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

HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA

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. El déficit de CD59 y CD55 en la superficie de los eritrocitos HPN es una consecuencia directa de la mutación en PIG-A y provoca:

A) Un aumento en la capacidad de los eritrocitos para transportar oxígeno
B) Un estado pro-coagulante debido a la activación persistente de la vía clásica del complemento
C) Desprotección ante la activación persistente de la vía alternativa del complemento produciendo hemólisis intravascular
D) La eliminación selectiva de los eritrocitos más jóvenes

2. La fatiga intensa, disfagia, dolor abdominal y disfunción eréctil en pacientes con hemoglobinuria paroxística nocturna son síntomas que pueden estar asociados a:

A) La depleción de óxido nítrico secundaria a la hemólisis crónica
B) Efectos adversos de los tratamientos anti-complemento
C) El crecimiento del clon HPN en médula ósea
D) La sobrecarga de hierro en órganos vitales

3. ¿Cuál es el principal mecanismo de acción de la hidroxiurea en el tratamiento de la anemia drepanocítica?:

A) Aumentar la producción de hemoglobina fetal (HbF) para interferir con la polimerización de la Hemoglobina S.
B) Disminuir la cantidad de hemoglobina A_2 (HbA_2)
C) Aumentar la producción de hemoglobina A (HbA)
D) Incrementar la rigidez de los hematíes falciformes

4. ¿Qué estudio es imprescindible realizar en el aspirado de médula ósea para valorar los depósitos de hierro medular y realizar el recuento porcentual de sideroblastos en los síndromes mielodisplásicos?:

A) Tinción panóptica (tipo May-Grünwald Giemsa)
B) Citometría de flujo
C) Tinción de Perls
D) Hibridación in situ fluorescente (FISH)

5. ¿Cuál es el tratamiento de elección para pacientes con Síndromes mielodisplásicos con deleción 5q aislada, dependencia transfusional con baja probabilidad de respuesta a agentes estimuladores de la eritropoyesis (AEE) o tras fracaso de ellos?:

A) Azacitidina
B) Luspatercept
C) Lenalidomida
D) Quimioterapia intensiva

6. En qué grupo de pacientes con diagnóstico de policitemia Vera existe indicación de tratamiento con ruxolitinib:

A) En pacientes resistentes o intolerantes a hidroxiurea
B) En todos los pacientes al diagnóstico
C) Solo en los pacientes con esplenomegalia masiva
D) En pacientes que requieren flebotomías frecuentes independientemente del tratamiento previo

7. ¿Cuáles son los criterios diagnósticos de la Organización Mundial de la Salud en relación con los valores de hemoglobina (Hb) o hematocrito (Hct) en varones con Policitemia Vera?

A) Hb > 15 g/dl o Hct > 46%
B) Hb > 16 g/dl o Hct > 48%
C) Hb > 16,5 g/dl o Hct > 49%
D) Hb > 17 g/dl o Hct > 50%

8. Según la estratificación clásica del riesgo de trombosis en Policitemia Vera definida por la European LeukemiaNet, ¿cuáles son los factores principales para clasificar a un paciente como de "alto riesgo"?

A) Presencia de la mutación *JAK2V617F* y esplenomegalia
B) Leucocitosis persistente y los altos requerimientos de flebotomías
C) Tener 60 años o más de edad y/o una historia previa de trombosis
D) La existencia de prurito acuagénico refractario y mutaciones en TP53

9. ¿Cuál de los siguientes factores se asocia a un mayor riesgo de progresión a mielofibrosis en pacientes con Policitemia Vera?

A) Una carga alélica de la mutación *JAK2V617F* superior al 50%
B) Ausencia de leucocitosis
C) Pacientes que requieren flebotomías frecuentes independientemente del tratamiento previo
D) Edad del paciente superior a los 65 años

10. ¿Cuál es la dosis de inicio recomendada de luspatercept y su vía de administración en pacientes con talasemia dependiente de transfusión?

A) 1,5 mg/kg una vez al mes por vía intravenosa
B) 1 mg/kg una vez cada 3 semanas por vía subcutánea
C) 0,8 mg/kg una vez a la semana por vía oral
D) 1,25 mg/kg cada 2 semanas por vía subcutánea

11. ¿Qué indicaciones de terapia CAR-T están financiadas actualmente en España para el tratamiento de linfomas no hodgkin B?

A) Axi-cel como tratamiento de 2ª línea en pacientes con linfoma B de alto grado refractario o en recaída precoz.
B) Brexu-cel como tratamiento de 3ª línea en pacientes con linfoma de células del manto tras 2 líneas de tratamiento independientemente de si han recibido un inhibidor de BTK previamente
C) Axi-cel como tratamiento de 2ª línea en linfoma folicular en recaída.
D) Tisa-cel como tratamiento de 2ª línea en pacientes con linfoma B difuso de célula grande refractario o en recaída precoz.

12. Varón de 56 años diagnosticado de linfoma B difuso de célula grande en recaída tras 2 líneas de tratamiento que ingresa para la infusión de CAR-T con Axi-cel. A las 24 horas de la infusión presenta pico febril de 38.5ºC, saturación de O2 del 98% y tensión arterial de 80/40 que remonta con sueroterapia:

A) Se trata de un síndrome de liberación de citocinas grado 2.
B) Se trata de un síndrome de liberación de citocinas grado 3.
C) Habría que descartar causa infecciosa.
D) A y C son correctas.

13. Mujer de 23 años diagnosticada de leucemia mieloblástica aguda en el día +8 de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos de donante no emparentado. Trombopenia grave con refractariedad plaquetaria y necesidad de transfusiones de plaquetas cada 12 horas. Deterioro de la función renal progresivo, con creatinina en aumento desde 0.7mg/dl en el día +5 a 2.3mg/dl en el día +8. Bilirrubina total de 1.3mg/dl. LDH 3 veces por encima del límite superior de la normalidad. Sobrecarga hídrica leve, con aumento de un 2% de peso corporal sobre situación basal. Frotis de SP con 5% esquistocitos. Proteinuria con cociente albúmina/creatinina 30mg/g. Ausencia de resultados de productos de activación del complemento (sC5b-9) y ADAMTS13 e imposibilidad para realizar biopsia renal por trombopenia. ¿Cuál crees que es el diagnóstico más probable?

A) Enfermedad veno-oclusiva hepática.
B) Microangiopatía trombótica.
C) Enfermedad injerto contra receptor aguda.
D) HTA maligna.

14. ¿Cuál es la principal indicación del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos en adultos?

A) Linfoma B difuso de célula grande en 2ª recaída.
B) Leucemia mieloide aguda de alto riesgo en 1ª remisión completa.
C) Mielofibrosis primaria DIPPS plus alto riesgo.
D) Leucemia linfoblástica aguda T en 1ª remisión completa.

15. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un paciente con enfermedad injerto contra receptor aguda grado 3 refractaria a esteroides?
A) Ruxolitinib.
B) Imatinib.
C) Belumosudil.
D) Ciclosporina.

16 ¿Cuál de las siguientes alteraciones genéticas confiere peor pronóstico en el linfoma B difuso de célula grande?

A) Translocación t(11;14).
B) Reordenamiento de BCL2 y MYC.
C) Deleción 13q.
D) Mutación del gen TP53.

17. ¿Qué tratamiento plantearías para un paciente de 75 años ECOG 1 con linfoma B difuso de célula grande en recaída tras 2 líneas de tratamiento incluyendo la terapia CAR-T?

A) Epcoritamab.
B) Inmunoquimioterapia.
C) Tratamiento paliativo.
D) Tafasitamab-Lenalidomida.

18.La WHO 2022 incluye dentro de los linfomas B de célula grande:

A) Linfoma mediastínico primario y linfoma B difuso de célula grande NOS.
B) Linfoma B difuso de célula grande NOS y linfoma burkitt.
C) Linfoma alto grado NOS y linfoma linfoplasmocítico.
D) Linfoma plasmablástico y linfoma burkitt.

19. Varón de 60 años que acude a Urgencias por pancitopenia y esplenomegalia gigante. Presenta linfocitosis periférica fosfatasa ácida tartrato-resistente y mutación de la proteína BRAF V600E. El diagnóstico más probable es:

A) Leucemia linfoma T del adulto
B) Tricoleucemia
C) Linfoma de la zona marginal con expresión hemoperiférica
D) Leucemia linfocítica crónica

20. Las actuales guías del Grupo Español de Leucemia Linfoide Crónica (GELLC) establecen el tratamiento a seguir basado en la presencia de mutaciones del gen TP53/deleción 17p Y de:

A) Cariotipo complejo
B) Mutación de NOTCH1
C) Deleción 13q
D) Mutaciones del gen IGHV

21. Señale lo VERDADERO respecto a la leucemia prolinfocítica:

A) La leucemia prolinfocítica B expresa C-MYC en un porcentaje bajo de casos
B) El tratamiento de elección en la leucemia prolinfocítica B es el alemtuzumab
C) La leucemia prolinfocítica T presenta habitualmente un fenotipo T colaborador (CD3+, CD4+, CD8-)
D) Tanto la leucemia prolinfocítica B y T se incluyen tanto en las nuevas clasificaciones de 2022 de la Organización Mundial de la Salud y de la Clasificación de Consenso Internacional

22. ¿Cuál de los siguientes fármacos utilizados en el mieloma múltiple NO se dirige frente a BCMA?

A) Teclistamab
B) Talquetamab
C) Idecabtagén vicleucel (ide-cel)
D) Elranatamab

23. De los siguientes, ¿cuál NO es un agente quimioterápico alquilante?

A) Cisplatino
B) Ifosfamida
C) Melfalán
D) Fludarabina

24. Paciente de 81 años recaído en cuarta línea de mieloma múltiple y al que se pretende iniciar tratamiento con teclistamab. Se le han efectuado serologías frente a CMV, virus hepatotropos y VIH que han resultado negativas. ¿Cuál de las siguientes estrategias de profilaxis anti-infecciosa NO se plantearía?

A) Entecavir
B) Vacunación frente a gripe, herpes varicela zoster, SARS-CoV-2 y gérmenes encapsulados, entre otras
C) Cotrimoxazol
D) Aciclovir

25. ¿Cuál de las siguientes alteraciones citogenéticas es de mejor pronóstico en el mieloma múltiple?

A) t (11;14)
B) t (4;14)
C) t (14;16)
D) amplificación 1q

26. Paciente de 18 años con diagnóstico de linfoma de Burkitt, estadio IV. Se inicia tratamiento quimioterápico y a las 24 horas presenta nauseas, dolor abdominal, oliguria, sensación de palpitaciones y somnolencia. En la analítica destaca, hiperuricemia e hiperpotasemia. En el electrocardiograma (ECG), onda T picuda y ensanchamiento del QRS. Señale cuál de las siguientes es FALSA:

A) Antes estos hallazgos se debe sospechar un síndrome de lisis tumoral agudo
B) En el caso de ser un síndrome de lisis tumoral, se detectaría hipopotasemia
C) Si se sospecha síndrome de lisis tumoral, se aconseja entre otras medidas, hidratación endovenosa intensa, suspender alopurinol e iniciar rasburicasa
D) Hay que realizar ECG seriados y vigilar diuresis

27. Qué entidades de las siguientes, se deben excluir para diagnosticar una Púrpura Trombocitopénica inmune (PTI):

A) Trombocitopenias centrales, leucemias, síndromes mieloproliferativos, síndromes mielodisplásicos…
B) Trombocitopenias hereditarias
C) Trombocitopenias inmunes secundarias: lupus, VIH, hepatitis B, hepatitis C
D) Todas las anteriores

28. Todos estos fármacos pueden producir Trombopenia inducida por heparina, EXCEPTO:

A) Enoxaparina
B) Bemiparina
C) Bivalirudina
D) Heparina no fraccionada

29. En un paciente con hallazgos de test de Coombs directo positivo y trombopenia, sospecharíamos:

A) Coagulación intravascular diseminada (CID)
B) Síndrome de Evans
C) Síndrome hemolítico urémico (SHU)
D) Purpura trombótica trombocitopénica (PTT)

30. Mujer de 16 años con diagnóstico conocido de enfermedad de Von Willebrand (EVW) tipo 2B con criterios de severidad (actividad de ristocetina del 10%), remitida por metrorragias y anemización secundaria que precisa hierro oral. ¿Cuál sería la actitud más recomendada en esta paciente?

A) Consensuar con la paciente y ginecología las mejores opciones de tratamiento hormonal
B) Planteamiento de pauta de profilaxis con factor de Von Willebrand
C) Control de sangrado menstrual exclusivamente con Amchafibrin (ácido tranexámico)
D) Tanto la opción A como la B son válidas

31. Una paciente con hemofilia adquirida A presenta una hemorragia cerebral espontánea y un título de inhibidor de 35 UB (unidades Bethesda). Se inicia tratamiento con rFVIIa pero presenta trombosis en arteria cerebral media. En este caso, ¿cuál sería la mejor estrategia terapéutica?

A) Suspender rFVIIa y administrar plasmaféresis seguido de altas dosis de factor VIII recombinante
B) Rotar a FEIBA a dosis reducidas y administrar emicizumab para reducir el riesgo trombótico
C) Continuar rFVIIa a menor dosis y añadir heparina de bajo peso molecular como tromboprofilaxis
D) Suspender rFVIIa, iniciar terapia inmunosupresora con Rituximab y considerar susoctocog alfa (rpFVIII porcino) como agente hemostático

32. ¿Qué pruebas pediría ante una sospecha de enfermedad de Von Willebrand?

A) Test de obturación o PFA
B) Actividad de Factor Von Willebrand
C) Niveles de Factor VIII
D) Todas ellas

33. ¿Cuál de los siguientes factores de la coagulación pueden estar descendidos en la amiloidosis?

A) Factor X
B) Factor XIII
C) Factor VII
D) Factor V

34. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

A) El peso molecular del factor IX es de 55 Kda
B) La hemofilia B es una enfermedad que transmiten las mujeres, pero la padecen los hombres
C) La incidencia de inhibidores en Hemofilia B severa es del 25-30%
D) Los defectos genéticos más frecuentes son las mutaciones missense

35. ¿Cuál es el tratamiento que suelen recomendar la mayoría de las guías en pacientes con trombosis en el contexto de neoplasia de recto no intervenida?

A) AVK (antivitamina K)
B) AAS (ácido acetilsalicílico)
C) ACOD (anticoagulantes orales de acción directa)
D) HBPM (heparina de bajo peso molecular)

36. Mujer de 68 años de edad, con un peso de 60 Kg, filtrado glomerular estimado de 40 ml/min. Se le diagnostica de tromboembolismo pulmonar probablemente idiopático y hemodinámicamente estable. Tras 1 semana con HBPM, se quiere pasar a anticoagulación oral. (la paciente no toma ninguna otra medicación) ¿Cuál de las siguientes pautas es CORRECTA?

A) Suspender HBPM e iniciar Apixabán 5 mg cada 12 horas
B) Suspender HBPM e iniciar Apixabán 2.5 mg cada 12 horas
C) Suspender HBPM e iniciar Edoxabán 30 mg cada 24 horas
D) Todas son correctas

37. Cuál de los siguientes factores se considera de alto riesgo trombótico:
A) Antecedente de trombosis venosa profunda hace 5 años.
B) Antecedente de trombosis venosa profunda hace 6 meses
C) Prótesis metálica mitral
D) Fibrilación auricular con CHA2D52VASc 1-4 sin ictus previo

38) En todos los siguientes supuestos está indicado el estudio de trombofilia EXCEPTO:
A) Trombosis de venas cerebrales
B) Episodio trombosis venosa profunda (TVP) o tromboembolismo pulmonar (TEP) en pacientes menores de 50 años sin factores desencadenantes previos (cirugía, inmovilización, neoplasia activa...)
C) Dos o más episodios de trombosis venosa sin causa aparente
D) Varón de 60 años con un primer evento de enfermedad tromboembólica tras inmovilización por fractura de fémur.

39. En un paciente con fibrilación auricular, se considera pasar de AVK (antivitamina K) a ACOD (anticoagulante oral de acción directa). Señale cuál es la respuesta INCORRECTA:

A) Rivaroxabán puede iniciarse cuando el INR sea < 3 tras la suspensión del AVK
B) Apixabán puede iniciarse cuando el INR sea < 2 tras la suspensión de AVK
C) Dabigatrán puede iniciarse cuando el INR sea < 2 tras la suspensión de AVK
D) Rivaroxabán puede iniciarse cuando el INR sea < 2 tras la suspensión del AVK

40. Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA, en cuanto a los factores de riesgo trombóticos:

A) Los síndromes mieloproliferativos favorecen fenómenos arteriales y venosas
B) La asparraginasa eleva los niveles de antitrombina
C) La mutación de la protrombina es el factor de riesgo hereditario más frecuente en la población caucásica
D) Durante el puerperio no hay más riesgo trombogénico

41. En la analítica de un paciente se detecta un tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) superior a 50 s. El tiempo de trombina está alargado, el tiempo de reptilase es normal y el anti-Xa > 0.2UI/ml. Dichos hallazgos concuerdan con:

A) Déficit de factores de la vía intrínseca
B) Presencia de un anticoagulante lúpico
C) Contaminación con heparina por una vía heparinizada
D) Se trata de una hemofilia adquirida

42. Respecto al FLIPI (Follicular Lymphoma International Prognostic Index), ¿cuál de los siguientes NO es un factor pronóstico?:

A) Edad > 60 años.
B) > de 4 áreas ganglionares afectas.
C) Trombocitopenia < 100.000
D) Estadio Ann Arbor III/IV

43. Cuál de los siguientes NO forma parte de la clasificación pronóstica IPS-Hasenclever en el linfoma de Hodgkin:
A) Edad > de 45 años
B) Hemoglobina < 10.5 gr/dl
C) Linfopenia
D) Género femenino

44. ¿Qué afirmación es CORRECTA en cuanto al tratamiento indicado en un paciente varón de 55 años de edad con linfoma de Hodgkin clásico estadio II-B?
A) Teniendo en cuenta que es un estadio II podría tratarse únicamente con radioterapia sobre las zonas afectas
B) Se puede iniciar tratamiento según esquema ABVD y decidir el número de ciclos total según la respuesta objetivada por PET tras 2 ciclos
C) Tratamiento con Brentuximab desde el inicio ya que son linfomas CD 30 positivos
D) Por presentar sintomatología B, precisan de entras tratamiento con 6 ciclos ABVD

45. Qué afirmación es CORRECTA en relación con las reacciones adversas asociadas con la trasfusión de componentes sanguíneos:

A) En las transfusiones de plaquetas, las reacciones febriles no hemolíticas están mediadas fundamentalmente por citocinas pirogénicas liberadas por los leucocitos durante el almacenamiento.

B) En pacientes politrasfundidos de concentrados de hematíes, se debe considerar la prevención de la hemosiderosis cuando las cifras de ferritina del paciente superan el valor de 2500 ng/mL.

C) En un paciente que haya sido diagnosticado de una reacción alérgica asociada a la transfusión de un componente sanguíneo, se debe administrar siempre premedicación con corticoides antes de transfundir nuevos componentes sanguíneos.

D) La púrpura post-transfusional tiene un periodo de latencia típico de 24-48 horas y se desencadena fundamentalmente por la presencia de anticuerpos anti-HLA.

46. De lo siguientes antígenos eritrocitarios ¿cuál tiene mayor capacidad inmunogénica?

A) Kell

B) C

C) Fyª

D) Jkª

47. Indique la respuesta CORRECTA en cuanto a la refractariedad de la trasfusión de plaquetas:

A) La refractariedad plaquetar de origen inmune por anticuerpos anti-HLA es la casusa más frecuente de esta complicación.

B) La medida más eficaz para prevenir la refractariedad plaquetar de origen inmunológico es transfundir unidades sometidas a procesos de inactivación que reducen la capacidad inmunogénica de los antígenos HLA.

C) Las características de las unidades de plaquetas a transfundir, tales como la dosis, la fuente (aféresis o mezcla de varias donaciones), la compatibilidad ABO donante-receptor y el tiempo de almacenamiento, son factores que pueden afectar el incremento postransfusional de plaquetas.

D) En caso de no disponer de un donante HLA idéntico, se debe iniciar tratamiento con corticoides e inmunoglobulinas iv.

48. Indique cuál es la afirmación INCORRECTA en cuanto a la incompatibilidad ABO durante el trasplante alogénico:

A) La incompatibilidad mayor tiene lugar cuando existen anticuerpos en el receptor contra los antígenos ABO del donante

B) La incompatibilidad menor tiene lugar si existen anticuerpos en el donante contra los antígenos ABO del receptor.

C) Si la incompatibilidad entre el receptor y el donante es menor, no hay riesgo de hemólisis aguda

D) En la incompatibilidad mixta, existen anticuerpos tanto en el receptor como en el donante contra los antígenos del donante y el receptor.

49. Señale qué efecto adverso de los siguientes NO es habitual cuando realizamos una aféresis terapéutica:

A) Cambios hemodinámicos (hipotensión) por el circuito extracorpóreo
B) Hipocalcemia asociada al uso de citrato
C) Flujos bajos o insuficientes en el acceso venoso
D) Hipopotasemia en procesos de 3 o más volemias

50. Las siguientes son indicaciones de aféresis terapéuticas urgentes, EXCEPTO:

A) Púrpura trombótica trombocitopénica
B) Crisis miasténica con compromiso respiratorio
C) Polineuropatía desmielinizante inflamatoria crónica
D) Síndrome urémico hemolítico atípico, mediado por anticuerpos

51. Señale cuál de los siguientes NO forma parte del sistema de la clasificación pronóstica de supervivencia DIPSS en la mielofibrosis:

A) Blastos en sangre periférica> 1%
B) Cariotipo desfavorable
C) Leucocitos > 25 x 10^9/L
D) Hb < 10 gr/dl

52. Una de las siguientes afirmaciones en cuanto al tratamiento utilizado en la mielofibrosis es INCORRECTA:

A) Ruxolitinib es un inhibidor de JAK1 y JAK2, indicado para el tratamiento de la esplenomegalia o los síntomas relacionados con la mielofibrosis
B) Fedrattinib es un inhibidor selectivo de JAK2 y FLT3
C) Momelotinib es un inhibidor de JAK1 y ACVR1/ALK2, pero no inhibe el JAK2
D) La dosis inicial de Momelotinib es de 200 mg diarios, independientemente de la cifra basal de plaquetas

53. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA en cuanto a la mutación FLT3 en la leucemia mieloide aguda (LMA):

A) La LMA con mutación FLT3-ITD se clasifica como riesgo intermedio independientemente de la presencia simultánea de la mutación NPM1.
B) Los pacientes que reciben quimioterapia intensiva junto con midostaurina presentan una mejoría de la supervivencia global en comparación con los que solo reciben quimioterapia según el estudio RATIFY)
C) El tratamiento con inhibidores de FLT3 no ha supuesto un cambio en la indicación del trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos en estos pacientes.
D) La ratio alélica FLT3-ITD no se tiene en cuenta en la estratificación del riesgo de la LMA según las recomendaciones de la European Leukemia Net de 2022.

54. Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación al estudio de NGS en leucemia mieloide aguda, según el documento consenso del Grupo de Biología Molecular en Hematología (GBMH):

A) El estudio debe realizarse en médula ósea o en cualquier otra muestra que presente al menos una infiltración del 5%.

B) El estudio debe realizarse en el diagnóstico, ante fallo de tratamiento y como seguimiento de la enfermedad residual medible.

C) Para el estudio de variantes puntuales, existen distintos paneles de genes que ofrecen un estudio muy extenso de las alteraciones en genes relevantes en la LMA.

D) El desarrollo de la tecnología ha permitido superar las limitaciones asociadas a la detección de variantes en genes considerados conflictivos como la detección por NGS de las mutaciones FLT3-ITD o variantes en CEBPA.

55. Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA en cuanto al tratamiento de la Leucemia mieloblástica aguda (LMA):

A) La combinación Azacitidina + Venetoclax, permite tratar a pacientes no candidatos a quimioterapia intensiva.

B) Los fármacos inhibidores de FLT3, asociados a quimioterapia intensiva, mejoran la supervivencia global de estos pacientes

C) En algunos pacientes seleccionados con LMA, se contempla el trasplante autólogo

D) Todas las anteriores son correctas

56. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA en cuanto al pronóstico de las leucemias mieloblásticas agudas, según la clasificación de la European Leukemia Net (ELN) de 2022:

A) Grupo de riesgo favorable: t(8:21)

B) Grupo de riesgo intermedio: NPM1 no mutado con DIT-FLT3 (sin alteraciones de riesgo adverso)

C) Grupo de riesgo adverso: CEBPA mutado en el dominio bZIP

D) Grupo de riesgo favorable: NPM1 mutado sin DITFLT3

57. Todos los siguientes factores tienen impacto pronóstico favorable en la leucemia mieloblástica aguda, EXCEPTO:

A) Niños y adultos jóvenes

B) Leucemia mieloblástica secundaria

C) Leucemia promielocítica aguda

D) Cifra de leucocitos normal

58. Todas las siguientes afirmaciones sobre la leucemia linfoblástica aguda (LLA) son correctas, EXCEPTO:

A) En los adultos representa < 1% de todas las neoplasias y el 20% de las leucemias agudas

B) El pronóstico de los pacientes con LLA, cromosoma Philadelphia positiva ha mejorado gracias a los inhibidores de la tirosina cinasa y la inmunoterapia.

C) El tratamiento de inducción en la LLA incluye una prefase con glucocorticoides de 5-7 días hasta caracterizar el tipo de LLA

D) El tratamiento con Blinatumomab, está indicado asociado a quimioterapia en pacientes con LLA CD19 negativos

59. Paciente mujer de 54 años con diagnóstico de leucemia mieloblástica aguda, NPM1 positivo como única anomalía citogenética y sin otros factores de mal pronóstico. Tras recibir quimioterapia 3 +7, consigue respuesta completa con enfermedad mínima residual negativa ¿Qué debe recibir como tratamiento de consolidación?

A) Agentes hipometilantes tipo azacitidina asociados a dosis bajas de citarabina

B) Consolidación con citarabina a altas dosis pudiéndose considerar posteriormente el auto-trasplante

C) Consolidación con 1 ciclo de citarabina a altas dosis seguido de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos

D) Gemztuzumab ozogamicin

60. Todas las siguientes, EXCEPTO una, son indicaciones de trasplante alogénico de progenitores hematopoyéticos en la leucemia linfoblástica aguda del adulto:

A) LLA Philadelphia positiva con falta de respuesta molecular completa al final de la consolidación

B) LLA Ph negativa con cariotipo complejo

C) LLA Ph negativa, BCR-ABL1 like

D) Todas son correctas

61. ¿Cuál de los siguientes NO es criterio de mastocitosis?

A) Disminución de la triptasa sérica

B) Mutación en codón 816 de c-Kit

C) Agregados de > de 15 mastocitos en médula ósea

D) Morfología anormal de mastocitos CD25 positivos

62. Una de las siguientes afirmaciones es FALSA, en cuanto a la leucemia mieloide crónica y los índices pronósticos:

A) El índice de Sokal considera las siguientes variables: recuento de plaquetas, edad, blastos en sangre periférica y tamaño del bazo por palpación

B) El índice Sokal separa 3 grupos de riesgo, pero el índice EURO separa 4 grupos de riesgo

C) El índice EURO considera las mismas variables que el índice de Sokal, añadiendo el porcentaje de eosinófilos y basófilos en sangre periférica

D) El índice Sokal de riesgo alto implica estar alerta de la respuesta al tratamiento dado el mayor riesgo de progresión.

63. Señale qué afirmación de las siguientes es INCORRECTA en relación al seguimiento y la evaluación de la respuesta al tratamiento en la leucemia mieloide crónica (LMC)

A) La respuesta molecular mayor (RMM) se determina cuando se observan ≤ 0.1% de trascritos BCR-ABL1 medidos en escala internacional

B) La monitorización debe realizarse con periodicidad quincenal hasta conseguir respuesta hematológica completa (RHC), trimestral hasta RMM y tras alcanzar RMM, repetir al año la evaluación molecular.

C) En caso de fallo de tratamiento, son imprescindibles: el estudio citogenético para descartar evolución clonal, la valoración de las mutaciones del dominio cinasa, de la adherencia al tratamiento y de las interacciones farmacológicas.

D) La respuesta citogenética completa se refiere a la ausencia de metafases Ph (Philadelphia) en cariotipo o < 1% de núcleos BCR-ABL+ en FISH

64. Señale la respuesta FALSA en cuanto al tratamiento utilizado con un inhibidor de tirosina cinasa en LMC y los posibles efectos adversos que generan:

A) Nilotinib: riesgo cardiovascular (enfermedad arterial periférica, infarto)

B) Imatinib: edema periorbitario y de extremidades

C) Dasatinib: derrame pleural

D) El único inhibidor de la tirosina cinasa que no tiene apenas riesgo cardiovascular es el Ponatinib

65. Señale cuál de las siguientes afirmaciones en CORRECTA en cuanto al manejo de la Trombocitemia esencial, adaptado al riesgo protrombótico:

A) En pacientes con riesgo bajo (edad < 60 años, sin antecedentes de trombosis y JAK2V617F mutado, se recomienda tratamiento con AAS (ácido acetilsalicílico)

B) En pacientes con riesgo intermedio (edad > 60 años, sin antecedentes de trombosis y JAK2V617F no mutado, no es necesaria la citorreducción

C) En los pacientes de alto riesgo (> de 60 años y JAK2V617F mutado o antecedentes de trombosis, es necesaria la citorreducción y la anticoagulación en todos los pacientes.

D) Todos los pacientes deben llevar tratamiento con AAS, independientemente del riesgo trombótico

66. Indique que afirmación de las siguiente es INCORRECTA, en cuanto a la trombocitopenia inmune primaria (PTI):

A) El tratamiento de primera línea se administra si la trombocitopenia es grave y/o presenta manifestaciones hemorrágicas

B) Los corticoides que siguen siendo, el primer tratamiento de elección en primera línea, deben intentar retirarse no más allá de las 8 semanas

C) Nunca deben transfundirse plaquetas si se demuestra que la trombocitopenia es inmune

D) Aproximadamente un 20% de los pacientes con PTI no responde a los tratamientos convencionales de primera y segunda línea

67. En cuanto a los fármacos agonistas del receptor de la trombopoyetina, cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

A) Tratamientos como Eltrombopag y Avatrombopag están siendo utilizados para el manejo de la trombocitopenia inducida por quimioterapia, pero aún no está financiados para esta circunstancia en nuestro país.

B) Eltrombopag está autorizado para el tratamiento de pacientes con hepatitis C que requieren tratamiento antiviral

C) Eltrombopag está autorizado para pacientes con aplasia medular grave refractaria al tratamiento inmunosupresor

D) La dosis de Avatrombopag utilizada para la trombocitopenia inmune refractaria es de 20 mg diarios, vía subcutánea.

68. En cuanto al tratamiento de los síndromes mielodisplásicos, una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

A) Las mutaciones en TP53 se asocian con una menor respuesta o con recaída temprana en el tratamiento con lenalidomida.

B) La combinación de Azacitidina + Venetoclax está indicada en los síndromes mielodisplásicos de alto riesgo

C) Según varios ensayos clínicos, los resultados muestran que los inhibidores de IDH1 e IDH2 podrían tener un papel en pacientes con SMD portadores de mutaciones en IDH1/2, respectivamente.

D) Los pacientes de bajo riesgo con mutación en SF3B1 y/o sideroblastos en anillo presentan una mayor tasa de respuesta al tratamiento de la anemia con luspatercept.

69. Cuál de los siguientes NO es criterio diagnóstico de leucemia mielomonocítica crónica según la clasificación de la OMS/ICC de 2022:

A) Monocitosis persistente en sangre periférica (> 1 x 10^9/L y > 10% del total de leucocitos)

B) Ausencia de reordenamientos genéticos específicos de otras leucemias (por ejemplo, BCR/ABL1)

C) No presentar displasia de la serie roja ni de la serie megacariocítica

D) Displasia morfológica en una o más líneas celulares

70. Qué afirmación es CORRECTA en cuanto al linfoma folicular:
A) Es el linfoma más frecuente en Europa occidental
B) En pacientes en respuesta completa o parcial tras la inmunoquimioterapia de inducción en primera línea, se recomienda tratamiento de mantenimiento con Rituximab, cada 2 meses, durante 3 años.
C) En este tipo de linfomas no está indicada la radioterapia en ningún caso
D) En aquellos pacientes con estadio avanzado, pero de bajo riesgo según los criterios GELF, se puede realizar abstención terapéutica

PREGUNTAS DE RESERVA

71. Todos los siguientes criterios EXCEPTO UNO, son indicadores de tener que iniciar tratamiento en la leucemia linfática crónica en recaída:
A) Anemia (Hb < 10gr/dl y/o trombocitopenia < 100 x 10^9/L progresivas y secundarias a infiltración medular
B) Esplenomegalia sintomática masiva (> 6cm por debajo del reborde costal izquierdo) o progresiva
C) Hay que iniciar tratamiento en la recaída en cuanto se observa nuevamente aumento de la linfocitosis
D) Sudoración nocturna de más de 1 mes de evolución en ausencia de infección

72. Señale la INCORRECTA en cuanto al pronóstico del linfoma del manto
A) Las variantes histológicas consideradas de mal pronóstico son la blastoide y la pleomórfica
B) En el Mantle Cell Lymphoma International Prognostic Index combinado (MIPI-c), se incluye el porcentaje de células positivas con Ki67 (punto de corte del 30%).
C) La ausencia de enfermedad residual detectable tras el tratamiento es un predictor de mejor supervivencia
D) Los niveles de LDH (lactato deshidrogenasa) en estos pacientes no tiene impacto pronóstico

73. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?
A) La cloroquina en los bancos de sangre se utiliza para conservar las plaquetas
B) La solución aditiva SAG-M se utiliza en hemoterapia para conservar los glóbulos rojos y está compuesta por suero fisiológico, adenina, glucosa y manitol
C) En cuanto al antígeno D, los pacientes portadores de la variante DVI deben considerarse como D negativos hasta su caracterización molecular.
D) La cloroquina se utiliza para desprender IgG de la superficie de los hematíes, con el fin de asegurar un fenotipo fiable en presencia de autoanticuerpos (Coombs directo positivo)

74. Indica la asociación INCORRECTA:
A) Síndrome de Bernad-Soulier: las plaquetas son deficientes en glicoproteínas del complejo GIPIb-V-IX
B) Trombastenia de Glanzman: las plaquetas no poseen glicoproteína IIb-IIIa
C) Síndrome de Bernard- Soulier: la adhesión de las plaquetas al factor Von Willebrand está muy aumentada
D) En los síndromes de May-Hegglin y Sebastian: se detectan mutaciones en el gen MYH9

75. ¿En cuál de las siguientes entidades NO es necesario un porcentaje mayor al 20% en médula ósea o sangre periférica para diagnosticarla como una leucemia mieloblástica aguda? (Clasificación de LMA de la OMS de 2022)

A) LMA sin clasificación molecular definida

B) LMA con reordenamiento RUNX1: RUNX1T1

C) LMA con displasia multilínea

D) LMA con evolución de un síndrome mielodisplásico (SMD) o de una neoplasia mieloproliferativa.