MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CUADERNO DE EXAMEN

ANATOMÍA PATOLÓGICA

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La "Hoja de Respuestas" se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. **Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario.**

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de una hora y media **improrrogable y que <u>no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.</u>**

8. Están **prohibidos** el uso de **calculadoras** y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

1- Respecto a la hepatitis autoinmune ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

A) En el infiltrado inflamatorio suele destacar la presencia de células plasmáticas.
B) Puede tener un patrón de hepatitis perivena centrolobulillar, hepatitis lobulillar o hepatitis periportal.
C) Puede debutar clínicamente como una hepatitis fulminante.
D) Es característico observar daño ductal prominente en los espacios porta

2- ¿Cuál de los siguientes subtipos del carcinoma papilar de tiroides NO tiene mal pronóstico?:

A) Whartin-like
B) Hobnail
C) Esclerosante difuso
D) Células altas

3- Respecto al carcinoma medular de tiroides cuál afirmación es FALSA:

A) Se origina en las células C o parafoliculares
B) Expresa inmunohistoquímicamente tiroglobulina
C) Expresa inmunohistoquímicamente calcitonina
D) Las mutaciones en RET son una característica de formas del carcinoma medular hereditario y algunas formas de carcinoma medular esporádico.

4- ¿Cuál es una característica histológica CLAVE para diagnosticar carcinoma folicular de tiroides?

A) Presencia de células claras
B) Invasión capsular o vascular
C) Patrón de crecimiento papilar
D) Necrosis tumoral

5- Respecto al paraganglioma cuál afirmación FALSA:

A) Se presenta como células neuroendocrinas con patrón de zellballen
B) Presenta células sustentaculares S100 positivas rodeando a las células principales.
C) Se considera una neoplasia que siempre se comporta de forma benigna
D) Se puede asociar a MEN2A i 2B.

6- El carcinoma anaplásico de tiroides SE CARACTERIZA por:

A) Tener un pronóstico favorable
B) Ser uno de los subtipos frecuentes de carcinoma de tiroides
C) El panel inmunohistoquímico: citoqueratina AE1-AE3, PAX8, p53 puede ser útil en el diagnóstico
D) Nunca se asocia a carcinomas bien diferenciados

7- Cuál es una característica CLAVE para el diagnóstico de NIFTP (Neoplasia Folicular No Invasiva con Características Nucleares de Tipo Papilar)

A) Invasión vascular o capsular
B) Presencia de cuerpos de psamoma
C) Patrón de crecimiento papilar prominente
D) Características nucleares papilares sin invasión capsular ni vascular

8- Respecto al carcinoma de glándula paratiroides cuál afirmación es CIERTA:

A) Es una de las principales causas de hiperparatiroidismo
B) A nivel analítico los niveles de PTH suelen ser normales
C) La presencia de invasión vascular angio-linfática e invasión perineural es fundamental para el diagnóstico
D) Se suele dar típicamente en el MEN2B.

9- En relación a la hiperplasia de células C, cuál afirmación es FALSA:
A) Puede ser reactiva y asociarse a hipercalcemia, hiperparatiroidismo, tiroiditis de Hashimoto entre otras entidades.
B) Suele asociarse con fibrosis y las células presentan un patrón infiltrativo
C) La tinción de sinaptofisina o calcitonina puede ayudar a su identificación.
D) Puede verse en el contexto de pacientes con mutación de RET

10- ¿Cuál es una alteración genética COMÚNMENTE asociada con el carcinoma papilar de tiroides?
A) Mutaciones en TP53
B) Mutaciones en BRAF
C) Mutaciones en el gen de la tiroglobulina
D) Amplificación del gen HER2

11- El carcinoma de células oncocíticas se caracteriza por estas características EXCEPTO una:
A) Estar constituido por células oncocíticas (≥75%)
B) Ser un tumor poco frecuente
C) En las extensiones citológicas es posible discriminar entre un carcinoma oncocítico y un adenoma oncocítico
D) Estos tumores se clasifican en mínimamente invasivo, encapsulado con invasión vascular y ampliamente invasivo.

12- Qué característica histológica es TÍPICA del pólipo nasal inflamatorio:
A) Hiperplasia de glándulas sebáceas
B) Infiltrado inflamatorio denso
C) Epitelio con metaplasia ósea
D) Edema del estroma con infiltrado eosinofílico

13- Qué patrón histológico es CARACTERÍSTICO del colesteatoma del oído medio:
A) Epitelio columnar ciliado con abundantes macrófagos
B) Epitelio escamoso queratinizante con restos de queratina
C) Granulomas epitelioides con células gigantes
D) Proliferación de células inflamatorias principalmente plasmáticas.

14- Cuál es la lesión quística odontogénica MÁS COMÚN:
A) Quiste dentígero
B) Quiste radicular
C) Queratoquiste odontogénico
D) Quiste óseo aneurismático

15- Qué patrón histológico es CARACTERÍSTICO del ameloblastoma:
A) Epitelio escamoso con queratinización
B) Células en empalizada con centro tipo retículo estrellado
C) Presencia de islotes de cartílago
D) Proliferación de células fusiformes

16- Qué marcador inmunohistoquímico es ÚTIL para el diagnóstico del carcinoma adenoide quístico:
A) TTF-1
B) p63
C) CD34
D) HER2

17- Hiperplasia epidérmica con silueta dentada, infiltrado linfoide basal con abundante apoptosis, hipergranulosis e hiperqueratosis sin paraqueratosis son típicas de:

A) Psoriasis
B) Liquen plano
C) Lupus eritematoso
D) Micosis fungoide

18-Qué es CIERTO en relación al melanoma:

A) Las mutaciones de BRAF y NRAS son infrecuentes en los melanomas acrales y en los originados en pieles con daño solar crónico
B) Mutaciones del gen BAP-1 se relacionan con un incremento del riesgo de padecer melanoma cutáneo y uveal
C) En el melanoma desmoplásico usualmente HMB-45 y Melan-A son negativos
D) La mutación de BRAF es una prueba inequívoca de malignidad en lesiones melanocíticas

19- Qué tipo de célula de la piel es CK20+:

A) El queratinocito
B) La células de Langerhans
C) El melanocito
D) La célula de Merkel

20- La inmunotinción con receptores de andrógenos es de ayuda para el diagnóstico de:

A) Carcinoma escamoso cutáneo
B) Carcionoma anexial microquístico
C) Carcinoma sebáceo cutáneo
D) Melanoma

21- ¿Desde qué capa se mide la profundidad de invasión dérmica (espesor de Breslow) en un melanoma no ulcerado?:

A) Capa basal
B) Estrato córneo
C) Capa granular
D) Estrato espinoso

22- ¿Cuál de las siguientes características histológicas es MÁS característica de la lesión cutánea en el lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) cuando se realiza un estudio de inmunofluorescencia directa en la piel afectada?

A) Depósitos lineales de inmunoglobulina G (IgG) a lo largo de la membrana basal
B) Fluorescencia granular de inmunoglobulina M (IgM) en la dermis profunda
C) Depósitos de inmunoglobulina A (IgA) en el infiltrado perivascular en la dermis papilar
D) Depósitos de inmunoglobulina G (IgG) y C3 en la membrana basal y dermis superficial.

23- Respecto al cáncer de mama, es CIERTO que:

A) Los carcinomas de mama hereditarios asociados a mutaciones en línea germinal del gen BRCA1 suelen mostrar un fenotipo de tipo “basal”
B) El carcinoma ductal infiltrante se origina de los ductos mamarios, mientras que el carcinoma lobulillar se origina a partir de los lobulillos.
C) La enfermedad de Paget del pezón suele ser debida a una diseminación de células de un carcinoma intraductal, normalmente con fenotipo luminal A dentro de la epidermis.
D) En el cáncer de mama de tipo esporádico, el gen BRCA1 no se encuentra inactivado casi nunca.

24-Respecto del cáncer de mama es CIERTO que:

A) El carcinoma lobulillar es tan frecuente como el carcinoma ductal.
B) Los carcinomas de mama con fenotipo Her-2 suelen ser carcinomas de alto grado y curso clínico agresivo, pero con muy buena tasa de respuesta a trastuzumab asociado a quimioterapia.
C) Los carcinomas medulares suelen mostrar un fenotipo luminal.
D) El carcinoma lobulillar se caracteriza entre otras cosas, por una sobreexpresión de Cadherina-E.

25-En relación a la mama, es CIERTO que:

A) Los quistes mamarios suelen estar tapizados por una única capa de células, normalmente de tipo epitelial luminal y bajo ésta un tejido conjuntivo con grasa multilocular.
B) Las microcalcificaciones en mama suelen estar asociadas casi siempre a carcinoma intraductal.
C) Las microcalcificaciones en mama suelen estar asociadas casi siempre a carcinoma infiltrante.
D) La gran mayoría de las microcalcificaciones visibles en mamografía suelen estar asociadas a patología benigna, por ejemplo adenosis y fibrosis.

26-Respecto al cáncer de mama es CIERTO que:

A) Los carcinomas lobulillares metastatizan con frecuencia al peritoneo ya la mucosa del tracto digestivo.
B) Los carcinomas tubulares suelen ser carcinomas triple negativos, de grado III
C) Un carcinoma ductal ER+, PR+, Her-2-, Ki-67 21% tiene un perfil luminal A.
D) Los carcinomas mucinosos suelen presentar-se en mujeres de edad más joven y tienen peor pronóstico que los carcinomas ductales NOS.

27- Un carcinoma ductal de mama con expresión nuclear de receptor de estrógenos, positividad nuclear de receptor de progesterona, un Ki-67 del 30% y ausencia de expresión de HER2, tiene un fenotipo:

A) Luminal A
B) Luminal B
C) Triple negativo
D) HER2

28- Un ducto mamario distendido, ocupado por una población celular de aspecto polimorfo, en la que se identifican células epiteliales con expresión heterogénea de receptor de estrógenos, presencia de células mioepiteliales en el interior de la proliferación celular y hendiduras más amplias en la periferia del ducto que en la zona central, es compatible con:

A) Carcinoma lobulillar in situ
B) Hiperplasia intraductal simple
C) Hiperplasia intraductal atípica
D) Carcinoma intraductal de bajo grado cribiforme

29- Un ducto mamario distendido, ocupado por una población celular de aspecto monótono con discreta atipia nuclear, que expresa de forma intensa y homogénea receptor de estrógenos, en el que se observa ausencia de células mioepiteliales en el interior de la proliferación celular, así como cribas de igual tamaño en la periferia del ducto que en la zona central, es compatible con:

A) Carcinoma lobulillar in situ
B) Hiperplasia intraductal simple
C) Hiperplasia intraductal atípica
D) Carcinoma intraductal de bajo grado cribiforme

30- Una lesión mamaria caracterizada por una proliferación de acinos glandulares que conservan la estructura acinar, poseen doble capa celular (epitelial y mioepitelial) sin atipias y están rodeados por fibrosis estromal que distorsiona y comprime las glándulas, sobre todo las situadas más en el centro de la proliferación, corresponde a:

A) Carcinoma tubular
B) Carcinoma ductal infiltrante
C) Adenosis esclerosante
D) Carcinoma lobulillar in situ

31-Una masa nodular bien delimitada de 5 cm de diámetro en una mujer de 45 años de edad, constituida por elementos glandulares en forma de hoja y aumento de la cantidad de estroma fibroso, moderada atipia de las células estromales, condensación celular subepitelial, 6 mitosis por 10 campos de gran aumento y bordes de crecimiento expansivos, probablemente corresponde a:

A) Fibroadenoma gigante
B) Papiloma intraductal atípico
C) Sarcoma phylodes
D) Tumor phylodes bordeline

32- Un carcinoma ductal infiltrante de mama, de 20 mm de diámetro máximo que ulcera la epidermis cutánea, tiene un estadio:

A) pT1b
B) pT1c
C) pT3
D) pT4b

33-¿Cuál de los siguientes NO es ACTUALMENTE un biomarcador predictivo de respuesta a tratamiento en pacientes con carcinoma de pulmón tipo adenocarcinoma?

A) Mutaciones EGFR
B) Expresión de PDL-1
C) Translocación de ALK
D) Metilación de MGMT

34- Ante una lesión pulmonar de menos de 30 mm, no infiltrativa del estroma, patrón no invasivo (lepídico puro) y discreta atipia citológica, ¿cuál es el diagnóstico MÁS probable?

A) Hiperplasia adenomatosa atípica
B) Adenocarcinoma in situ
C) Adenocarcinoma mínimamente invasivo
D) Adenoma alveolar

35- Respecto al uso de la biopsia líquida en cáncer de pulmón es FALSO que:

A) Permite identificar alteraciones genéticas y epigenéticas
B) Es la primera opción para detección de biomarcadores en pacientes metastásicos
C) Es útil para monitorización de respuesta a tratamientos dirigidos
D) Permite detectar recaídas.

36- Paciente con un engrosamiento pleural difuso unilateral y derrame pleural. Se realiza biopsia de pleura en la que se observa una neoplasia maligna de características epitelioides, con zonas de necrosis, que infiltra tejido adiposo y muestra pérdida de expresión de BAP1, así como positividad para WT-1 y Calretina. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

A) Mesotelioma epitelioide
B) Mesotelioma desmoplásico
C) Tumor torácico indiferenciado deficiente en SMARC4
D) Adenocarcinoma pulmonar metastásico

37- Paciente con lesión endobronquial, polipoide e hipervascularizada. Se realiza un cepillado de dicha lesión y el estudio citológico muestra células redondas ocasionalmente fusiformes que presentan cromatina en sal y pimienta y ausencia de nucleolos. No se identifica necrosis, mitosis ni imágenes de amoldamiento. ¿Cuál es la orientación diagnóstica?

A) Carcinoma de célula pequeña
B) Adenocarcinoma
C) Carcinoma escamoso
D) Tumor carcinoide

38-¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la neumonía intersticial usual es CORRECTA?

A) La NIU es una enfermedad exclusivamente pediátrica
B) La principal causa de la NIU es una infección viral aguda
C) La NIU se caracteriza por la fibrosis pulmonar progresiva y la afectación del intersticio.
D) La NIU trata fácilmente con antibióticos orales.

39- ¿Cuál de las siguientes características histológicas es MÁS característica de la neumonitis por hipersensibilidad?

A) Inflamación granulomatosa caseificante, con grandes cantidades de linfocitos T y células gigantes multinucleadas.
B) Hiperplasia del epitelio alveolar con formación de membranas hialinas difusas y fibrosis intersticial
C) Infiltración predominante de eosinófilos en los espacios alveolares
D) Infiltrado inflamatorio predominantemente de linfocitos, con formación de microgranulomas no caseificantes y fibrosis peribronquial.

40- ¿Cuál de las siguientes opciones describe MEJOR las características histológicas de un timoma tipo A?

A) Presenta una alta infiltración de linfocitos y células epiteliales malignas
B) Está compuesto predominantemente por células epiteliales fusiforme u ovales, con una arquitectura homogénea y una escasa infiltración linfocítica.
C) Se caracteriza por una alta malignidad, con presencia de necrosis y mitosis atípicas.
D) Exhibe un patrón de crecimiento sólido y pobremente diferenciado, sin formación de glándulas

41- Según los criterios de "WHO/IAC International System for Reporting Lung Cytopathology" informaremos una citología pulmonar como sospechosa de malignidad cuando:

A) Se observan características citomorfológicas inequívocas de malignidad.
B) La muestra no presenta suficientes células con características morfológicas cuantitativas o cualitativas que permitan diferenciar si se trata de una lesión maligna o benigna.
C) La muestra es hemorrágica con marcada degeneración celular preservación
D) La muestra presenta células sugestivas de malignidad, pero con insuficientes características inequívocas de malignidad o insuficiente número de células atípicas.

42- ¿Cuál es el grado histológico de un adenocarcinoma no mucinoso pulmonar resecado con un 20% de patrón lepídico, 50% de patrón papilar y 30% de patrón cribiforme?

A) Adenocarcinoma bien diferenciado
B) Adenocarcinoma moderadamente diferenciado
C) Adenocarcinoma pobremente diferenciado
D) Todas las anteriores son correctas

43- ¿Cuál de los siguientes tumores uterinos se caracteriza por la expresión de HMB45?

A) Tumor miofibroblástico inflamatorio
B) PEComa
C) Tumor uterino que se asemeja al tumor del estroma del cordón sexual ovárico
D) Tumor de músculo liso con deficiencia de d-fumarasa

44- ¿Cuál es el anticuerpo MÁS INFORMATIVO para clasificar la neoplasia intraepitelial cervical?

A) EMA
B) p53
C) Queratina 7
D) p16

45- ¿Cuál de los siguientes rasgos NO ES CARACTERÍSTICO de un carcinoma cervical de tipo gástrico?

A) Positividad de p16
B) Arquitectura glandular
C) Invasión del estroma
D) Diferenciación mucinosa

46- ¿Cuál de los siguientes rasgos ES CARACTERÍSTICO de los sarcomas endometrial de alto grado?

A) Positividad para Ciclina D1
B) Positividad para queratinas
C) Positividad para CDX2
D) Arteriolas espirales

47- ¿Cuál es el tumor de ovario MÁS TÍPICAMENTE ASOCIADO con la mutación DICER1?

A) Carcinoma endometriodie de alto grado
B) Carcinosarcoma
C) Cárcinoma de células pequeñas tipo hipercalcémico
D) Tumor de células de Sertoli-Leydig

48- ¿Cuál es el tipo molecular de MEJOR pronóstico en el cáncer de endometrio?
A) P53 anormal
B) Con inestabilidad de microsatélites
C) POLE mutado
D) De perfil molecular no específico

49-¿Cuál es el tumor germinal MÁS FRECUENTE en el ovario?
A) Teratoma inmaduro
B) Teratoma maduro
C) Carcinoma embrionario
D) Tumor de saco vitelino

50- ¿Cuál de los siguientes marcadores es TÍPICAMENTE POSITIVO en un carcinoma mesonefrico-like?
A) Alfa inhibina
B) p53anormal
C) Receptor de estrógenos
D) GATA3

51- ¿Cuál es el tumor estromal ovárico que muestra expresión citoplasmática-nuclear de beta-catenina?
A) Tumor estromal microquístico
B) Tumor de células de la granulosa
C) Tecoma
D) Fibroma celular

52-¿Cuál es el cáncer de ovario MÁS FRECUENTEMENTE asociado a endometriosis?
A) Carcinoma endometriode
B) Carcinoma de células claras
C) Carcinoma seroso de alto grado
D) A y B

53- ¿Cuál de las siguientes características histológicas NO ES PROPIA de la colitis ulcerosa?
A) Presencia de tejido de granulación
B) Presencia de granulomas
C) Ulceración de la mucosa
D) Focos de displasia

54- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones ES FALSA respecto a la colitis de derivación?
A) Hay abundantes linfocitos en la lámina propia
B) Se observa en pacientes portadores de ostomías
C) Está relacionado con alteraciones en la flora intestinal
D) Hay una linfocitosis intraepitelial superior a 20/100 células epiteliales

55- El PRINCIPAL FACTOR DESENCADENANTE en la patogenia de le enfermedad inflamatoria intestinal es:
A) Virus RNA
B) Inflamaciones granulomatosas
C) Infecciones por bacterias anaerobias
D) Flora intestinal propia

56- Señala la característica VERDADERA respecto a la enfermedad de Crohn:
A) Dilatación de la luz
B) Presencia de necrosis
C) Fisuras
D) Lesiones continuas

57-Señala la respuesta FALSA respecto a los granulomas de la enfermedad de Crohn:
A) En la mayoría de biopsias no se identifican
B) La mayoría son microgranulomas
C) Son granulomas necrotizantes
D) Plantean el diagnóstico diferencial con otras enfermedades granulomatosas.

58-¿Cuál es la LESIÓN PRECURSORA del cáncer de colon esporádico con inestabilidad de microsatélites?
A) Pólipo hiperplásico
B) Adenoma serrado tradicional
C) Lesión serrada sesil
D) Adenoma tubulovelloso

59-¿Cuál de estas características morfológicas NO ES PROPIA del cáncer de colon con alteración en los genes reparadores de DNA?
A) Localización en colon descendente
B) Ausencia de necrosis
C) Infiltrado inflamatorio intraluminal
D) Crecimiento expansivo

60- El tipo histológico MÁS HABITUAL en el cáncer colo-rectal es:
A) Adenocarcinoma convencional
B) Adenocarcinoma mucinoso
C) Carcinoma de células en anillo de sello
D) Carcinoma neuroendocrino

61- Uno de estos tumores es susceptible de recibir tratamiento neoadyuvante:
A) Cáncer de fondo cecal
B) Carcinoma localmente avanzado en recto inferior
C) Carcinoma sobre pólipo adenomatoso en recto superior
D) Cáncer inestable en colon ascendente

62- El tipo histológico MÁS HABITUAL en el cáncer de canal anal es:
A) Adenocarcinoma convencional
B) Adenocarcinoma mucinoso
C) Carcinoma de células escamosas
D) Carcinoma neuroendocrino

63- Un paciente con insuficiencia cardiaca congestiva desde hace 3 años presenta en los 2 últimos meses tos productiva con esputo herrumbroso. La citología pone de manifiesto numerosos macrófagos cargados de hemosiderina. ¿cuál de las estructuras subcelulares de los macrófagos tiene MAS IMPORTANCIA en la acumulación de este pigmento?
A) Retículo endoplasmático
B) Aparato de Golgi
C) Lisosomas
D) Ribosomas

64- La acción de la energía radiante en forma de rayos X produce lesiones celulares causadas por la hidrólisis del agua. ¿Cuál de las enzimas intracelulares ayuda a proteger a las células de este tipo de lesión?

A) Endonucleasa
B) Fosfolipasa
C) Glutation peroxidasa
D) Proteasa

65- El modelo de lesión química planteado con paracetamol implica que su metabolización oxidativa, realizada por el complejo multienzimático del citocromo P450 (sistema oxidasa de función mixta) genera un metabolito electrofílico muy tóxico que, a su vez se detoxifica mediante interacción con:

A) Glucosa 6PDH
B) Succino deshidrogenasa
C) Glutatión peroxidasa (GSH)
D) ATPasa

66- Del servicio de radiodiagnóstico nos informan que van a realizar una punción aspiración con aguja fina (PAAF) a un paciente con derrame pericárdico y que van a remitir su contenido para hacer una evaluación morfológica. Cuál será nuestro razonamiento CORRECTO:

A) El líquido está producido por las células mesoteliales, se acumula en el pericardio parietal y su cantidad es entre 15 y 50 ml.
B) El líquido está producido por las células mesoteliales, se acumula en el pericardio visceral y su cantidad es entre 15 y 50 ml.
C) El líquido está producido por las células mesoteliales, se acumula en el espacio pericárdico y su cantidad es entre 15 y 50 ml
D) El líquido está producido por las células mesoteliales, se acumula en el espacio pericárdico y su cantidad es > 50 ml.

67- La valvulopatía mitral mixomatosa, la cardiopatía reumática y la calcificación nodular TIENEN EN COMÚN:

A) Todas ellas responden a una alteración estructural del miocardiocito
B) Todas ellas responden a una alteración estructural en las células cardioconectoras
C) Todas ellas responden a una alteración en las células valvulares intersticiales.
D) Todas ellas son patologías cardiacas sin base morfológica.

68- Junto al agua y al sodio, se incorpora un conjunto de pequeños solutos denominado arrastre del solvente que se produce en el enterocito. Esta función se debe a un elemento estructural que la posibilita:

A) Las uniones estrechas
B) Las uniones adherentes
C) Las uniones comunicantes
D) Las uniones tipo desmosoma

69- En las distintas lobulaciones del hígado el lobulillo clásico quedaría definido como:

A) Un triángulo situando en cada vértice la vena centrolobulillar.
B) Un rombo situando en dos extremos equidistantes dos venas centro lobulillares y en los otros extremos dos espacios porta.
C) Un hexágono en cuyos vértices encontramos espacios portales y una vena central donde desembocan los sinusoides.
D) Un cuadrado formado en los vértices por espacios portales

70- Qué célula se considera activada cuando un hígado ha sido lesionado:
A) La célula estrellada o de Ito
B) La célula de Kupffer
C) La célula endotelial
D) La célula colangiolar

PREGUNTAS DE RESERVA

71- La exfoliación continua del queratinocito es un proceso dependiente:
A) Del pH
B) Del sistema redox
C) De la gravedad
D) Ninguna de las anteriores

72- Como sabes, la membrana basal glomerular es el producto conjunto del endotelio y los podocitos. En su estructura hay una proteína que es la diana en el síndrome de Goodpasture y la enfermedad postrasplante de Alport y corresponde a:
A) Colágeno tipo I
B) Colágeno tipo II
C) Colágeno tipo III
D) Colágeno tipo IV

73-La infección urinaria por E.coli se produce por adhesión inicial al epitelio que hace que la bacteria se afiance a la superficie, lo que evita su eliminación durante la micción. Esta unión es mediada por adhesinas FimH localizadas en el extremo filamentoso de adhesión de E.coli e interactúan con:
A) Con el colágeno tipo III abundante en la vejiga urinaria
B) Las uroplaquinas de la membrana unitaria asimétrica de las placas uroteliales.
C) Con el citoesqueleto de la célula *umbrella*
D) Con la matriz extracelular del urotelio

74- La barrera hematoencefálica (BHE) debe gran parte de su eficacia al buen funcionamiento de:
A) Las uniones estrechas de las células endoteliales que forman capilares continuos y los astrocitos asociados.
B) Las uniones estrechas de las células endoteliales que forman capilares discontinuos y los astrocitos asociados.
C) Las uniones estrechas de las células endoteliales que forman capilares continuos y la microglía asociada.
D) La BHE es un concepto a tener en cuenta para la aplicación de fármacos (por ejemplo, L-Dopa en lugar de dopamina en el tratamiento de la enfermedad de Parkinson) más que un elemento orgánico con base estructural.

75-Uno de los siguientes elementos NO forma parte de la barrera hematotímica:
A) Endotelio
B) Pericitos
C) Macrófagos
D) Células reticuloepiteliales tipo II