

1. Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la Enfermedad inflamatoria intestinal (ELL) es FALSA:

- a) Los pacientes con EII tienen mayor riesgo de infección que la población general.
- b) El programa de vacunación forma parte del *checklist* estandarizado inicial, que debe realizarse a los pacientes con EII.
- c) El mejor momento para la vacunación de los pacientes, tanto en población adulta como pediátrica, es una semana después *del inicio de la terapia inmunosupresora*
- d) En pacientes con EII inmunodeprimidos que viajan al extranjero están indicadas las vacunas de la fiebre amarilla, VVZ, BCG, rotavirus, polio oral y fiebre tifoidea oral.

2. Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la Enfermedad inflamatoria intestinal es FALSA:

- a) La vacuna de la gripe está recomendada de forma anual y la del neumococo de forma secuencial con un recuerdo a los 5 años.
- b) Todos los pacientes deben ser vacunados frente a SARS-Cov2.
- c) En pacientes vacunados de hepatitis B se deberían determinar niveles de Ac anti-HBs cada 1-2 años. Si los niveles de Ac anti-HBs son $<100\text{UI/l}$, considerar una dosis *booster* y determinar nuevos niveles a los 2-3 meses para comprobar la eficacia.
- d) La vacunación de las pacientes con EII contra el Virus del Papiloma Humano, excluye la realización de citología y controles ginecológicos de cribado de cáncer de cérvix.

3. En el tratamiento del brote grave de colitis ulcerosa (CU), señale la respuesta FALSA:

- a) El tratamiento inicial se basará en la mayoría de los casos en corticoides intravenosos.
- b) Si hay respuesta, el tratamiento se puede suspender tras tres meses de pauta descendente si se objetiva remisión clínica.
- c) Si el brote es refractario a corticoides se puede iniciar tratamiento con Infliximab.
- d) Si el brote es refractario a corticoides se puede iniciar tratamiento con Ciclosporina A.

4. Cuál de las siguientes frases es VERDADERA:

- a) La calprotectina fecal no es muy útil para identificar con aceptable precisión la remisión histológica en pacientes con CU.
- b) No existe una buena correlación entre la concentración de calprotectina fecal y la actividad endoscópica de la Enfermedad de Crohn.
- c) En pacientes con EII activa y niveles elevados de Calprotectina fecal tratados de forma convencional con corticoides o salicilatos, la normalización de la CF ($<100\mu\text{g/g}$) se asocia a una alta probabilidad de remisión clínica y endoscópica.
- d) La determinación de calprotectina fecal seriada, no es útil en el seguimiento de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, para predecir la recidiva.

5. ¿Cuál de los siguientes enunciados es VERDADERO?

- a) Es poco frecuente la presencia de disbiosis de la microbiota intestinal en los pacientes con EII
- b) Es poco frecuente la asociación de EII a otras enfermedades autoinmune
- c) Hay evidencia de asociación entre enfermedades psiquiátricas y el desarrollo o el empeoramiento del pronóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
- d) El riesgo de desarrollar EII se asocia más a factores genéticos que a los ambientales

- 6. Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA:**
- a) La Enfermedad de Crohn muestra una afectación preferente por la porción proximal del intestino delgado y la región distal del colon.
 - b) En la Colitis Ulcerosa la zona más afectada del intestino es el ciego
 - c) La cirugía en la Enfermedad de Crohn debe plantearse cuando aparece un brote corticodependiente
 - d) La cirugía en la enfermedad de Crohn debe tratar de ser conservadora
- 7. Mujer de 22 años. Acude a Urgencias por un episodio de diarrea de más de 10 deposiciones al día y dolor abdominal difuso acompañado de febrícula de 37.7°C. Exploración Física: Abdomen ligeramente distendido, doloroso, RHA presentes, no signos de peritonismo. Analítica de sangre: Leucocitos 16.000, Hb 10 gr/dL, Plaquetas 430.000. PCR 84. Se realiza una ECO abdominal que muestra engrosamiento de la pared de íleon terminal con pared de 7 mm. ¿Cuál sería la actitud a tomar?**
- a) Cirugía urgente
 - b) Tratamiento médico con antibióticos y Salazopirina.
 - c) Tratamiento médico con 5-ASA oral y corticoides iv a dosis de 1 mg/Kg de peso.
 - d) Inicio de Infliximab 5mg/Kg peso 0-2-6 semana
- 8. ¿Cuándo está indicado tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Crohn estenosante?**
- a) En el brote agudo corticodependiente de repetición
 - b) Estenosis fibróticas sintomáticas
 - c) Brote agudo grave, con aumento de reactantes fase aguda y falta de respuesta a corticoides.
- 9. En la Proctitis Ulcerosa leve moderada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?**
- a) El tratamiento de inicio recomendado es 5-ASA rectal
 - b) Si no hay respuesta a 5-ASA se debe iniciar tratamiento con corticoides rectales
 - c) Si no hay respuesta al tratamiento rectal con Corticoides y 5-ASA se debe iniciar un tratamiento biológico
 - d) Si no hay respuesta al tratamiento rectal con Corticoides y 5-ASA rectal, se debe iniciar tratamiento con corticoides vía sistémica
- 10. ¿Cuál es el tiempo de abstinencia alcohólica recomendado antes de considerar el trasplante de hígado en pacientes con hepatopatía alcohólica?**
- a) 1 mes
 - b) 3 meses
 - c) 6 meses
 - d) 1 año
- 11. ¿Qué porcentaje de la población general presentan esteatosis hepática (hígado graso)?**
- a) 10-15%
 - b) 25-30%
 - c) 50-70%
 - d) 75-85%

12. ¿Qué afirmación es FALSA en la Cirrosis Biliar Primaria (CBP)?

- a) Es típica en la analítica encontrar colestasis disociada.
- b) El prurito es un síntoma muy frecuente.
- c) Al diagnóstico es muy frecuente que exista ictericia.
- d) La patogenia es respuesta autoinmune frente epitelio biliar.

13. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?

- a) Las complicaciones de la CBP son similares a las de cualquier cirrosis.
- b) La malabsorción de Vitaminas liposolubles es una de las complicaciones de la CBP.
- c) El hepatocarcinoma No es una complicación de la CBP.
- d) La descompensación ascítica es poco frecuente en la CBP.

14. En el diagnóstico diferencial de la colestasis NO hay que pensar en:

- a) Fármacos.
- b) Hepatitis autoinmune.
- c) Coledocolitiasis.
- d) Cáncer de páncreas.

15. En la colangitis esclerosante primaria es FALSO:

- a) La mayoría de las veces hay afectación intra y extrahepática de los conductos biliares.
- b) Se asocia a Colitis Ulcerosa.
- c) Los AMA SON siempre positivos.
- d) Existe riesgo de desarrollar colangiocarcinoma.

16. ¿Cuál es el marcador serológico MÁS específico y sensible para el diagnóstico de la colangitis biliar primaria?

- a) Anticuerpos antimitocondriales (AMA-M2).
- b) Anticuerpos antinucleares (ANA).
- c) Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA).
- d) Anticuerpos antirribonucleoproteína (RNP).

17. ¿Cuál de los siguientes NO es un tratamiento para la colangitis biliar primaria?

- a) Abstinencia alcohólica.
- b) Antibióticos de amplio espectro.
- c) Suplementos Vitamina D.
- d) Ácido ursodesoxicólico (UDCA).

18. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para los pacientes con colangitis biliar primaria que no responden al ácido ursodesoxicólico (UDCA)?

- a) Trasplante de hígado.
- b) Acido Obeticólico.
- c) Terapia hormonal.
- d) MARS.

- 19. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Hepatitis Autoinmune (HAI) es CORRECTA según las guías de la Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) y European Association for the Study of the Liver (EASL)?**
- a) La biopsia no es necesaria para su diagnóstico nunca.
 - b) No tiene ningún componente genético.
 - c) Es más común en mujeres que en hombres.
 - d) No debe ser tratada con corticosteroides.
- 20. Según las guías de AEEH y EASL, ¿cuál es el tratamiento de primera línea recomendado para la HAI?**
- a) Interferón alfa.
 - b) Tacrólimus.
 - c) Prednisona o prednisolona en combinación con azatioprina.
 - d) Trasplante de hígado.
- 21. ¿Según las guías de la EASL, con qué frecuencia debe realizarse el cribado para detección del hepatocarcinoma en pacientes con alto riesgo (es decir, pacientes con cirrosis)?**
- a) Cada 3 meses.
 - b) Cada 6 meses.
 - c) Cada año.
 - d) Cada 2 años.
- 22. ¿Qué tipo de medicamento para el dolor se considera inapropiado para pacientes con cirrosis descompensada debido al riesgo de insuficiencia renal y retención de sodio?**
- a) Paracetamol
 - b) Opioides
 - c) Los AINE (antiinflamatorios no esteroideos)
 - d) Gabapentina
- 23. Respecto al sistema de estadiaje y clasificación pronóstica de Barcelona Clinic Liver Cáncer (BCLC) señale la respuesta INCORRECTA:**
- a) Se utiliza en la práctica clínica como marco de referencia para tomar decisiones en pacientes afectos de carcinoma hepatocelular.
 - b) Cada estadio agrupa unas características del paciente (síntomas), de función hepática y tumorales con un valor pronóstico y con recomendación terapéutica.
 - c) Está incluido como sistema de clasificación en las guías americanas, europeas y españolas porque ha demostrado utilidad y validez en diferentes poblaciones.
 - d) Sólo puede aplicarse a pacientes con cirrosis compensada.
- 24. En el seguimiento de un paciente cirrótico se descubre un nódulo hepático hipervascular, de 15 mm en el segmento 7 sugestivo de hepatocarcinoma en TAC. ¿Cuál es la actitud terapéutica CORRECTA?**
- a) El paciente debe ser tratado con Radiofrecuencia
 - b) El paciente debe ser remitido a un centro de trasplante hepático
 - c) Para tomar decisiones es preciso conocer la edad y el MELD y CHILD del paciente
 - d) Se debe biopsiar al paciente para poder establecer la actitud terapéutica

- 25. En el paciente con carcinoma hepatocelular (CHC) estadio intermedio Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLCB) con afectación multicéntrica, 5 LOEs y trombosis portal completa benigna, ¿cuál de las siguientes opciones es CORRECTA?**
- a) La quimioembolización transarterial (TACE) es el tratamiento de elección.
 - b) La TACE está contraindicada pero no la radioembolización con Itrio 90, que no compromete el flujo portal.
 - c) Debemos confirmar siempre la naturaleza benigna del trombo mediante biopsia del mismo.
 - d) El tratamiento de elección es sistémico.
- 26. En un paciente de 73 años con antecedentes de EPOC severo y un infarto dos años antes, diagnosticado de hepatocarcinoma de pequeño tamaño (< 2cm) se aprecia la presencia de ascitis moderada, edemas distales y varices esofágicas. Señale cuál de las siguientes alternativas es de elección:**
- a) Resección anatómica.
 - b) Ablación por radiofrecuencia.
 - c) TACE.
 - d) Trasplante hepático.
- 27. En un paciente de 51 años, mujer, con IMC de 35, que debuta con una lesión hepática de 9 cm que afecta hasta el hilio hepático, sin adenopatías ni trombosis portal, compatible con hepatocarcinoma, ¿cuál es el tratamiento indicado de primera línea?**
- a) Sorafenib.
 - b) Regorafenib.
 - c) Sorafenib+Lenvatinib.
 - d) Atezolizumab+Bevacizumab.
- 28. Paciente de 54 años, mujer, cirrosis VHC con RVS en abril 2017. Ascitis de difícil control en 2023. MELD Na 27. Usted recomendaría:**
- a) Iniciar estudio pretrasplante.
 - b) Recomendaría colocar un TIPs.
 - c) Seguiría con paracentesis evacuadoras.
 - d) Al estar curado para VHC no haría nada más.
- 29. La cirrosis alcohólica:**
- a) Nunca se trasplanta a pacientes con cirrosis alcohólica.
 - b) Se trasplanta al paciente que asegura que no va a beber más.
 - c) Se trasplanta al paciente que demuestra 6 meses de abstinencia.
 - d) Sólo se debe trasplantar a los pacientes que desarrollan un hepatocarcinoma.
- 30. ¿Qué afirmación es correcta en relación con el trasplante hepático?**
- a) Está contraindicado en el HIV.
 - b) La tasa de donación en España es la más alta del mundo.
 - c) No hay exitus en lista de espera.
 - d) Los donantes cada vez son de mejor calidad.

31. En el trasplante hepático, señale la respuesta FALSA:

- a) Precisa inmunosupresión de por vida
- b) Los cánceres de novo en los pacientes trasplantados a largo plazo, no son un problema
- c) Las infecciones son un problema importante en los pacientes trasplantados hepáticos.
- d) La donación en muerte encefálica es la más importante en número en España, pero también hay donación hepática de vivo, o en corazón parado

32. En la enfermedad celiaca, la respuesta inmune frente a fracciones de la gliadina provoca una reacción inflamatoria. En relación a dicha reacción, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- a) La respuesta inmune se caracteriza por la infiltración de lámina propia y el epitelio con células inflamatorias crónicas, y por atrofia vellositaria.
- b) La respuesta adaptativa es mediada por células B reactivas al gluten en la lámina propia que reconocen péptidos de gliadina unidos al HLA DQ2-DQ8 en las células presentadoras de antígeno.
- c) El número de linfocitos intraepiteliales que portan receptores de células T gamma-delta, está aumentado en pacientes con enfermedad celiaca activa.
- d) En la enfermedad celiaca, los péptidos del gluten han sido implicados como desencadenantes de respuestas inmunes innatas no sólo en las células epiteliales intestinales sino también en las células mononucleares.

33. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a condiciones asociadas a la enfermedad celiaca es CIERTA?

- a) Se ha asociado la remisión de las manifestaciones clínicas del síndrome de Lane-Hamilton asociado a la enfermedad celiaca tras la introducción de la dieta sin gluten.
- b) El depósito glomerular de IgA es una enfermedad renal frecuente en celíacos que produce importantes manifestaciones clínicas por la activación asociada del complemento.
- c) La infertilidad masculina asociada a la enfermedad celiaca no se caracteriza por anomalías en la motilidad y morfología de los espermatozoides, sino por un cuadro bioquímico de resistencia a los andrógenos (concentraciones bajas de testosterona sérica y hormona luteinizante).
- d) El hipertiroidismo es la enfermedad autoinmune tiroidea más frecuentemente asociada a la enfermedad celiaca.

34. ¿Cuál es la afirmación FALSA en el diagnóstico de la enfermedad celiaca en un paciente que ya está haciendo dieta sin gluten?

- a) El primer paso diagnóstico debe ser la realización de anticuerpos antitransglutaminasa y si estos son positivos, solicitaremos biopsia endoscópica.
- b) Si los anticuerpos antitransglutaminasa son negativos, solicitaremos HLA DQ2/DQ8 y si el resultado es negativo podemos excluir el diagnóstico de enfermedad celiaca.
- c) Si los anticuerpos antitransglutaminasa son negativos, solicitaremos HLA DQ2/DQ8 y si el resultado es negativo realizaremos prueba de provocación con gluten con 3 g de gluten por día (1 rebanada de pan con gluten) durante 2 semanas y repetiremos estudio HLA. Si es negativo tras la dieta con gluten se puede excluir la enfermedad.
- d) Si la prueba HLA-DQ2/DQ8 es positiva, los pacientes deben someterse a una prueba de gluten con 3 g de gluten por día (1 rebanada de pan que contenga gluten) durante dos semanas. Si se tolera, la provocación con gluten debe extenderse por seis semanas más). Las biopsias duodenales se realizan al final de la prueba de provocación.

35. Respecto a la clasificación de la metaplasia intestinal gástrica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

- a) Basado en la extensión topográfica se clasifica en extensa si involucra al cuerpo y al antro y/o la incisura angularis, o como limitada si sólo involucra al antro o a la incisura angularis.
- b) Basado en la expresión de mucinas se clasifica como Tipo III o incompleto si sólo expresa sulfomucinas.
- c) Basado en la expresión de mucinas se clasifica como Tipo II o incompleto si expresa una mezcla de mucinas gástricas y sialomucinas intestinales.
- d) Basado en la histología con tinción con hematoxilina y eosina, la MI completa se define por la presencia de mucosa de tipo colónico con múltiples gotas de mucina irregulares de tamaño variable en el citoplasma y ausencia de borde en cepillo.

36. En un paciente con metaplasia intestinal gástrica cuál de las siguientes recomendaciones sería CORRECTA:

- a) Consideraríamos como de alto riesgo de desarrollo de cáncer gástrico a un paciente con metaplasia intestinal que sólo afecta al cuerpo gástrico.
- b) Se debe realizar análisis genético para evaluar el síndrome de cáncer gástrico hereditario sólo en aquellos pacientes que tengan un familiar de primer grado afecto de cáncer gástrico con menos de 50 años de edad.
- c) Si un paciente no presenta histológicamente Hpylori no debe realizarse erradicación, aunque tenga una determinación serológica positiva.
- d) Si la metaplasia intestinal es extensa e incompleta deben realizarse endoscopias de vigilancia anuales.

37. Seleccione la opción CORRECTA en relación al estudio de intestino delgado con cápsula endoscópica:

- a) La exploración con cápsula endoscópica debe hacerse como estudio de primera línea en un paciente que ingresa por melenas y tiene una gastroscopia urgente normal.
- b) La rentabilidad del estudio con cápsula endoscópica es mayor en las primeras 48 horas de un episodio de hemorragia digestiva de origen oscuro.
- c) Antes de solicitar un estudio con cápsula endoscópica en un paciente que ingresa por melenas y tiene una gastroscopia urgente normal, debe hacerse una segunda gastroscopia.
- d) En un paciente con sospecha de sangrado en intestino delgado debe realizarse un enteroRMN antes que una cápsula endoscópica para descartar obstrucción intestinal.

38. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico?

- a) Los pacientes con esofagitis erosiva o esófago de Barrett suelen requerir supresión ácida de mantenimiento con un IBP en dosis estándar.
- b) Se recomienda la detección sistemática de la infección por H. pylori en pacientes con ERGE.
- c) En pacientes cuyos síntomas clásicos de ERGE responden a un ensayo empírico de ocho semanas con IBP, se debe intentar suspender el tratamiento.
- d) Los pacientes con síntomas recurrentes deben ser tratados con terapia supresora de ácido con la medicación y dosis utilizadas previamente para controlar los síntomas.

39. Con respecto al Síndrome de Intestino Irritable, señale la afirmación FALSA:

- a) Se recomienda la determinación de calprotectina fecal para excluir la presencia de inflamación intestinal.
- b) Se recomienda la determinación de anticuerpos antitransglutaminasa para excluir el diagnóstico de enfermedad celiaca.
- c) Se recomienda el estudio con cápsula endoscópica en aquellos pacientes que tienen síntomas persistentemente graves o refractarios al tratamiento habitual.
- d) Se recomienda estudio de tránsito baritado para excluir patología a nivel de intestino delgado.

40. Respecto a los tumores estromales gastrointestinales, señale la afirmación CORRECTA:

- a) La mayoría se presentan en el contexto de síndromes genéticos.
- b) La localización más frecuente de estos tumores en el tracto gastrointestinal es esófago y recto.
- c) La tríada de Carney es un síndrome frecuente que consta de GIST, paraganglioma y condromas pulmonares.
- d) El síndrome de Carney-Stratakis, es un trastorno autosómico dominante que se asocia con la tríada de GIST y paragangliomas.

41. Ante un paciente que acude a urgencias refiriendo un dolor epigástrico intenso irradiado a espalda de 8 horas de evolución, asociado a vómitos y que presenta una lipasa más de 4 veces por encima de su valor normal, ¿cuál de las siguientes actuaciones recomendaría?

- a) controlar los signos vitales, incluida la saturación de oxígeno, y administrar oxígeno suplementario para mantener la saturación arterial de oxígeno superior al 95 por ciento.
- b) los niveles de glucosa sérica deben controlarse y debe tratarse la hipoglucemia ya que puede aumentar el riesgo de infecciones pancreáticas secundarias.
- c) la alimentación oral no debe iniciarse hasta pasadas las primeras 72 horas de ingreso.
- d) si se diagnostica una pancreatitis aguda grave debe iniciarse tratamiento con antibióticos profilácticos puesto que el riesgo de complicación infecciosa es muy elevado.

42. ¿En cuál de los siguientes casos NO estaría indicada una colecistectomía?:

- a) paciente con pólipo vesicular de 4 mm que presenta episodios de dolor abdominal en cuadrante superior de tipo cólico.
- b) mujer de 75 años con pólipo pediculado de 7 mm.
- c) varón de 45 años con pólipo sésil aislado de 8 mm.
- d) varón de 49 años de edad con varios 3 pólipos pediculados, el de mayor tamaño de 7 mm.

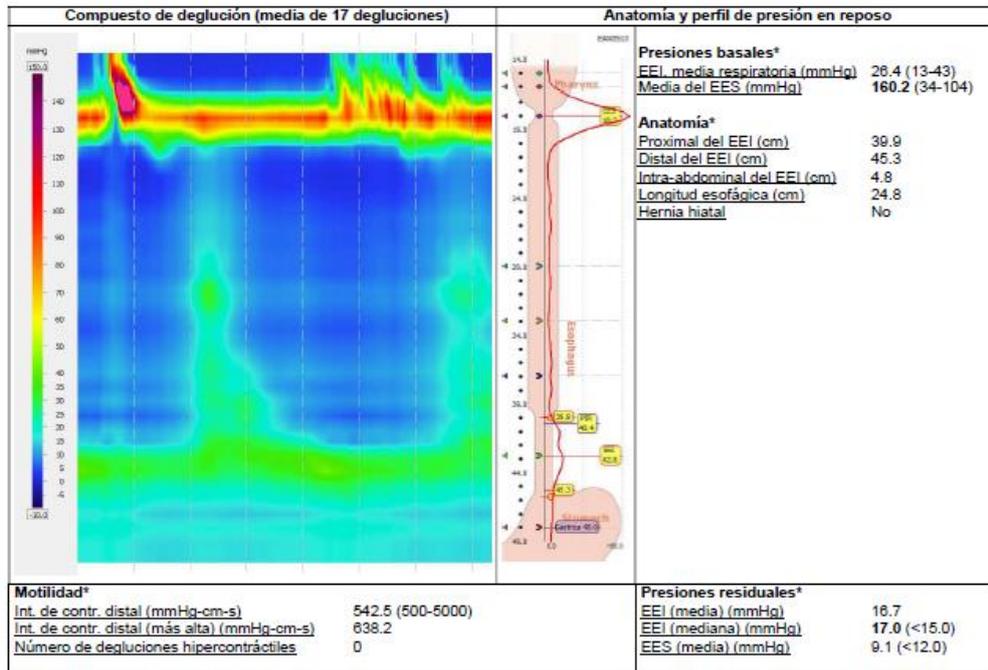
43. En el síndrome de Poliposis adenomatosa familiar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- a) El síndrome de Turcot fue un término utilizado originalmente para describir familias con poliposis colónica y manifestaciones extracolónicas como lipomas y osteomas.
- b) La variante de Adenocarcinoma gástrico y poliposis proximal del estómago (GAPPS) se caracteriza por >100 pólipos en el cuerpo y antro gástricos.
- c) Los tumores desmoides crecen lentamente y no metastatizan, pero pueden causar una morbilidad y mortalidad significativas.
- d) El cáncer de tiroides en la PAAF suele ser de tipo folicular.

44. **Respecto a la neoplasia mucosa papilar intraductal del páncreas (IPMN):**
- Es una neoplasia quística del páncreas sin potencial maligno
 - El riesgo de cáncer de los pacientes es similar indistintamente de si la afectación es del conducto principal o de las ramas secundarias
 - Puede requerir una evaluación adicional con ecografía endoscópica (USE) con aspiración con aguja fina (PAAF) para confirmar un diagnóstico o evaluar características malignas
 - La mejor técnica diagnóstica para evaluar la relación de la neoplasia con las estructuras circundantes, evaluar afectación de los ganglios linfáticos y detectar enfermedad metastásica es la ecoendoscopia
45. **¿En cuál de las siguientes situaciones NO estaría indicado el drenaje de una colección pancreática?**
- Paciente con pseudoquiste pancreático conocido que ha disminuido de tamaño en un mes de evolución, pero que persiste con dolor abdominal
 - Paciente con necrosis pancreática estéril que persiste con dolor abdominal
 - Paciente con necrosis infectada en tratamiento con antibióticoterapia desde hace 7 días que presenta fiebre mantenida
 - Paciente asintomático con pseudoquiste pancreático conocido que no ha disminuido de tamaño tras 2 meses de evolución
46. **En relación al tratamiento de la Esofagitis Eosinofílica, indique lo CORRECTO:**
- La respuesta al tratamiento con IBP se debe confirmar mediante entrevista clínica a las 8-12 semanas del inicio del tratamiento.
 - Se debe considerar la terapia de mantenimiento con glucocorticoides tópicos y/o restricción dietética para pacientes con disfagia grave, estenosis esofágica y recaída sintomática/histológica rápida después del tratamiento inicial.
 - La dilatación de las estenosis esofágicas es eficaz para aliviar la disfagia, pero no tiene ningún efecto sobre la inflamación subyacente.
 - No existe ninguna opción terapéutica para un paciente no respondedor a IBP ni a dieta ni a glucocorticoides.
47. **Respecto a la dieta en el manejo de la esofagitis eosinofílica señale la opción FALSA:**
- La dieta de eliminación empírica se basa en la evitación de aquellos alimentos que más comúnmente causan hipersensibilidad inmediata.
 - La dieta de eliminación empírica retira inicialmente de la dieta del paciente leche de vaca, kiwi, manzana, maíz, frutos secos, pescado/mariscos.
 - El tratamiento con dieta elemental implica la administración de una fórmula (elemental) a base de aminoácidos, que elimina todos los alérgenos alimentarios potenciales.
 - La dieta de eliminación dirigida por pruebas implica la realización de pruebas cutáneas para identificar aquellos alimentos que el paciente debe excluir de la dieta.
48. **¿En qué situación no estaría indicado el diagnóstico de infección por Hpylori mediante el un test de urea espirada?**
- Paciente de 56 años con úlcera duodenal.
 - Paciente de 18 años con dispepsia no investigada.
 - Varón de 48 años con AAF de primer grado de Ca gástrico.
 - Mujer de 30 años en tratamiento agudo con AINES por lumbociatalgia.

49. **En relación a la microbiota intestinal, es CIERTO:**
- a) En el intestino proximal, la concentración de microorganismos suele exceder los 10¹²/mL.
 - b) Los organismos presentes en estómago e intestino proximal son predominantemente anaerobios como Bacteroides, Lactobacillus, Clostridium y bifidobacterias, aunque coexisten múltiples especies.
 - c) El ácido gástrico y la bilis destruyen muchos microorganismos en los alimentos ingeridos.
 - d) La IgG secretora que se origina en el tracto gastrointestinal, que ayuda a prevenir la proliferación bacteriana.
50. **Señale la opción INCORRECTA en el Síndrome de Sobrecrecimiento Bacteriano:**
- a) La inmunodeficiencia variable combinada, la deficiencia de IgA y la inmunodeficiencia adquirida (p. ej., VIH) se asocian con un mayor riesgo de SIBO.
 - b) La absorción deficiente de nutrientes en SIBO se debe a una mala digestión en la luz intestinal o a una mala absorción a nivel de la membrana de las microvellosidades intestinales debido al daño de los enterocitos.
 - c) La degradación intraluminal de los carbohidratos conduce a la producción de ácidos grasos de cadena corta (butirato, propionato, acetato, lactato), así como dióxido de carbono, hidrógeno y metano, que pueden estar asociados con heces ácidas, distensión abdominal y flatulencia.
 - d) los aerobios son capaces de utilizar la vitamina B12 acoplada al factor intrínseco y su erradicación es necesaria para restablecer la absorción ileal normal.
51. **¿Qué tratamiento propondría inicialmente en un paciente con síntomas de distensión abdominal inespecíficos y molestias postprandiales difusas que presenta en un test de aliento de intolerancia a lactulosa una determinación de 20 ppm de metano a los 38 minutos de exploración y de 25 ppm de Hidrógeno por encima del valor inicial a los 90 de la prueba?**
- a) Rifaximina 1600 mg al día durante 14 días
 - b) Ciprofloxacino 500mg/12 horas durante 21 días
 - c) Amoxicilina/Clavulánico 875mg/125mg cada 8 horas durante 7 días + Rifaximina 400mg/8 horas durante 14 días
 - d) Neomicina 500mg/12 horas +Rifaximina 400mg/ 8horas durante 14 días.

52. ¿Cuál sería su diagnóstico ante esta manometría?



Región del esfínter esofágico inferior	Normal	Motilidad esofágica	Normal
Puntos de referencia		Número de degluciones evaluadas	17
EEI proximal (desde fosas nasales) (cm)	39.9	Clasificación de Chicago	
EEI distal (desde fosas nasales) (cm)	45.3	% fallido	76
Longitud del EEI (cm)	5.3	% débil	0
Longitud esofágica (centros de EEI-EES) (cm)	24.8	% ineficaz	76
Longitud de EEI intra-abdominal (cm)	4.8	% presurización panesofágica	18
¿Hernia hiatal?	No	% contracción prematura	24
Presiones del EEI		% fragmentado	24
Método de medición de la presión	eSleeve e.PRI	% intacto	0
Basal (media respirat.) (mmHg)	26.4 13-43	Número de degluciones hipercontráctiles	0
Residual (media) (mmHg)	16.7	Parámetros de alta resolución adicionales	
Residual (mediana) (mmHg)	17.0 <15.0	Latencia distal	4.1
		Integral contractib. distal (media) (mmHg-cm-s)	542.5 500-5000
		Integral contractib. distal (más alta) (mmHg-cm-s)	638.2
		Velocidad de frente contráctil (cm/s)	7.7 <9.0
Esfínter esofágico superior	Normal	Motilidad faríngea/EES	Normal
Presión basal media (mmHg)	160.2 34-104	Nº. de degluciones evaluadas	17
Presión residual media (mmHg)	9.1 <12.0	Evaluado en 2.0 y 3.0 por encima del EES	
Tiempo de relajación hasta nadir (ms)	400 74-365	Presión pico media (mmHg)	21.7
Duración de relajación (ms)	727 480-1020		
Tiempo de recuperación (ms)	327 259-780		

- a) Esófago hipercontractil
- b) Acalasia tipo I
- c) Acalasia tipo III
- d) Esófago espasmo difuso

53. En relación a la acalasia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

- a) El examen histológico del esófago en pacientes con acalasia generalmente revela un incremento del número de neuronas (células ganglionares) en los plexos mientéricos, y las células ganglionares que quedan a menudo están rodeadas de linfocitos y, de manera menos prominente, de eosinófilos.
- b) Se desconoce la etiología de la acalasia primaria o idiopática. La acalasia secundaria se debe a enfermedades que provocan anomalías motoras esofágicas similares o idénticas a las de la acalasia primaria
- c) Los pacientes con acalasia tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de esófago; sin embargo, el riesgo absoluto de cáncer de esófago es bajo
- d) La acalasia en etapa tardía o terminal se caracteriza por tortuosidad esofágica, angulación y dilatación severa o megaesófago (diámetro >6 cm).

54. Con respecto a la enfermedad diverticular de colon, señale la afirmación INCORRECTA:

- a) se han identificado como factores de riesgo de diverticulosis la edad avanzada, el sexo femenino, el tabaquismo y el índice de masa corporal elevado
- b) se postulan como parte de la patogénesis de la enfermedad cambios estructurales en el colágeno y motilidad colónica anómala
- c) el estreñimiento y la dieta baja en fibra no están asociados a la enfermedad diverticular
- d) La prevalencia de la diverticulosis depende de la edad y la prevalencia y distribución dentro del colon varía según la geografía y la raza.

55. Varón de 58 años de edad diagnosticado de diverticulosis que presenta dolor abdominal en FII crónico sin hallazgo radiológico ni endoscópico de diverticulitis y con calprotectina fecal normal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO corresponden con el caso?

- a) La motilidad colónica alterada puede ser una de las causas subyacentes del dolor abdominal en este paciente
- b) Este paciente podría presentar un aumento en la duración de la actividad contráctil rítmica de baja frecuencia, particularmente en segmentos del colon con divertículos
- c) Podría diagnosticarse de síndrome de diverticulitis latente
- d) Este paciente podría presentar una densidad significativamente reducida de células intersticiales de Cajal

56. Mujer de 73 años que remiten a consulta por presentar 2-3 deposiciones al día de consistencia formada normal, pero con episodios de heces más pastosas, no diarrea y alguna vez algo explosiva con mucho aire. No presenta urgencia defecatoria ni dolor abdominal. Analíticamente destaca: Glucosa, perfil renal y hepático, TSH: Normales. Proteinograma normal. Perfil férrico con saturación de transferrina de 19.5% y resto normal. IgA total normal y Acs antitransglutaminasa tisular AclgA < 0.10U/ml. Hemoglobina 13.9 g, hematocrito 41%, plaquetas 315000/ μ L y leucocitos de 6990/ μ l. PCR 2.16 mg/L y Calprotectina fecal de 69mg/kg. Se le realiza una cápsula endoscópica en la que se objetivan estas imágenes. ¿Cuál sería el diagnóstico de sospecha MÁS correcto en este caso?



Figura 1. Ileon terminal.
Última imagen visualizada en las 10 horas de exploración



Figura 2. Ileon distal.
Imagen visualizada a las 5 horas de exploración

- Lesiones aftoides en ileon distal y ulceración profunda en ileon terminal. Probable isquemia intestinal.
- Fibrosis en ileon terminal y erosiones en ileon distal. Probable ileitis eosinofílica.
- Probable estenosis inflamatoria en ileon terminal y aftas en ileon distal. Probable enteritis linfocítica.
- Probable estenosis mixta en ileon terminal y pequeñas ulceraciones en ileon distal. Probable enfermedad de Crohn severa.

57. **Según la clasificación TNM cómo clasificaría la siguiente lesión: adenocarcinoma moderadamente diferenciado de 3 cms en unión esófago gástrica con epicentro a 1.8 cms de estómago proximal, que invade muscularis mucosae, presenta metástasis en 4 ganglios regionales y no tiene evidencia de diseminación a distancia:**
- Tumor gástrico T1aN2M0G2
 - Tumor gástrico T2N3M0G1
 - Tumor esofágico T1aN2M0G2
 - Tumor gástrico T2N3M0G1
58. **Respecto al cáncer de esófago, señale la afirmación INCORRECTA:**
- Los sitios más comunes de metástasis a distancia en pacientes con cáncer de esófago son el hígado, los pulmones, los huesos y las glándulas suprarrenales.
 - Los adenocarcinomas con mayor frecuencia metastatizan en sitios intraabdominales (hígado, peritoneo), mientras que las metástasis de los tumores escamosos suelen ser intratorácicas.
 - Las metástasis intraperitoneales son fáciles de diagnosticar de forma no invasiva mediante TC o PET.
 - Las metástasis cerebrales son poco comunes y por eso no se recomiendan de rutina la obtención de imágenes cerebrales para el estadío de los tumores esofágico.
59. **En relación al seguimiento de pólipos resecaados en primera colonoscopia (de calidad) de cribado, señale la aseveración CORRECTA:**
- Varón de 52 años, resección completa de un adenoma tubular de 8 mm en colon transverso. Recomendación: endoscopia de control en 3 años.
 - Mujer de 65 años, resección completa de 4 adenomas tubulares de menos de 10 mm. Recomendación: TSOH bienal.
 - Mujer de 50 años, resección de dos micropólipos hiperplásicos. Recomendación: colonoscopia a los 5 años.
 - Varón de 52 años, resección completa de 3 adenomas de menos de 10 mm. Recomendación: colonoscopia de control a los 3 años.
60. **Varón de 48 años de edad obeso, ex-bebedor, con antecedentes de hipertensión arterial. Consulta por antecedentes familiares de cáncer de colon (padre diagnosticado de cáncer de colon a los 72 años, tío materno diagnosticado de cáncer de colon a los 65 años). Se le realiza colonoscopia por este motivo y se objetivan dos pólipos que se resecan completamente. El primero de ellos mide 18 mm y es un adenoma tubular con displasia de alto grado. El segundo es un adenoma tubular de 12 mm. Ambos pólipos pediculados. Al año se repite colonoscopia y no se objetivan lesiones.**
- Recomendación: control endoscópico a los 5 años y si endoscopia normal pasar a rutina de cribado.
 - Recomendación: repetir colonoscopia a los 2 años y si endoscopia normal solicitar control a los 5 años.
 - Recomendación: rutina de cribado con test de sangre oculta en heces a los 10 años.
 - Recomendación: colonoscopia de control a los 3 años.
61. **Mujer de 70 años de edad que acude por referir pirosis diaria desde hace 3 meses que no ha respondido a tratamiento pautado por su médico de atención primaria con IBP a dosis simple cada 24 horas. Asocia desde hace un mes dificultades para la deglución con sensación de dificultad de paso con alimentos sólidos. No presenta anemia ni pérdida de peso ni apetito. ¿Cuál sería su recomendación inicial?:**
- Doblar dosis de IBP durante 8 semanas.
 - Doblar dosis de IBP durante 8 semanas y asociar tratamiento procinético.
 - Doblar dosis de IBP y solicitar gastroscopia.
 - Doblar dosis de IBP durante 4 semanas y si no responde solicitar gastroscopia.

62. Respecto al manejo de la enfermedad por reflujo refractaria al tratamiento con IBP, es FALSO:

- a) Se debe reforzar la modificación del estilo de vida y la dieta, así como el cumplimiento del tratamiento con IBP.
- b) En todos los pacientes en los que fracasa el tratamiento con IBP, realizaremos una endoscopia superior con biopsias de esófago, aunque se le haya realizado en los 12 meses anteriores.
- c) En los pacientes en los que falla el tratamiento con IBP dos veces al día deben someterse a una monitorización del pH.
- d) Realizaremos manometría esofágica en pacientes antes de terapias antirreflujo invasivas para excluir un trastorno de la motilidad esofágica.

63. Sabemos que existe una relación entre la infección por Helicobacter pylori y el cáncer digestivo. A este respecto, señale la aseveración CORRECTA:

- a) El estómago normal contiene abundante tejido linfoide pero, y el H. pylori conduce a una proliferación del mismo.
- b) Un posible mecanismo propuesto para la asociación del cáncer de páncreas y H. pylori es el vínculo entre el cáncer de páncreas y la hiperacidez crónica
- c) Al igual que con el cáncer gástrico, el desarrollo de MALToma puede estar relacionado con cepas específicas de H. pylori que expresan la proteína CagB
- d) Se ha asociado el cáncer de colon con la infección por H.pylori por los niveles elevados de serotonina sérica en pacientes con infección por H. pylori.

64. En el Síndrome de Poliposis Adenomatosa Familiar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA?

- a) Sigue un patrón de herencia autosómico dominante con penetrancia casi completa de la poliposis colónica y de las manifestaciones extracolónicas de la enfermedad
- b) Las mutaciones somáticas del gen APC son exclusivas de esta enfermedad.
- c) El diagnóstico de poliposis adenomatosa familiar (PAF) debe sospecharse en cualquier paciente que tenga 8 o más adenomas colorrectales acumulados.
- d) Si se identifica una mutación en APC, se deben ofrecer pruebas genéticas específicas de la mutación a los familiares en riesgo del caso índice.

65. ¿Qué germen causal sospecharía ante un cuadro de vómitos agudos con antecedente de ingesta de mayonesa casera 4 horas antes?

- a) Staphylococcus aureus
- b) Shigella flexneri
- c) Escherichia coli enterotoxigénica
- d) Salmonella

66. ¿En qué situación estaría indicado el tratamiento con antibioticoterapia empírica?

- a) Diarrea aguda no sanguinolenta no asociada a viajes.
- b) Diarrea aguda con 3 dps al día asociada a febrícula puntual de 37.3 °C
- c) Diarrea aguda en el contexto de un brote por E. Coli productora de toxina Shiga.
- d) Diarrea aguda en paciente de 72 años trasplantado renal.

- 67. Según los criterios de Roma IV, ¿en cuál de los siguientes supuestos NO podría establecerse el diagnóstico de síndrome de intestino irritable?**
- Dolor abdominal recurrente, un día por semana en los últimos seis meses, asociado con la defecación y con cambio en la apariencia de las deposiciones.
 - Dolor abdominal recurrente, tres días por semana en los últimos tres meses, asociado con la defecación y con cambio en la frecuencia de las deposiciones.
 - Dolor abdominal recurrente, tres días por semana en los últimos tres meses, asociado con la defecación y con síntomas dispépticos.
 - Dolor abdominal recurrente, todos los días de la semana en el último año, asociado con la defecación y con cambio en la apariencia de las deposiciones.
- 68. ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría indicada una gastroscopia de revisión?**
- Úlcera péptica duodenal con sangrado activo en la gastroscopia inicial y buena evolución posterior.
 - Úlcera antral de 4 mm, de aspecto benigno en paciente con toma de AINES reciente y con Hpylori erradicado. Con biopsias normales en gastroscopia previa.
 - Úlcera antral de 22 mm, de aspecto benigno en paciente cardiópata antiagregado. Biopsias previas normales.
 - Duodenitis erosiva.
- 69. ¿Cuál de los siguientes enunciados es FALSO respecto al manejo de las colecciones abdominales de la pancreatitis aguda?**
- En presencia de comunicación con el Wirsung, se debiera evitar el drenaje percutáneo.
 - La presencia de necrosis en su interior reduce la eficacia del drenaje endoscópico.
 - Se debe plantear el tratamiento de las colecciones, independientemente de que sean o no sintomáticas.
 - Se recomienda evitar la cirugía si la evolución es inferior a 4 semanas.
- 70. ¿Qué germen causal sospecharía ante un cuadro de diarrea aguda acuosa a la vuelta de un viaje a México?**
- Campylobacter jejuni
 - Shigella flexneri
 - Escherichia coli enterotoxigénica
 - Giardia lamblia

PREGUNTAS DE RESERVA

71. ¿Qué afirmación es CIERTA?

- Un paciente con antiHBc positivo y antiHBs positivo está curado para el VHB.
- Un paciente HBsAg positivo y antiHBe positivo no precisa tratamiento.
- Un paciente con HBsAg positivo y AntiHBe positivo tendrá DNA VHB negativo.
- Un paciente con HBsAg positivo y HBeAg Positivo probablemente no precisa tratamiento.

72. Con respecto a la cirrosis hepática, ¿qué afirmación es FALSA?

- La obesidad empeora la historia natural de la cirrosis compensada de todas las etiologías.
- La abstinencia alcohólica debe recomendarse a cualquier cirrótico independientemente de su etiología.
- La resolución del agente etiológico en una cirrosis puede mejorar tanto la estructura como la función y esto puede trasladarse a la reducción de la presión portal.
- La medida de la presión portal ofrece información diagnóstica pero no pronóstica.

73. ¿Cuál de los siguientes enunciados en relación con la definición AKI en el paciente con cirrosis hepática (Acute Kidney Injure) es INCORRECTO?

- a) AKI-I: aumento de la creatinina sérica ≥ 0.3 mg/dl o aumento 1.5-2 veces sobre el valor basal.
- b) AKI-II: aumento de creatinina sérica $> 2-3$ veces sobre el valor basal.
- c) AKI-III: aumento de creatinina sérica > 3 veces sobre el valor basal o creatinina basal ≥ 4 mg/dl.
- d) AKI-IV: inicio de tratamiento con diálisis.

74. Paciente varón ex-adicto a drogas por vía parenteral de 33 años seguido en consultas digestivo por infección por virus hepatitis B sin tratamiento. Acude a urgencias por astenia e ictericia de 15 días de evolución. Bebedor de cerveza ocasional, no refiere toma de fármacos recientes. En la exploración física la temperatura es de 36,4°C, la TA 125/65 y la frecuencia cardíaca es de 90 latidos por minuto. En la palpación abdominal se aprecia hepatomegalia de dos centímetros por debajo del reborde costal levemente dolorosa. En la analítica la bilirrubina total es de 3,5 mg/dL con una bilirrubina directa de 1,2 mg/dL, GOT 1240, GPT 1870 INR 1,2 HBsAg positivo con ADN de VHB <20 UI/mL, serología negativa para VHC. La ecografía determina ecoestructura hepática heterogénea en relación con hepatopatía crónica. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

- a) Hepatitis aguda alcohólica.
- b) Sobreinfección por virus hepatitis delta.
- c) Carcinoma hepatocelular.
- d) Hepatitis aguda por citomegalovirus.

75. ¿Qué afirmación es FALSA?

- a) La Hipertensión portal prehepática tiene una Presión venosa hepática enclavada normal, Presión venosa hepática libre Normal y el gradiente de Presión de la vena hepática es normal.
- b) La Hipertensión Portal Postsinusoidal tiene una Presión venosa hepática enclavada aumentada, Presión venosa hepática libre Normal y el gradiente de Presión de la vena hepática es normal.
- c) En la Hipertensión portal de la cirrosis hepática, la Presión venosa hepática enclavada está aumentada, la Presión venosa hepática libre es Normal y el gradiente de Presión de la vena hepática esta aumentado.
- d) En el Budd Chiari la Presión venosa hepática enclavada está aumentada, la Presión venosa hepática libre es Normal y el gradiente de Presión de la vena hepática es elevado.