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

APARATO DIGESTIVO

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. **Una paciente de 55 años presenta disfagia progresiva, regurgitación y pérdida de peso. La manometría esofágica de alta resolución muestra una aperistalsis completa y una relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI) con una presión de relajación integrada (IRP) elevada. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué hallazgo adicional esperaría encontrar con mayor frecuencia en una esofagografía con bario?**

   A) Espasmo esofágico difuso; seudo divertículos.
   B) Acalasia tipo I; dilatación esofágica con imagen en "pico de pájaro".
   C) Acalasia tipo III; contracciones simultáneas repetitivas de alta amplitud.
   D) Esofagitis eosinofílica; engrosamiento de los pliegues mucosos.

2. **Respecto a las manifestaciones extraesofágicas de la Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE) que afirmación es VERDADERA**

   A) El asma inducida por reflujo se explica por microaspiración y el reflejo vagal. La pH-impedanciometría de 24 horas solo es útil si hay pirosis.
   B) La tos crónica por ERGE suele ser por reflujo alcalino, por lo que la pH-metría no sería diagnóstica.
   C) La laringitis posterior por ERGE se debe a la irritación directa de la laringe por el reflujo ácido. La pH-impedanciometría de 24 horas se indica si los síntomas persisten a pesar del IBP a doble dosis.
   D) El dolor torácico no cardíaco asociado a ERGE es siempre por reflujo ácido. La manometría de alta resolución es el método diagnóstico de elección.

3. **Una paciente inicia tratamiento con alendronato para la osteoporosis. ¿Qué mecanismos están implicados en el daño esofágico por bifosfonatos y qué recomendación fundamental debe recibir para minimizar este riesgo?**

   A) Disminución del aclaramiento ácido esofágico; tomar con poca agua.
   B) Irritación local directa de la mucosa por contacto prolongado y efectos sistémicos; tomar con un vaso grande de agua y permanecer en posición erguida al menos 30 minutos.
   C) Aumento de la presión del esfínter esofágico inferior; tomar el medicamento justo antes de acostarse.
   D) Inhibición de la secreción de moco protector; evitar alimentos ácidos.

4. **En relación con el cáncer de esófago es VERDADERO:**

   A) El adenocarcinoma esofágico es más común en el esófago medio y se asocia al tabaquismo, mientras que el carcinoma escamoso es más frecuente en el tercio distal y se relaciona con el Esófago de Barrett.
   B) El carcinoma escamoso esofágico es más frecuente en el tercio superior y medio, asociado a tabaquismo y alcohol. El adenocarcinoma esofágico es más común en el tercio distal y se relaciona con el Esófago de Barrett y la ERGE crónica.
   C) El adenocarcinoma esofágico y el carcinoma escamoso tienen factores de riesgo y localizaciones similares, siendo el alcohol y el Barrett los principales.
   D) Ambos tipos de cáncer se originan predominantemente en el esófago cervical y tienen un pronóstico favorable en estadios tempranos.

5. **Una mujer de 72 años ingresa con disfagia aguda y dolor retroesternal intenso tras la ingestión de una pastilla de Ibuprofeno. La endoscopia revela ulceraciones profundas en el esófago medio. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué medidas terapéuticas iniciales son las más adecuadas?**

   A) Esofagitis por reflujo severa; IBP a altas dosis y dieta blanda.
   B) Esofagitis inducida por fármacos; suspensión del fármaco, IBP y analgésicos.
   C) Síndrome de Mallory-Weiss; observación y procinéticos.
   D) Esofagitis infecciosa; antifúngicos empíricos.

6. **¿Cuál es la relación principal entre el Esófago de Barrett y el cáncer de esófago, y cuál es el papel de la vigilancia endoscópica?**

   A) El Esófago de Barrett es una condición premaligna que aumenta el riesgo de carcinoma escamoso. La vigilancia esofágica no es rutinaria.
   B) El Esófago de Barrett es una metaplasia intestinal que confiere un riesgo elevado de desarrollar adenocarcinoma esofágico. La vigilancia endoscópica periódica con biopsias es fundamental para detectar displasia o cáncer en estadios tempranos.
   C) El Esófago de Barrett es una condición benigna que no requiere vigilancia si el paciente está asintomático.
   D) El Esófago de Barrett es un hallazgo manométrico que indica dismotilidad esofágica, y la vigilancia se centra en corregir la dismotilidad.

7. **Un paciente presenta episodios recurrentes de impactación alimentaria. La endoscopia muestra anillos concéntricos y surcos longitudinales en el esófago. Las biopsias esofágicas revelan una infiltración de más de 15 eosinófilos por campo de gran aumento. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuáles son las opciones de tratamiento dietético y farmacológico?**

   A) Acalasia; dilatación endoscópica y miotomía de Heller.
   B) Esofagitis eosinofílica; el tratamiento inicial sería un IBP y si no hay respuesta se debe pasar a tratamientos de segunda línea.
   C) Estenosis péptica; dilatación con balón y IBP.
   D) Esófago en cascanueces; nitratos y toxina botulínica.

8. **Un paciente con esofagitis péptica severa no responde al tratamiento con IBP a dosis estándar. Se sospecha una esofagitis por cáusticos debido a antecedentes de ingesta accidental. ¿Cuál sería el abordaje inicial de la ingesta de cáusticos y cuál sería la complicación posible en este caso, a largo plazo?**

   A) Realizar una esofagoscopia de urgencia en las primeras 24 horas y tratar con corticoides para prevenir estenosis.
   B) Iniciar tratamiento con IBP a dosis altas y esperar 48 horas antes de cualquier exploración. La perforación es la complicación más importante a corto plazo.
   C) Realizar una endoscopia digestiva alta en las primeras 24-48 horas, evitando la instrumentación agresiva si hay lesiones extensas. Una complicación a largo plazo es la estenosis esofágica.
   D) Administrar un antídoto específico y realizar un tránsito baritado de forma inmediata.

9. ¿Qué prueba estaría indicada para el cribado de cáncer colorrectal en un paciente que reside en España, de 63 años, varón, sin antecedentes familiares de cáncer de colon?

A) Colonoscopia
B) Sigmoidoscopia
C) Test de sangre oculta en las heces
D) Colonografía por tomografía computarizada

10. ¿Qué intervención en el estilo de vida se recomienda para la prevención del cáncer colorrectal?

A) Aumentar el consumo de alcohol
B) Reducir la actividad física
C) Dejar de fumar
D) Evitar el consumo de fibra

11. ¿Cuál es la edad recomendada para iniciar el cribado de cáncer colorrectal en personas de riesgo medio?

A) 40 años
B) 45 años
C) 50 años
D) 55 años

12. Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la Enfermedad inflamatoria intestinal (EII) es VERDADERA:

A) La telemedicina no debe ser utilizada en pacientes con EII, dado el riesgo de complicaciones no detectadas en estos pacientes.
B) Las vacunas recomendadas en los pacientes con EII sólo deben ser administradas cuando se indica un tratamiento biológico.
C) La telemedicina permite abordar los problemas asociados a la EII, mejorando la accesibilidad de los pacientes y disminuyendo las tasas de hospitalización.
D) En los pacientes con EII se debe realizar profilaxis universal para tuberculosis con Isoniazida durante 6 meses.

13. En una paciente mujer de 58 años diagnosticado de Enfermedad de Crohn hace 20 años y de síndrome ansioso-depresivo hace 8 años, cuál de los siguientes enunciados es FALSO:

A) El riesgo de enfermedad tromboembólica venosa es elevado y debe vigilarse.
B) Se debería utilizar la escala SCORE2 para valorar su riesgo cardiovascular.
C) El riesgo de cardiopatía isquémica es bajo ya que es una mujer
D) El riesgo de enfermedad cardiovascular es mayor debido a la asociación de la enfermedad con ansiedad y depresión

14. En la aproximación inicial a un paciente con dispepsia no investigada, ¿cuál es la estrategia recomendada en pacientes menores de 55 años y sin signos de alarma?

A) Tratamiento empírico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) durante 4 semanas.
B) Gastroscopia de forma sistemática.
C) Estrategia "test and treat" para *Helicobacter pylori* con prueba del aliento con urea marcada con 13C.
D) Observación y medidas higiénico-dietéticas únicamente.

15. Respecto a los signos de alarma que justifican una gastroscopia inicial en pacientes con dispepsia no investigada, ¿cuál de los siguientes *NO* es considerado un signo de alarma principal?

A) Pérdida de peso inexplicada.
B) Disfagia u odinofagia.
C) Saciedad precoz y distensión postprandial aisladas.
D) Anemia ferropénica sin otra causa.

16. Un paciente con dispepsia funcional no ha respondido adecuadamente a un tratamiento inicial con IBP. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas se recomienda como siguiente paso, especialmente si predominan síntomas como distensión y saciedad precoz?

A) Aumento de la dosis de IBP.
B) Inicio de tratamiento con antidepresivos tricíclicos de forma empírica.
C) Administración de un procinético.
D) Sustituir IBP por anti-H2.

17. Para el diagnóstico de la infección por *H. pylori*, existen métodos invasivos y no invasivos. ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos invasivos se considera que ofrece la posibilidad de estudio de sensibilidades a antibióticos?

A) Test rápido de la ureasa.
B) Estudio histológico de la biopsia.
C) Cultivo.
D) Serología.

18. En el tratamiento erradicador de primera elección para *H. pylori*, ¿cuál es la duración recomendada de la terapia triple clásica?

A) 5 días.
B) 7 días.
C) 10 días
D) 14 días.

19. Un paciente es alérgico a la penicilina y requiere tratamiento erradicador de *H. pylori*. ¿Qué tipo de tratamiento de primera elección se recomienda para este grupo de pacientes?

A. Terapia triple con claritromicina, amoxicilina y un IBP.
B. Terapia triple con levofloxacino, metronidazol y un IBP.
C. Terapia cuádruple con bismuto, tetraciclina, metronidazol y un IBP.
D. Monoterapia con IBP a dosis altas.

20. En el seguimiento de una úlcera gástrica tras la erradicación de *H. pylori*, ¿qué actitud se recomienda para confirmar la curación y excluir malignidad?

A. Únicamente confirmar la erradicación de *H. pylori* mediante test del aliento.
B. Reevaluación endoscópica solo si los síntomas persisten.
C. Continuar con IBP a demanda.
D. Reevaluación endoscópica con toma de biopsias para confirmar la curación de la úlcera y la ausencia de malignidad.

21. ¿Cuál de las siguientes es una medida higiénico-dietética general recomendada en el manejo de la dispepsia funcional?

A. Consumo elevado de alimentos picantes para estimular la digestión.
B. Ingesta de grandes volúmenes de líquido con las comidas.
C. Evitar comidas copiosas y grasas, y abstenerse de fumar y beber alcohol.
D. Realizar una única comida al día para dar descanso al sistema digestivo.

22. En el contexto de la dispepsia no investigada, si los síntomas de un paciente menor de 55 años sin signos de alarma se han iniciado recientemente y el test de aliento no puede realizarse de forma inmediata, ¿qué abordaje terapéutico transitorio se podría considerar hasta la realización del test?

A. Iniciar directamente la terapia de erradicación de *H. pylori*.
B. Prescribir procinéticos a dosis bajas.
C. Administrar antiácidos o, si el control sintomático es inadecuado con antiácidos, un tratamiento con IBP durante 4 semanas.
D. Recomendar solo medidas higiénico-dietéticas.

23. En lo que se refiere a la relación médico-paciente en la dispepsia funcional. ¿Qué aspecto se considera fundamental en esta relación para el manejo del paciente?

A. Limitar la información al paciente para evitar ansiedad.
B. Centrarse únicamente en el tratamiento farmacológico.
C. Evitar cualquier mención a la naturaleza crónica del problema.
D. Proporcionar información adecuada sobre la naturaleza benigna y crónica de su problema de salud, y establecer una relación empática.

24. Respecto a la Calprotectina fecal, en cuál de las siguientes patologías es MENOS probable que se encuentre elevada:

A. Colitis Colágena
B. Gastroenteritis aguda
C. Cáncer colorrectal
D. Colitis por AINEs

25. ¿Qué grupo de medicamentos está contraindicado en un paciente de 52 años, diagnosticado de cirrosis hepática de origen enólico, en estadio B de Child, MELD 12 con ascitis?

A. Procinéticos.
B. Corticoides.
C. Antiinflamatorios no esteroideos.
D. Diuréticos.

26. Una paciente de 32 años refiere dolor abdominal recurrente durante los últimos 8 meses. El dolor se presenta al menos 3 días al mes en los últimos 3 meses, y se asocia con la defecación, notando una mejoría significativa tras evacuar. Además, experimenta una alternancia entre episodios de estreñimiento (heces tipo 1-2 en la escala de Bristol) y periodos de diarrea (heces tipo 6-7). No ha presentado pérdida de peso, sangrado rectal ni fiebre. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en relación con el diagnóstico de Síndrome del Intestino Irritable (SII) según los criterios de Roma IV?

A. La paciente cumple los criterios para SII con predominio de estreñimiento (SII-E)
B. El diagnóstico de SII no puede establecerse debido a la alternancia de patrones, lo que sugiere un SII no clasificable.
C. Se requiere una colonoscopia de forma urgente antes de establecer cualquier diagnóstico funcional.
D. La paciente cumple los criterios de SII de tipo mixto (SII-M) dada la asociación del dolor con la defecación y la alteración en la frecuencia y forma de las deposiciones.

27. Un varón de 48 años con diagnóstico previo de SII con predominio de diarrea, estable durante años, consulta por un cambio reciente en su patrón de deposiciones, ahora con heces muy líquidas y nocturnas, además de una pérdida de peso de 5 kg en el último mes. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

A. La presencia de diarrea nocturna es un signo de alarma que requiere investigación.
B. La pérdida de peso inexplicada es un signo de alarma que justifica estudios adicionales.
C. Dada su edad y el cambio en los síntomas, se debe considerar una colonoscopia.
D. Estos nuevos síntomas son típicos de una exacerbación del SII y no requieren investigación adicional si la calprotectina fecal es normal.

28. Paciente femenina de 28 años con síntomas sugestivos de SII con predominio de diarrea (SII-D). No presenta signos de alarma. Tras una historia clínica detallada y exploración física normal, ¿cuál de las siguientes pruebas diagnósticas es la **MÁS INDICADA como paso inicial según la guía para el algoritmo de SII-D?**

A. Colonoscopia total con biopsias aleatorias.
B. Serología para enfermedad celíaca.
C. Prueba de aliento con lactosa y fructosa.
D. Calprotectina fecal para descartar Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII).

29. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

A. Es frecuente que los pacientes con SII presenten también síntomas de dispepsia funcional.
B. Puede existir solapamiento entre SII con estreñimiento (SII-E) y el estreñimiento funcional (EF), siendo difícil su diferenciación.
C. El concepto de trastornos funcionales como un "espectro continuo" facilita el diagnóstico diferencial.
D. Un paciente diagnosticado de SII-D nunca puede presentar pirosis o saciedad precoz.

30. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la VERDADERA respecto al tratamiento dietético del Síndrome de Intestino Irritable?

A. La dieta sin gluten se recomienda de forma sistemática en todos los pacientes con SII-D, ya que mejora la calidad de vida.
B. No se recomienda de forma sistemática dieta sin gluten, debido a la falta de evidencia robusta de su eficacia comparada con otras medidas dietéticas, las dificultades de adherencia y el coste.
C. Solo se recomienda la dieta sin gluten en pacientes con SII-D que también presentan síntomas dermatológicos.
D. La dieta sin gluten es la primera línea de tratamiento dietético en todos los casos de SII-D.

31. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las características del dolor abdominal en el Síndrome del Intestino Irritable es INCORRECTA?

A. Es un síntoma exigido para el diagnóstico de SII.
B. Puede ser de tipo cólico o constante.
C. Siempre tiene una localización fija en el hemiabdomen inferior.
D. Su intensidad puede modificarse con la defecación o las ventosidades.

32. Un paciente de 60 años ha sido diagnosticado de SII con predominio de estreñimiento (SII-E) hace 10 años y se ha mantenido estable con manejo dietético y laxantes osmóticos. No ha experimentado cambios en sus síntomas, ni aparición de datos de alarma. Su último cribado de cáncer colorrectal (CCR) fue hace 7 años y resultó normal. ¿Qué actitud se recomienda en el seguimiento de este paciente?

A. Realizar una colonoscopia de control cada 5 años debido a su diagnóstico de SII.
B. No se recomienda ningún control adicional, ya que el paciente está estable y sin signos de alarma.
C. Se recomienda control adicional solo si cumple criterios poblacionales de cribado de CCR por edad o antecedente familiar.
D. Se debe realizar una calprotectina fecal anual como cribado de EII.

33. Paciente de 69 años, mujer, cirrosis VHC con RVS en abril 2017. Presenta una lesión en el hígado de 4,3 cm con características compatibles con hepatocarcinoma. En la gastroscopia tiene varices esofágicas grado II y el MELD es 11. ¿Cuál es el manejo más adecuado para la paciente?:

A) Iniciar estudio pretrasplante por cirrosis con Hepatocarcinoma con criterios de Milan
B) Tratamiento con Radiofrecuencia de la lesión dada la edad de la paciente
C) Tratamiento con TACE y tratamiento sistémico
D) Tratamiento quirúrgico del tumor dada la edad de la paciente y MELD inferior a 12

34. ¿Qué grupo de medicamentos puede reducir la presión del esfínter esofágico inferior (EEI) y, por lo tanto, agravar los síntomas de la ERGE?

A) Procinéticos.
B) Antiácidos.
C) Teofilina.
D) Inhibidores de la bomba de protones (IBP).

35.- Mujer de 52 años, asintomática, presenta elevación aislada de fosfatasa alcalina (FA) a 3x el límite superior en un chequeo rutinario. No tiene prurito, ictericia ni síntomas de enfermedad hepática. La ecografía abdominal es normal. Los anticuerpos antimitocondriales (AMA) son positivos a título 1:640, con patrón M2. La elastografía hepática muestra rigidez de 7.5 kPa (F0-F1). ¿Cuál es el siguiente paso MÁS adecuado para confirmar el diagnóstico de CBP?

A) Biopsia hepática para evaluar daño de conductos biliares y descartar solapamiento.
B) Colangiografía por RM para descartar colangitis esclerosante primaria (CEP).
C) Repetir AMA en otro laboratorio para confirmar especificidad.
D) Iniciar seguimiento sin más pruebas, dado que AMA M2+ y FA elevada son diagnósticos de CBP.

36. Un paciente de 72 años con cirrosis por VHC y hepatocarcinoma (HCC) dentro de criterios de Milán es evaluado para trasplante hepático. ¿Cuál de los siguientes hallazgos lo excluiría como candidato?

A) La edad de 72 años.
B) Índice de MELD de 18.
C) Ha sido diagnosticado de miocardiopatía con hipertensión pulmonar.
D) Infección activa por VIH controlada con Terapia Antiretroviral.

37.- ¿Cuál de las siguientes pruebas NO es típica de Colangitis Biliar Primaria?

A) AMA positivo
B) Biopsia hepática con infiltrado linfocitario portal y destrucción de conductillos biliares
C) Elevación de GOT y GPT por encima de 200
D) Elevación de fosfatasa alcalina > 1.5 veces el límite normal

38.- Señale la respuesta FALSA en relación con el sobrecrecimiento bacteriano intestinal (SIBO):

A) Es el síndrome clínico producido por la detección de > 10^3 unidades formadores de colonias bacterianas (UFC) / ml, de predominio coliforme, en el cultivo del aspirado de intestino delgado.
B) El test del hidrógeno espirado con lactulosa o glucosa es considerado el *gold* estándar para su diagnóstico.
C) La rifaximina mejora los síntomas y normaliza el test del aire con lactulosa en aproximadamente el 70% de pacientes con SIBO.
D) La distensión abdominal y la diarrea son los síntomas más frecuentes en esta patología.

39.- En las siguientes condiciones debe considerarse la administración profiláctica de suplementos de vitamina B12, EXCEPTO:

A) Gastritis atrófica
B) Historia familiar de anemia perniciosa
C) Después de una cirugía bariátrica
D) Diabéticos en tratamiento crónico con Metformina

40.- ¿Qué recomendaría a un paciente caucásico que acude a su consulta por presentar flatulencia, borborigmos y diarrea cuando ingiere productos lácteos?:

A) Eliminar por completo la leche y derivados, especialmente el queso y yogures, de la dieta.
B) Confirmar que es portador del polimorfismo T/T-13910 o C/T-13910 de intolerancia a la lactosa.
C) Descartar causas secundarias de deficiencia de lactasa, como la enfermedad celiaca.
D) Añadir enzimas sustitutivas de lactasa endógena a la dieta con lactosa.

41.- Finalmente, al paciente del caso anterior decidió solicitarle un test que confirmase que presentaba una malabsorción de la lactosa. Señale la respuesta VERDADERA:

A) El test del hidrógeno en el aliento con lactosa permite confirmar la malabsorción y también la intolerancia a la lactosa.
B) La prueba de la gaxilosa requiere la presencia de bacterias productoras de hidrógeno en el colon para ser positiva.
C) En la mayoría de los casos requiere una biopsia duodenal y cuantificación de la actividad enzimática en tejido.
D) El paciente presenta síntomas y es portador del polimorfismo T/T-13910, por lo que no requiere más pruebas.

42.- ¿Qué estudio indicaría en primer lugar ante la sospecha de un sangrado digestivo procedente de intestino delgado si el paciente está hemodinámicamente estable?:

A) Enteroscopia asistida por dispositivo
B) Angio-TC (tomografía computarizada)
C) TC-enterografía / enteroclisis
D) Cápsula endoscópica

43.- ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable en un sujeto con HLA clase II HLADQ2-DQ8, serología de enfermedad celiaca-EC negativa y atrofia vellositaria duodenal que mejora con la dieta libre en gluten?

A) EC potencial
B) EC seronegativa
C) Enteropatía autoinmune
D) EC ultracorta

44.- Señale entre los siguientes qué factor favorece el desarrollo de enfermedad hepática grasa relacionada con alcohol:

A) Sexo masculino
B) Aumento de la grasa subcutánea
C) Gastrectomía
D) Aumento en la actividad de la acetaldehído-deshidrogenasa

45.- ¿Qué recomendaciones le daría a una mujer de 64 años con un síndrome metabólico e IMC 38 Kg/m^2 que sigue tratamiento con atorvastatina, losartán y metformina, y que presenta una hepatomegalia hiperecogénica en una ecografía?:

A) Dieta hipocalórica con suplementos de grasas saturadas
B) Evitar el consumo de >3 tazas de café/día
C) Retirar la estatina por su riesgo de hepatotoxicidad
D) Cambiar el antidiabético a un incretín mimético, como la semaglutida

46.- ¿Qué herramienta utilizaría para diagnosticar una esteatohepatitis en un paciente con obesidad y aumento de la ecogenicidad hepática?:

A) Índice de elasticidad (FibroScan)
B) Biopsia hepática
C) Marcadores serológicos FIB 4 y/o NFS (non alcoholic fatty liver index)
D) Resonancia magnética hepática.

47.- La paciente del caso anterior acude a Urgencias por ictericia de 3 días de evolución, malestar general y fiebre de 38 grados. Anamnesis: consumo habitual de 6-7 cervezas/día, habiendo aumentado las últimas 6 semanas (1 cubalibre de whisky diario). Analítica: GOT/AST 350 UI/L (normal < 33); GPT/ALT 150 UI/L (moral <36); Bilirrubina 5 mgr/dl (normal <1); T. Protrombina 90%; albúmina 3,4 g/dl (normal >3.4); leucocitos 12.000 / mm3; PCR 10 ng/ml (normal <0.5) Señale su sospecha diagnóstica:

A) Esteatohepatitis metabólica (MASH)
B) Hepatitis alcohólica aguda
C) Hepatotoxicidad por sinergismo de estatina y alcohol
D) Cirrosis hepática de causa dual (Met-ALD).

48.- ¿Cuál de estos fármacos ha demostrado eficacia para el tratamiento de la enfermedad hepática grasa metabólica-MASLD?:

A) Alosetrón
B) Remestirom
C) Ácido obeticólico
D) Vitamina E

49.- ¿Cuál de las siguientes enfermedades NO se relaciona con la enfermedad hepática grasa metabólica-MASLD?:

A) Pancreatitis crónica
B) SAO (síndrome de apnea obstructiva del sueño)
C) Enfermedad renal crónica
D) Psoriasis

50.- Las siguientes son opciones terapéuticas de la hepatitis alcohólica aguda grave EXCEPTO:

A) Pentoxifilina + corticoides
B) N-acetil-cisteína intravenosa + corticoides
C) Trasplante hepático
D) Nutrición enteral

51.- Los siguientes son métodos no invasivos para detectar la fibrosis hepática en pacientes con enfermedad hepática grasa metabólica EXCEPTO uno, señálelo:

A) FIB 4;
B) MELD score
C) Índice de elasticidad hepática (FibroScan)
D) NFS (non-alcholic fatty liver index).

52.- Le consulta un amigo porque en una ecografía abdominal le han detectado una esteatosis hepática severa. Está preocupado por sus posibles causas y consecuencias. Señale qué información debería proporcionarle:

A) La causa más frecuente es la infección por el virus de la hepatitis C;
B) Debe disminuir la ingesta de alcohol a un rango seguro;
C) Puede asociarse a una diabetes mellitus tipo 3c
D) Tiene mayor riesgo cardiovascular.

53.- El factor patogénico clave en la enfermedad hepática grasa metabólica es:

A) La resistencia a la insulina
B) El estímulo del eje angiotensina-aldosterona
C) El acetaldehído
D) La inducción del citocromo CYP2E1

54.- Mujer de 60 años que ingresa por ictericia y fiebre. Analítica: Hemoglobina 11 gr/dl, leucocitos 12.000/mm3 VCM 102 fl (moral <80), AST 300 UI/L (normal <33), ALT 100 UI/L (normal < 36), GGT 200 UI/L (normal <48), Fosfatasa alcalina 75 UI/L (normal <140), Bilirrubina 6 mg/dl (normal <1), ferritina 600 ng/ml (normal <300), IST 25%. Ecografía: hígado atrófico con borde nodular y colelitiasis, sin otras alteraciones. Señale su sospecha diagnóstica:

A) Hepatitis alcohólica aguda
B) Ictericia obstructiva
C) Enfermedad hepática grasa no alcohólica
D) Hemocromatosis hereditaria

55.- Con respecto al caso anterior, ¿qué medida tomaría inicialmente?:

A) Biopsia hepática;
B) Descartar un foco infeccioso
C) Colecistectomía
D) Iniciar tratamiento con prednisolona

56.- Mujer de 40 años que acude a Urgencias por dolor abdominal. Analítica: Hematocrito 35%; leucocitos 12.000/mm3; amilasa 850 UI/l (normal <140) Ecografía abdominal: colelitiasis. Resto de abdomen no valorable por meteorismo. En el diagnóstico diferencial del cuadro descrito incluiría las siguientes posibilidades EXCEPTO:

A) Pancreatitis aguda biliar
B) Apendicitis
C) Macroamilasemia
D) Salpingitis.

57.- La terapia con suplementos de enzimas pancreáticas está indicada en las siguientes situaciones EXCEPTO:

A) Páncreas divisum asociado a diarrea, flatulencia y pérdida de peso.
B) Adenocarcinoma de cabeza de páncreas
C) Grasas en heces >7 gr/día
D) Elastasa fecal <100 µg/g.

58.- Con respecto al tratamiento de soporte de la pancreatitis aguda, señale la CORRECTA:

A) Debe mantenerse dieta absoluta las primeras 24-48 horas
B) Los sueros deben restringirse para evitar un tercer espacio y el aumento de la presión intraabdominal
C) No está indicado el uso de antibiótico profiláctico en caso de formarse una colección necrótica encapsulada (WON)
D) La nutrición parenteral es beneficiosa al prevenir la traslocación bacteriana

59.- Según la clasificación más utilizada de la gravedad de la pancreatitis aguda-PA (Atlanta 2012), señale la asociación VERDADERA:

A) PA leve – pseudoquiste
B) PA grave – fallo orgánico transitorio
C) PA leve – colección líquida
D) PA moderadamente grave – colección necrótica encapsulada (WON).

60.- Señale cuándo debe planearse la colecistectomía en un paciente con pancreatitis aguda (PA) biliar:

A) Antes de la CPRE en caso de coledocolitiasis
B) Durante el mismo ingreso si la PA es leve
C) Urgente en caso de PA grave
D) Tras dos episodios de PA por esta causa.

61.- Mujer de 60 años con epigastralgia irradiada a espalda de 2 meses de evolución. Ecografía abdominal: sospecha lesión pancreática. Resonancia magnética con secuencia colangiográfica: lesión quística (LQ) de 15 mm en cabeza del páncreas. Relacionando características y tipo de LQ más probable, señale la respuesta VERDADERA:

A) Comunicación con el conducto de Wirsung - Neoplasia mucinosa papilar intraductal de rama
B) Forma de panal de abeja+calcificación central - Neoplasia quística mucinosa
C) Contenido necrótico – Pseudoquiste
D) Proyecciones papilares vascularizadas en su interior (Doppler)- Cistoadenoma seroso.

62.- Mujer de 34 años que ingresa por una pancreatitis aguda biliar. A las 24 horas presenta un índice pronóstico BISAP de 3 puntos. Este cálculo resulta de la suma de:

A) Leucocitos>12.000 + fiebre + taquicardia
B) SRIS + BUN>25 mg/dl + derrame pleural
C) Edad >60 años + plaquetas >350.000/mm^3 + obnubilación
D) Colangitis biliar + taquipnea + hipoxemia.

63.- Señale qué dato entre los siguientes le haría sospechar una pancreatitis del surco en un varón de 50 años:

A) Elevación de IgG4
B) Enfermedad inflamatoria intestinal
C) Hepatopatía relacionada con alcohol
D) Calcificaciones pancreáticas.

64.- ¿Qué hallazgo le animaría a enviar a un paciente con una lesión quística al cirujano?:

A) Dilatación del conducto pancreático principal
B) Morfología de rama
C) Amilasa elevada en el líquido
D) Tamaño >1 cm

65.- Con respecto a las pruebas de imagen en la pancreatitis aguda, señale la respuesta FALSA:

A) Debe realizarse una ecografía abdominal en las primeras 24-48h
B) La TAC con contraste es el “gold standard” para el diagnóstico y debe realizarse en todos los pacientes
C) La CPRE está indicada de forma urgente en caso de colangitis aguda
D) La CRM permite diagnosticar anomalías del desarrollo que causen pancreatitis aguda.

66.- Varón de 65 años, sin hábitos tóxicos ni otros de interés. Ingresa por ictericia obstructiva y dolor abdominal. TAC abdominal: aumento de la cabeza pancreática en forma de “seudomasa” y estenosis del colédoco intrapancreático. ¿Cuál sería su enfoque diagnóstico?

A) Cuantificar IgM en plasma
B) Biopsia intraoperatoria
C) Ecoendoscopia y PAAF de la seudomasa
D) Mantoux y radiografía de tórax

67.- Revisado detenidamente el TAC del enfermo del caso anterior, el radiólogo añade la presencia de fibrosis retroperitoneal. ¿Cuál sería el diagnóstico MÁS probable?

A) Adenocarcinoma pancreático
B) Pancreatitis autoinmune
C) Pancreatitis hereditaria
D) Tuberculosis pancreática.

68.- Señale qué característica de las siguientes sugiere el diagnóstico de diabetes mellitus tipo 3c:

A) Elastasa fecal >100
B) Episodios recurrentes de hipoglucemia
C) Anticuerpos anti islotes pancreáticos
D) Aumento de los niveles plasmáticos de insulina y péptido C

69.- Las siguientes son situaciones que requieren un cribado y/o seguimiento por asociarse a mayor riesgo de cáncer de páncreas EXCEPTO:

A) Neoplasia quística mucinosa papilar intraductal
B) Pancreatitis crónica asociada a la mutación del gen PRSS1 (tripsinógeno catiónico)
C) Diabetes Mellitus tipo 2
D) ≥ 2 familiares de primer grado con cáncer de páncreas

70.- Paciente remitido a su consulta por hallazgo incidental de un quiste pancreático en una resonancia magnética abdominal. Por su mayor frecuencia, ¿qué tipo de lesión quística esperaría encontrar?

A) Neoplasia mucinosa papilar intraductal de rama secundaria
B) Quiste simple linfoepitelial
C) Pseudoquiste
D) Cistoadenoma seroso

PREGUNTAS DE RESERVA

71.- Acude a su consulta un paciente de 55 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, con el informe de una colonoscopia en el que se describe una lesión 0-Is Kudo IIIL de 8 mm en colon ascendente, que se reseca con asa fría, y 4 lesiones 0-IIa Kudo II de 3-4 mm en recto. El motivo de petición fue estreñimiento, la colonoscopia completa hasta ciego y la preparación adecuada. El resultado histopatológico del pólipo resecado está pendiente. Señale la respuesta VERDADERA:

A) En caso de confirmarse el diagnóstico óptico, el seguimiento debe realizarse con determinación de sangre oculta en heces a los10 años.
B) Debe revisarse la cicatriz del pólipo resecado a los 6-12 meses.
C) Si la resección ha sido completa, debe repetirse la colonoscopia en 3 años.
D) Requiere evaluación en consultas específicas por tratarse de una situación de alto riesgo.

72.- De acuerdo con las recomendaciones actuales sobre la resección endoscópica de pólipos colorrectales, señale la respuesta VERDADERA:

A) Los pólipos 5 mm deben resecarse con una pinza fría de biopsia para evitar la inclusión de tejido perilesional.
B) El uso de clips profilácticos previene el sangrado post-polipectomía en lesiones > 20 mm de colon derecho.
C) Debe inyectarse tatuaje endoscópico en pólipos con sospecha de invasión submucosa localizados en ciego y recto.
D) En caso de lesiones resecadas parcialmente y/o de mayor tamaño, la coagulación con plasma de Argón de los márgenes previene la recurrencia.

73.- En las siguientes condiciones sospecharía un síndrome de poliposis de colon familiar EXCEPTO:

A) Edad menor de 60 años y ≥ 10 adenomas de colon.
B) Mutación MUTYH y < 100 adenomas de colon.
C) Pigmentación perioral y > 2 pólipos hamartomatosos de colon.
D) > 5 pólipos serrados ≥ 10 mm proximales al sigma.

74.- Paciente de 50 años con síndrome metabólico, nefropatía diabética avanzada y cardiopatía isquémica antigua, sin stent coronario. Medicado con antidiabéticos (semaglutida, metformina) y doble antiagregación (ácido acetil salicílico y clopidogrel). Acude a su consulta por sospecha de pólipo en sigma en una prueba de imagen, motivo por el que usted solicita una colonoscopia. Señale qué recomendación para la preparación del procedimiento NO le parece ADECUADA en este caso:

A) Ajustar la medicación antidiabética por riesgo de acidosis láctica, de hipoglucemia y de obtener una preparación <2 en algún tramo del colon (clasificación de Boston).
B) Incrementar la dieta con fibra (>10 gr) el día antes de la prueba.
C) Retirar el Clopidogrel 7 días antes y reintroducirlo 1-2 días después, manteniendo el AAS si tiene indicación cardiológica.
D) Aconsejar una preparación con solución electrolítica polietilenglicol (PEG-ES), evitando aquellas con aditivos como ascorbato o citrato.

75.- Le consulta un compañero preocupado por el diagnóstico reciente de un cáncer de colon derecho a una de sus hermanas de 45 años. Señale la información CORRECTA que le proporcionaría:

A) No tiene mayor riesgo familiar, por ser un único familiar de primer grado.
B) Le recomienda un test de sangre oculta en heces y una colonoscopia en caso de ser positivo.
C) Debe determinarse la presencia o ausencia de expresión de proteínas reparadoras de ADN en el tejido tumoral del familiar diagnosticado de CCR.
D) Requiere un estudio de mutaciones germinales de los genes APC y MUTYH.