mailako aukera da Crohnen gaixotasunaren agerraldi neurritsu batean erremisioa eragiteko.
b) Aminosalizilatoek, hala nola mesalazinak, erakutsi dute kortikoideen pareko eraginkortasuna dutela erremisioa eragiteko Crohn ileozekalaren gaixotasunaren agerraldi neurritsu batean.
c) Monoterapiako azatioprina bidezko tratamendua, horri kortikoideak eta terapia biologikoa gehitu gabe, da estrategia lehenetsia erremisioa azkar eragiteko agerraldi neurritsu batean.
d) Anti-TNFak, hala nola infliximab edo adalimumaba, BETI erabili behar dira lehen aukerako tratamendu gisa Crohnen gaixotasunaren edozein agerraldi neurritsutan, beste faktore batzuk alde batera utzita.

488. Pazienteak kortikoide sistemikoen bidezko tratamendua jasotzen du 4 astez, baina hobekuntza kliniko eskasa izan du, abdomeneko minak eta beherakoak bere horretan jarraitzen dutelarik, eta proteina C-erreaktibo iraunkorki altuarekin. Kortikorresistentzia horren aurrean, adierazi zein den erabilera hauei buruzko erantzun ZUZENA:

a) Terapia biologiko bat, hala nola anti-TNF bat, sartzea baloratu behar da dosi-egokietan eta tratamendu-aldi egoki baten ondoren, kortikoideekin egindako tratamenduaren porrota dela eta.
b) Kortikoide sistemikoen dosia handitu behar da, eta tratamendua gutxienez beste 3 hilabetez mantendu, beste aukera terapeutiko batzuk kontuan hartu aurretik.
c) Crohnen gaixotasunaren kortikorresistentzia salbuespenezkoa da, eta, beraz, hasierako diagnostikoa birpentsatu behar da.
d) Kortikoideei erantzunik ematen ez zaienez, alternatiba terapeutiko bakarra erasandako segmentuaren erauzketa-kirurgia da.

8. KASU KLINIKOA

34 urteko gizon bat kolon eta ondesteko minbizia izateko arrisku handiko kontsultara bidali zuten, goranzko koloneko adenokartzinoma bat (pT2N0M0) diagnostikatu ondoren eskuineko hemikotomia batean. Azterketa anatomopatologikoak tumore barneko infiltrazio linfozitarioa duen adenokartzinoma muzinosoa erakusten du. Immunohistokimikak MSH 2 eta MSH 6aren itxura-galera dagoela erakusten du, eta MLH1 eta PMS2 kontserbatu egiten direla. Azterketa molekularrak erakusten du ez dagoela BRAF V600En mutaziorik.

Familia-historian honako hauek nabarmentzen dira:
Aitari koloneko minbizia diagnostikatu zioten 45 urterekin.
Aitaren aldeko izebari minbizia diagnostikatu zioten 48 urterekin.
Aitaren aldeko aitona giltzurrun-pelbiseko minbizi uroteliala dela eta hil zen.

Kirurgiaren ondoren egindako kolonoskopian, 3 eta 8 mm arteko 14 adenoma tubular identifikatu dira, kolon-hondarrean banatuta, baita 12 mm-ko adenoma zerratu sesil bat ere, zeharkako kolonean.

489. Paziente horren sindrome-diagnostikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da ZUZENENA?

a) Hamar adenoma baino gehiago egoteak ia-ia baztertu egiten du Lynchen sindromea eta poliposi adenomatoso familiar klasiko batera bideratzen gaitu.
b) MSH2/MSH6 galtzeak BRAF negatiboarekin Lynchen sindromearen diagnostikoa baieztatzen du, eta alferrikako bilakatzen du azterketa germinala.
c) Lynchen sindromearekin bateragarria den fenotipo bat aurkitzeak eta 10-11 polipo baino gehiagoko karga adenomatoso batek behartu egiten dute pentsatzera batera existitzen direla DNAren hutsegiteak konpontzeagatiko predisposizio-sindrome bat eta beste sindrome poliposiko bat. Hori dela eta, geniko askoko panel germinal bat gomendatzen da.

d) Adenoma zerratu sesil bat egoteak baztertu egiten du DNAren gene konpontzaileen alterazio bat egotea.

490. MSH2n aldaera patogeniko germinal bat dagoela baieztatu eta APC, MUTYH, POLE1 eta POLD1en mutazioak baztertu ondoren, baieztapen hauetako zein da ZUZENENA, kolon-hondarraren jarraipenari dagokionez?

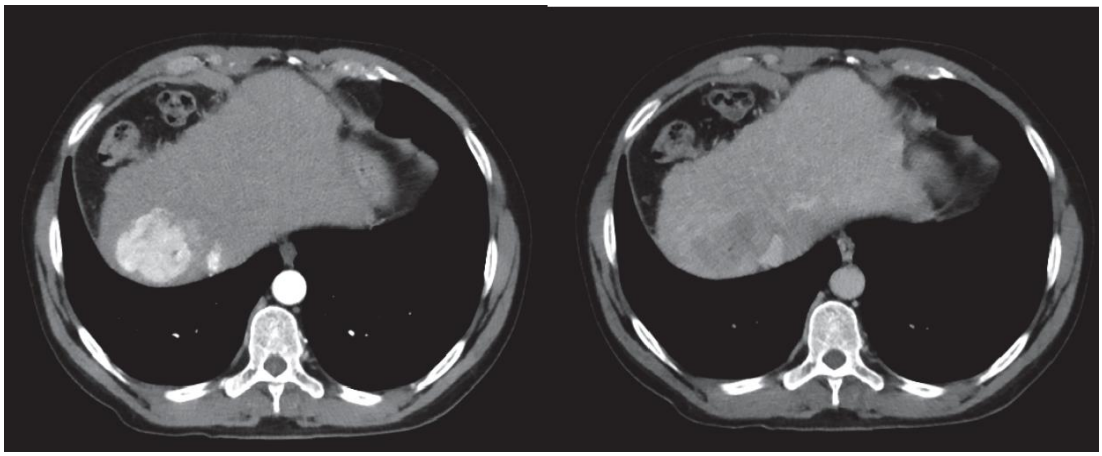
a) Zaintza kolonospikoa 3 urtez behin egin daiteke, arrisku handiena duen segmentua jada erauzi baita.
b) Adenoma asko egoteak biderkatu egiten du Lynchen sindromerako gomendatutako tartea, eta, beraz, indibidualizatu egin behar dira eta urtero zaintzea zein lesio guztiak sakonetik erauztea pentsatu behar da.
c) Kolektomia oso profilaktikoa agindu behar da sistematikoki, hamar adenoma baino gehiago dituelako.
d) Jarraipena OT bidezko kolonografian soilik oinarritu daiteke, lesio-kopuru handia dagoelako.

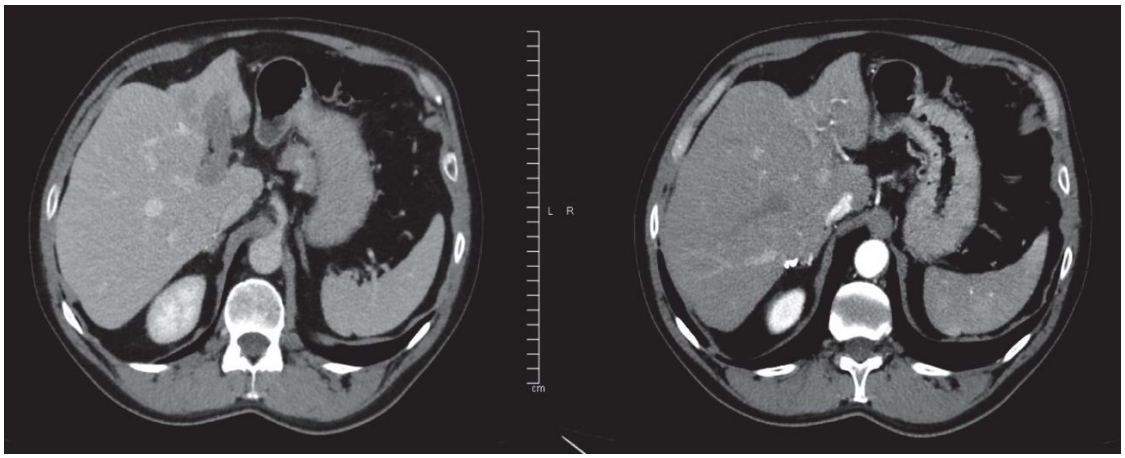
9. KASU KLINIKOA

56 urteko gizonezkoa, C hepatitis kronikoaren aurrekaria duena, 2015ean diagnostikatua 19 kPa-ko fibrosi basalarekin, ekintza zuzeneko antibiralekin tratatua, erantzun biral jarraitua lortua (tratamendu ondoko elastografia: 6kPa) eta jarraipena galduz kanpo-kontsultetan ondoren. Ez du beste aurrekari interesgarririk.

Eskuineko hipokondrioko min zehaztugabeak direla-eta, Lehen Mailako Atentzioko medikuak ekografia abdominala eskatu du. Bertan, lesio fokal hepatiko hipodentso bat objektibatzen da, gaizki definitutako ertzekin, eskuineko lobulu hepatikoaren mailan 4 cm ingurukoa, eta beste lesio bat, 2 cm-koa, II. segmentuaren mailan, ezkerreko atari-adarreko tronbosiarekin, atari-enbor nagusiaren elkargunera hedatzen dena.

Aurkikuntza horien aurrean, lehentasunezko TAC torakoabdominopelbiko trifasiko bat eskatu duzu, eta 5 cm-ko masa bat identifikatu duzu LHDn, irudian ikus daitekeen kontrastea hartzeko patroiarekin. Gainera, ezaugarri berberak dituen lesioa identifikatu da II. segmentuan, tronbosi hedakorrarekin. Tronbosi horrek ezkerreko atariaren adar osoa hartzen du, eta portal-enbor komunaren inguruko tarteari eragiten dio, irudian azaltzen diren aurkikuntzekin:





Analitikak parametro hauek ditu orain: Kreatinina: 0,5 mg/dl, Na/K: 138/4,5 mmol/L, Alb.: 3,9 g/dl, bilirrubina guztira: 0,8 mg/dl, AST/ALT: 80/100 UI/L, GGT/AF: 110/180 UI/mL, Hb: 12 g/dl, leukozitoak: 8.470/µL, plaketak: 180.000/µL

INRa: 0,95, Alfa-fetoproteina: 25.450 UI/mL.

Ahoko endoskopia egin da, eta ez da hestegorriko barizerik aurkitu.

491. Paziente horren diagnostikoari dagokionez, adierazi aukera hauen artean zein den zuzena:

a) Koadro kliniko horretatik susma daiteke kartzinoma hepatozelularra dagoela; alfa-fetoproteina > 500 UI/mL izatea hartzen delako kartzinoma hepatozelularraren diagnostiko-irizpidetzat.

b) Gaur egun ez du fibrosi aurreraturik; beraz, ezin dira kartzinoma hepatozelularraren irizpide erradiologikoak aplikatu, eta biopsia bat egin behar da diagnostikoa baieztatzeko.
c) Portako tronboak tronbo plaketarioaren ezaugarriak ditu.
d) Pazientea diagnostikatu daiteke, porta-zainaren tumore-inbasioa duen kartzinoma hepatozelularraren azterketa histologikorik egin gabe.

492. Diagnostiko-ondorioaren dela eta, zein izango litzateke paziente horren estadifikazioa?

a) BCLC A hepatokartzinoma goiztiarra.
b) BCLC B hepatokartzinoma ertaina.
c) BCLC C hepatokartzinoma aurreratua.
d) BCLC D hepatokartzinoma terminala.

493. Diagnostikoaren eta estadifikazioaren berri izan ondoren, pazienteak gaixotasun horren pronostikoari eta historia naturalari buruzko zalantzak azaldu dizkizu. Adierazi, aukera hauetatik, zein den zuzena:

a) Pazientearen gaixotasuna aurreratuta dago, eta 3 hilabetetik beherako bizi-pronostikoa dauka. Ez da egokia tratamendu antineoplasikoa hastea, eta zainketa aringarrietara deribatu behar da.
b) Paziente horrek arrisku handia du barizeak garatzeko eta bigarren mailako odoljario digestiboa izateko.
c) Pazienteak duen alfa-fetoproteina altua tumore-markatzailea da eta baliagarria gaixotasuna diagnostikatzeko, baina ez du balio pronostikorik.
d) Kartzinoma hepatozelular aurreratua duten pazienteen kasuan, gibeleko funtzioak ez du eraginik pazientearen pronostikoan; tumore-kargak soilik baldintzatzen du.

494. Kartzinoma hepatozelular aurreratua duten pazienteen gibeleko gaixotasunaren balorazioari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Klinikoki nabarmena den portako hipertentsioa (BAVENO VII) dagoen baloratzeko irizpide ez-inbaditzaileak horrelako paziente motekin baliozkotu dira.
b) Kartzinoma hepatozelularra duten pazienteen kasuan, barizeek eragindako odoljarioa badute, profilaxi sekundarioak biziraupena handitzen du.
c) Nahitaezkoa da ahoko endoskopia egitea tratamendu sistemikoa hasi aurretik. Barizerik ez badago, pazienteak ez du jarraipenik beharko.
d) Kartzinoma hepatozelularra eta hestegorriko barizeak dituzten pazienteen kasuan, lotura endoskopikoa lehenesten da, profilaxi primarioan beta-blokeatzaile ez-kardiobaskularraren ordez.

495. Kasu klinikoko pazientearen ezaugarriak kontuan hartuta, tratamenduari buruzko aukera hauetako zein da zuzena?

a) Pazientea hautagai ona da lehen aukerako tratamendu sistemikoa jasotzeko, atezolizumab-bebazizumab konbinazioarekin.

b) Frogatu da immunoterapia ez dela eraginkorra biremia aktiborik gabeko pazienteetan. Horregatik, tratamendu sistemikoa gomendatzen da, tirosinkinasa sorafenib inhibitzailearekin.
c) Gaixotasunaren fase horretan, tratamendu sistemikoa erabiltzeak ez du biziraupena handitzen; beraz, sintomak etxean kontrolatzeko estrategia bat ezarri behar da.
d) II. segmentuko lesioaren kimioenbolizazio bidezko tratamendua egin behar da, eta tronbo plaketarioaren tratamendu antikoagulatzailea hasi, pazientea gibeleko transplantearen itxaron-zerrendan sartzeko.

496. Kartzinoma hepatozelularraren tratamendu sistemikoan erabilitako farmakoen diana molekularrari dagokionez, adierazi zein den aukera zuzena:

a) Atezolizumaba: CTLA-4
b) Erregorafeniba: IDH-1.
c) Sorafeniba: VEGFR 1-3, MET, AXL, KIT eta RET.
d) Bebazizumaba: VEGF.

497. Kartzinoma hepatozelularraren tratamendu sistemikoari dagokionez, adierazi zein den aukera OKERRA:

a) Frogatu da atezolizumab eta bebazizumab arteko konbinazioak biziraupena handitzen duela, sorafenib bidezko tratamenduaren aldean.
b) Erregorafeniba, kabozantiniba eta erramuzirumaba bigarren aukera modura erabiltzeari buruzko III. fasean dauden saiakuntza klinikotako ebidentzia zientifikoa dago, sorafenib bidezko tratamendupean aurrerabidea duten pazienteekin.
c) Ez da gomendatzen tratamendu sistemiko adjubantea gibeleko transplantea jaso duten eta esplantearen piezan arrisku handiaren zeinu histologikoak dituzten pazienteentzat.
d) Atezolizumab-bebazizumab konbinazioari esker, biziraupen-onura handiagoa dagoen arren, pazienteek narriadura goiztiarragoa dute, sorafenibarekin alderatuta.

498. Adierazi lotura hauetako zein den zuzena:

a) Child A, ECOG 0, 15 cm-ko nodulua: BCLC B.
b) Aszitis errefraktarioa, gibeleko entzefalopatia errepikatua, ikterizia, ECOG 2, nodulu anitzeko hepatokartzinoma 4 lesiorekin (3, 2, 6, 4 cm-koak, hurrenez hurren): BCLC B.
c) Child A, ECOG 0, hepatokartzinoma, 10 cm-ko lesio bakarrarekin eta porta-zainaren tumore-inbasioa: BCLC C.
d) Child A, ECOG 0, zentro anitzeko hepatokartzinoma hezur-metastasiarekin: BCLC D.

10. KASU KLINIKOA

52 urteko gizonezkoa, aurrekari mediko interesgarririk ez duena, kontsultara joan da, ustekabeko lesio fokal bat aurkitu baitu pankrearen buruan, 1.2 cm-koa. Lesioa fokal gisa deskribatzen duen OTA bat aurkeztu du, baskularizatuta, ondo mugatuta, urruneko inbasio baskularraren eta metastasiaren zantzurik gabe. Ekoendoskopiaren bidez PAAF

bat egiten da, eta analisi zitologiko eta immunohistokimikoak ondo bereizitako tumore neuroendokrinoa erakusten du, % 1,5eko Ki-67arekin.

499. Zein da hasierako erabilerarik egokiena?

a) Kimioterapia-tratamendua.
b) Tratamendu medikoa somatostatinarekin.
c) Kirurgia, pankreako TNE gehienak gaiztoak baitira, eta % 60 inguruk gaixotasun metastasikoa du.
d) Diziplina anitzeko balorazioa eta zaintza aktiboa.

500. Zaintza aukeratuz gero, nola egingo zenuke?

a) Etxean 6 hilabete ekoendoskopiarekin, 5 urte bete arte.
b) Urteko OTA 2 urte bete arte, eta gero bi urtean behin.
c) OTA edo EMa 6 hilean behin, lehengo bi urteetan, eta gero urtean behin, edo bi urtez behin.
d) Bi urtean behingo OTA edo EM.