

APARATO DIGESTIVO
TEST

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre acalasia es falsa?
 - a. Se caracteriza por una alteración de la relajación del Esfínter Esofágico Inferior con la deglución y aperistaltismo en el esófago muscular liso
 - b. Si existen contracciones espásticas prematuras del cuerpo esofágico, la enfermedad se denomina acalasia espástica (tipo II)
 - c. Las manifestaciones clínicas de la acalasia pueden incluir disfagia, regurgitación, dolor torácico, hipo, halitosis, pérdida de peso y neumonía por aspiración.
 - d. La pseudoacalasia es más probable que la acalasia idiopática a edades más avanzadas (>50 años), si los síntomas son de comienzo abrupto y reciente (<1 año) y si existe pérdida precoz de peso superior a 7 kg

2. ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos no estaría indicado realizar en un paciente con disfagia, ante la sospecha de un trastorno motor esofágico?
 - a. Endoscopia alta con biopsias esofágicas
 - b. Manometría esofágica de alta resolución
 - c. Pruebas de imagen con contraste
 - d. PHmetría esofágica de 24 horas

3. ¿Cuál es la afirmación falsa en el tratamiento de la Disfagia orofaríngea?:
 - a. Un posible resultado de la evaluación es la identificación de un trastorno neuromuscular, neoplásico o metabólico subyacente que dicte el tratamiento específico
 - b. El tratamiento quirúrgico más frecuente de la disfagia orofaríngea es la miotomía de Heller y el endoscópico la inyección de toxina botulínica.
 - c. Los tratamientos compensadores consisten en cambios posturales, modificación de la aportación o consistencia de los alimentos, o uso de prótesis.
 - d. La detección de aspiración es un factor predictivo del riesgo de neumonía y su descubrimiento implica la necesidad de estrategias de deglución compensadoras, alimentación no oral o cirugía correctora.

4. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad por reflujo gastroesofágico?
 - a. El aumento de la prevalencia de gastritis por *Helicobacter pylori*
 - b. Factores genéticos
 - c. Obesidad
 - d. Algunas formas de actividad física como montar en bicicleta y el levantamiento de pesas

5. Ante un paciente que consulta por pirosis de un mes de evolución, ¿cuál de los siguientes datos le llevarían a solicitar de forma inicial una gastroscopia?
 - a. Anemia macrocítica
 - b. Náuseas
 - c. Antecedente familiar de segundo grado de cáncer gástrico
 - d. Odinofagia

APARATO DIGESTIVO
TEST

6. Seleccione la opción correcta inicial en los siguientes supuestos clínicos dados:
- a. Varón de 63 años con pirosis y síntomas dispépticos agudos desde hace 3 semanas. Tratamiento con omeprazol 40 miligramos al día durante 8 semanas.
 - b. Mujer de 40 años con pirosis y vómitos persistentes de 2 semanas de evolución. Gastroscoopia.
 - c. Varón de 32 años de edad con pirosis y con un tío materno que tuvo cáncer gástrico a los 50 años. Gastroscoopia
 - d. Mujer de 65 años de edad con pirosis y respuesta parcial al tratamiento con omeprazol 20 miligramos al día durante 8 semanas. Manometría esofágica
7. ¿Cuál de las siguientes patologías no se asocia con sobrecrecimiento bacteriano?
- a. Diabetes Mellitus
 - b. Bridas post-quirúrgicas
 - c. Colitis Ulcerosa
 - d. Pseudoobstrucción Idiopática Intestinal
8. Con respecto a la malabsorción de la lactosa, señale la sentencia falsa:
- a. la intolerancia a la lactosa consiste en la imposibilidad de absorción intestinal de lactosa por déficit de lactasa
 - b. la combinación de los resultados del test de aliento de carbohidratos con los síntomas experimentados durante su realización, permite diferenciar subtipos de la entidad
 - c. un paciente con malabsorción de lactosa puede permanecer asintomático aunque ingiera cantidades normales de lactosa
 - d. un paciente celíaco que no sigue correctamente la dieta sin gluten puede presentar intolerancia a la lactosa por afectación de las vellosidades
9. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo de esófago de Barrett?:
- a. ERGE crónico
 - b. Obesidad central
 - c. Raza negra
 - d. Tabaquismo
10. Respecto a la vigilancia endoscópica en pacientes con Esófago de Barrett, no es cierto:
- a. Deben tomarse biopsias cada 2 centímetros en los cuatro cuadrantes, y en las posibles lesiones macroscópicas o áreas sospechosas
 - b. Si no se objetiva displasia y se decide realizar seguimiento endoscópico, este se hará cada 3 a 5 años
 - c. Si se detecta displasia indeterminada, se debe repetir inmediatamente una endoscopia con biopsias de los cuatro cuadrantes cada centímetro
 - d. Si se detecta displasia de bajo grado, se debe repetir inmediatamente una endoscopia con biopsias de los cuatro cuadrantes cada centímetro y confirmar el hallazgo con un otro patólogo

APARATO DIGESTIVO
TEST

11. Identifique la situación clínica que no sería indicación para ablación endoscópica por radiofrecuencia en el esófago de Barrett:
- a. paciente con displasia de alto grado y pequeña lesión nodular de 3 mm con displasia de alto grado no reseada
 - b. paciente con displasia de bajo grado persistente, confirmada por dos patólogos diferentes
 - c. paciente tras resección de nódulo esofágico de 6 mm con carcinoma intramucoso
 - d. paciente de 42 años con esófago de Barrett largo e historia familiar de adenocarcinoma esofágico
12. Respecto al pronóstico de los pacientes con tumores del estroma gastrointestinal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?
- a. la heterogenicidad en pruebas de imagen y la ulceración son factores de mal pronóstico
 - b. el tamaño y la tasa mitótica son factores de riesgo independientes
 - c. la ruptura del tumor durante la cirugía es un factor de riesgo que afecta negativamente a la supervivencia libre de enfermedad del paciente
 - d. los tumores pequeños con alta tasa mitótica tienen mejor pronóstico si son de localización intestinal que gástrica
13. Señale la afirmación falsa respecto a las pruebas diagnósticas de *Helicobacter pylori*:
- a. la exactitud diagnóstica de la histología y la ureasa en biopsia gástrica se ve afectada por el uso previo de Inhibidores de la bomba de protones y/o antibióticos. Esto no ocurre la detección de antígenos en heces
 - b. los antígenos en heces y la prueba de aliento con urea, no se ven afectados por la prevalencia de *Helicobacter pylori*
 - c. el valor predictivo positivo de la serología (IgG cualitativa o cuantitativa) es malo si la prevalencia de *Helicobacter pylori* es baja
 - d. el método de elección dependerá de la situación clínica, la prevalencia de la infección en la población de interés, la probabilidad pretest de infección, la disponibilidad y el coste de las pruebas
14. ¿Cuál de las siguientes propuestas de seguimiento endoscópico es correcta?
- a. los pacientes con gastritis y metaplasia intestinal en cuerpo gástrico, deben considerarse como pacientes de alto riesgo para el desarrollo de adenocarcinoma gástrico
 - b. en pacientes con gastritis crónica y displasia de bajo grado sin lesión visible en endoscopia, se debe recomendar seguimiento endoscópico en 3-6 meses
 - c. en pacientes con metaplasia intestinal incompleta, aunque sólo en antro, se debe recomendar seguimiento endoscópico en 3 años con cromoendoscopia y biopsias
 - d. a pacientes con antecedentes familiares de cáncer gástrico y con estadio avanzado de gastritis atrófica autoinmune, se les debe recomendar gastrectomía profiláctica

APARATO DIGESTIVO
TEST

15. ¿Qué tratamiento propondría a un paciente que no ha respondido a un primer intento de erradicación de *Helicobacter pylori* con un tratamiento de 14 días con Pantoprazol miligramos cada 12 horas, Amoxicilina 1 gramo cada 12 horas, Claritromicina 500 miligramos cada 12 horas?
- Subcitrate de bismuto potasio 420 miligramos + 375 miligramos de metronidazol + 375 miligramos de clorhidrato de tetraciclina , cada 8 horas asociado a pantoprazol 40 miligramos cada 12 horas durante 10 días
 - Amoxicilina 1 gramo + Claritromicina 500mg + Metronidazol 250 miligramos + Pantoprazol 40 miligramos, cada 12 horas durante 14 días
 - Subcitrate de bismuto potasio 140 miligramos + 125 miligramos de metronidazol + 125 miligramos de clorhidrato de tetraciclina , cada 6 horas asociado a pantoprazol 40 miligramos cada 12 horas durante 10 días
 - Amoxicilina 1 gramo + Claritromicina 500mg + Metronidazol 500 miligramos + Pantoprazol 40 miligramos, cada 12 horas durante 14 días
 -
16. A un hombre de 58 años que presenta anemia ferropénica y aumento reciente del ritmo deposicional y es padre de una niña celiaca, se le ha realizado una determinación de alelos HLA-DQ2 y DQ8 que ha resultado negativa. ¿Qué estudio diagnóstico es el más apropiado en este caso?
- Determinación de anticuerpo antitransglutaminasa IgA
 - Endoscopia digestiva alta con toma de biopsias duodenales
 - Colonoscopia
 - Evaluar respuesta a dieta sin gluten
17. La úlcera péptica gastroduodenal:
- Tiene como factor etiológico más frecuente la toma de antiinflamatorios no esteroideos
 - Se diagnostica por endoscopia (como método diagnóstico más sensible y específico) debiendo tomarse biopsias de los bordes de todas las úlceras visualizadas
 - Que no se resuelve con tratamiento con inhibidor de bomba de protones a dosis simple durante 4 semanas, se considera refractaria
 - No precisa de inicio tratamiento antisecretor, en un paciente con infección por *Helicobacter pylori* si la localización de la úlcera es duodenal y no está complicada
18. ¿Cuál sería la primera opción de manejo para un paciente de 82 años con linfoma Hodking en tratamiento y con antecedentes de insuficiencia cardiaca, que presenta una recurrencia de diarrea por *Clostridium difficile* (tratado con vancomicina durante 10 días hace 2 semanas), e ingresa en su hospital con deposiciones diarreicas líquidas en número de 4 al día, con dolor abdominal cólico y fiebre de 39 grados centígrados?
- Tratamiento con Fidaxomicina e interconsulta al servicio de cirugía general
 - Tratamiento con Fidaxomicina y Bezlotoxumab
 - Tratamiento con Vancomicina en pulsos
 - Trasplante de microbiota fecal

APARATO DIGESTIVO
TEST

19. ¿Cuál sería el tratamiento de elección para un paciente que presenta diarrea, artralgias y pérdida de peso y al que se le ha realizado una gastroscopia con biopsias duodenales en las que se objetiva un leve infiltrado inflamatorio y macrófagos PAS+?
- Dieta sin gluten de por vida
 - Ceftriaxona 2 gramos endovenosos al día durante 4 semanas y posteriormente Doxiciclina 100 miligramos vía oral dos veces al día durante un año
 - Omeprazol 20 miligramos vía oral cada 12 horas, Amoxicilina 1 gramo vía oral cada 12 horas, Claritromicina 500 miligramos vía oral cada 12 horas y Metronidazol 500 miligramos vía oral cada 12 horas durante 14 días.
 - Penicillin G 2 millones de unidades intravenosas cada 4 horas durante 2 semanas y posteriormente Trimetropimsulfametoxazol dos veces al día durante 1 año
20. ¿A cuál de los siguientes pacientes se le debe realizar una gastroscopia con biopsias duodenales para descartar enfermedad celíaca?
- varón de 62 años con pancreatitis crónica de causa desconocida con serología de celíaca negativa
 - varón de 52 años con DM y tiroiditis, con dispepticos crónicos que no responden a tratamiento, y con serología de celíaca negativa
 - mujer de 68 años con colitis microscópica, con serología de celíaca negativa y con antecedentes familiares de dos primos con enfermedad celíaca
 - varón de 32 años de edad con síndrome de Down e hipertransaminasemia inexplicada, con serología de celíaca negativa
21. El diagnóstico de la enfermedad celíaca:
- puede hacerse con el hallazgo de incremento de infiltración por linfocitos intraepiteliales (Marsh 2) que es específico y establece el diagnóstico de enfermedad celíaca aún en ausencia de atrofia vellositaria
 - en pacientes con déficit de IgA debe hacerse mediante anticuerpos antigliadina en lugar de antitransglutaminasa
 - en familiares de primer grado de un paciente celíaco puede descartarse razonablemente si el análisis genético es negativo
 - en pacientes con serología negativa no deben hacerse biopsias duodenales nunca si el aspecto macroscópico es normal
22. Una de las siguientes afirmaciones con respecto a las biopsias en las enfermedades gastrointestinales eosinofílicas no es cierta:
- En la mucosa gastrointestinal normal puede haber un número considerable de eosinófilos que en el caso del colon puede ser > de 50 eosinófilos por campo de gran aumento
 - El sistema endoscópico Eosinophilic Gastritis Reference System (EG-REFS) establece una clasificación en base a los hallazgos endoscópicos e histológicos de las biopsias
 - Deben tomarse biopsias también de la mucosa normal ya que en ellas puede objetivarse infiltrado eosinofílico
 - La afectación de la eosinofilia gastrointestinal puede ser parcheada por lo que deben tomar múltiples biopsias (al menos 8 del estómago y 4 del duodeno) además de biopsiar las anomalías mucosas

APARATO DIGESTIVO
TEST

23. Mujer de 58 años de edad asintomática a la que en una ecografía solicitada por un cólico nefrítico se le diagnostica de una lesión quística pancreática. Se le realiza RMN con el siguiente hallazgo: lesión quística de cuerpo de páncreas de unos 32 mm de diámetro en rama secundaria que comunica con el conducto principal que presenta un diámetro de 12 milímetros. ¿Cuál sería la mejor opción para esta paciente?:
- Solicitar una ecoendoscopia con aspiración con aguja fina y si citología negativa seguimiento radiológico
 - Solicitar ecoendoscopia con aspiración con aguja fina y si citología positiva, resección quirúrgica
 - Resección quirúrgica directa
 - Seguimiento radiológico con RMN en 12 meses
24. ¿Cuál sería su recomendación ante el hallazgo de sospecha en RMN de un tumor mucinoso intrapapilar de rama principal en cuerpo de páncreas de 6 mm de diámetro que presenta mucina intraductal en la ecoendoscopia, en un varón sano de 59 años?
- Seguimiento con RMN a los 6 meses y si estable anual hasta los 70 años de edad
 - Seguimiento con ecoendoscopia al año y si estable, seguimiento anual con RMN hasta que deje de ser candidato a cirugía
 - Cese de seguimiento tras hallazgos de ecoendoscopia porque se descarta con la presencia de mucina la sospecha clínica
 - Resección quirúrgica por el potencial de malignización
25. Varón de 65 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, DM tipo 2, obesidad, ex-fumador, síndrome de apnea obstructiva del sueño, hiperplasia benigna de próstata, HDA por úlcera péptica y pancreatitis litiásica leve. Acude por dolor abdominal intenso de 3 horas de evolución de inicio brusco en hemiabdomen superior que no cede con analgésicos y se acompaña de vómitos. A la exploración: presión arterial 130/80 mmHg, frecuencia cardíaca 96 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 20 respiraciones por minuto y temperatura 36 grados centígrados. En la analítica destacan 18000 leucocitos/mm³, amilasa 5900 U/I, AST 169 U/I, ALT 105 U/I, bilirrubina 2.5 gr/dL, PCR 0.8. Se realiza ecografía abdominal en la que se objetiva vesícula distendida con barro biliar sin dilatación de vía biliar. El páncreas aparece hipoecoico y aumentado de tamaño. A las 12 horas de evolución comienza súbitamente con estado clínico de agitación, sudor, taquipnea, livideces, agudización del dolor abdominal. A la exploración presenta presión arterial de 70/50 mmHg y frecuencia cardíaca de 160 latidos por minuto. En la analítica 4400 leucos/mm³, creatinina 1.7 mg/dL, PCR 6.8mg/dL, ph 7.23, bicarbonato 10.9 mmol/L. Precisa noradrenalina a altas dosis y FiO₂ al 100%. ¿Cuál es su impresión diagnóstica más probable con los estudios realizados?
- Colangitis aguda bacteriana secundaria
 - Necrosis pancreática grave con acidosis metabólica
 - Necrosis pancreática grave con alcalosis metabólica
 - Colecistitis crónica litiásica con obstrucción pancreática

APARATO DIGESTIVO
TEST

26. Acerca del pseudoquistes de páncreas señale lo incorrecto:
- Puede infectarse, romperse o sangrar
 - No pueden contener necrosis en su interior
 - Puede producir dolor y masa epigástrica
 - Se presenta en la segunda o tercera semana de la pancreatitis
27. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones no haría tras la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica a un paciente?
- Ingreso hospitalario si a las dos horas de la exploración presenta una cifra de amilasa de 2.5 veces mayor a la normal
 - Tratamiento de sangrado tras esfinterotomía con inyección local de epinefrina
 - Colocación de stent biliar autoexpandible provisional metálico si el sangrado no cede con medidas hemostáticas estándar
 - Repetir CPRE si se sospecha colangitis post-CPRE y no mejora con tratamiento estándar para obtener muestra biliar para microbiología
28. Mujer de 60 años de edad con DM tipo 2 que ingresa por dolor en hemiabdomen superior e hiperamilasemia y es diagnosticada de pancreatitis aguda de etiología no filiada. A las 4 semanas se encuentra asintomática y en eco se objetiva una colección líquida de 42x38mm de diámetro sugestiva de pseudoquistes pancreático. ¿Cuál de las siguientes conductas es la más adecuada?
- Drenaje percutáneo de la colección líquida
 - Punción-aspiración percutánea dirigida por eco para análisis del líquido de la colección
 - Drenaje endoscópico del pseudoquistes
 - Actitud expectante a la espera de resolución espontánea
29. En relación a la pancreatitis crónica señale la aseveración correcta:
- En los pacientes con pancreatitis crónica de etiología enólica debe completarse el estudio con determinación de IgG4 para descartar pancreatitis autoinmune
 - La tomografía axial computerizada es el mejor método para detectar calcificaciones pancreáticas
 - La utilización de secretina intravenosa durante la realización de resonancia magnética no mejora la detección de estenosis y/o dilataciones anómalas
 - La ecografía abdominal es útil únicamente en el diagnóstico de enfermedad avanzada
30. Varón de 62 años de edad obeso, ex-bebedor, con antecedentes de hipertensión arterial, dos episodios de pancreatitis aguda que requirieron ingreso, el último hace 4 años. Acude a consulta refiriendo disconfort abdominal y flatulencia y pérdida de peso en los dos meses previos. Se solicita tomografía axial computerizada en la que se objetivan calcificaciones pancreáticas. ¿Cuál de los siguientes pasos no sería correcto?:
- Determinación de hemoglobina glicosilada anual
 - Descartar otras causas de dolor abdominal con la historia clínica y otras exploraciones complementarias si se precisan antes de iniciar tratamiento suplementario
 - Tratamiento con enzimas pancreáticas a dosis de 40000-50000 unidades tras cada una de las comidas principales y con mitad de dosis tras un tentempié
 - Pautar analgesia para control del dolor si no es suficiente con la suplementación enzimática

APARATO DIGESTIVO
TEST

31. Señale la respuesta falsa al respecto de la colitis isquémica:
- La flexura esplénica es una de las áreas más vulnerables a la isquemia
 - Los síntomas típicos de presentación son dolor abdominal y rectorragia
 - La colonoscopia diagnóstica debe realizarse en las primeras 24-48 horas
 - la colitis isquémica segmentaria crónica es la forma clínico-evolutiva más frecuente
32. Mujer de 70 años, tomadora crónica de AINES por dolor de cadera. Ingresa por obstrucción aguda al flujo gástrico de salida por úlcera pilórica de 3 cm de aspecto péptico en endoscopia. ¿Cuál de las siguientes opciones sería la primera a considerar en su manejo?
- Dilatación endoscópica con balón
 - Perfusión de omeprazol y fluidoterapia parenteral
 - Erradicación de *Helicobacter pylori*
 - Antrectomía laparoscópica
33. Señale la respuesta falsa respecto al tratamiento de la colitis isquémica:
- Se deben retirar los fármacos vasoconstrictores siempre que sea posible.
 - La evidencia experimental apoya el empleo de antibióticos
 - Es recomendable el uso de corticoides
 - La acidosis metabólica es un indicador de mal pronóstico que oriente a la posible necesidad de cirugía
34. Un paciente acude a urgencias por dolor abdominal brusco y en tomografía axial computerizada se objetiva aire libre en el espacio peritoneal. ¿Cuál de las siguientes localizaciones es la menos probable como origen de la perforación?
- Yeyuno proximal
 - Colon ascendente
 - Colon transverso
 - Colon descendente
35. Señale la respuesta falsa en el tratamiento de la hemorragia digestiva alta:
- En caso de hemorragia masiva en paciente anticoagulado con dabigatranes es posible antagonizar su efecto con idarucizumab
 - El empleo de eritromicina previo a la endoscopia urgente reduce la necesidad de una segunda endoscopia
 - El empleo de perfusión de inhibidores de la bomba de protones reduce la necesidad de transfusión en las úlceras en que se realiza terapéutica endoscópica
 - Se recomienda realizar transfusión sanguínea cuando la hemoglobina sea inferior a 8 gr/dL

APARATO DIGESTIVO
TEST

36. Respecto al test de sangre oculta en heces inmunológico, ¿Cuál es la opción verdadera?
- La toma de aspirina puede dar resultado falso positivo
 - Este test detecta la presencia de *hem* en heces
 - Es más específico para detectar sangrado a nivel del tracto digestivo bajo
 - Es el test recomendado en el cribado del cáncer de colon en la población de riesgo alto
37. ¿Cuál de las siguientes pruebas ayuda a descartar una enfermedad celíaca en un paciente que está realizando dieta sin gluten por síntomas dispépticos desde hace 1 año?
- Ninguno. La mejoría clínica al retirar el gluten de la dieta es confirmatoria del diagnóstico de enfermedad celíaca
 - Gastroscofia con biopsias intestinales
 - Anticuerpos anti-péptidos deaminados de la gliadina
 - Test genético de determinación de HLA-DA2/DQ8
38. Varón de 50 años al que se extirpa una lesión gástrica de 6 cms con resultado anatomopatológico de Tumor del estroma gastrointestinal. ¿Qué hallazgo sugiere la necesidad de emplear tratamiento adyuvante con imatinib?
- Más de 5 mitosis/50 campos de gran aumento
 - Predominio de células epitelioides
 - Mutación del receptor alfa del factor de crecimiento derivado de las plaquetas
 - Positividad de CD117
39. Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento endoscópico de la displasia de alto grado/cáncer precoz sobre el esófago de Barrett:
- La resección endoscópica es apropiada para las lesiones intramucosas (T1a) que no sobrepasan la lámina propia
 - La resección endoscópica es curativa si el tumor no sobrepasa la submucosa (T1b)
 - La disección submucosa es preferible a la mucosectomía
 - La diferenciación entre displasia de alto grado y cáncer intramucoso condiciona el riesgo de diseminación linfática
40. ¿Cuál de los siguientes es un criterio de calidad de las colonoscopias de un programa de cribado de cáncer colorrectal en población de riesgo medio?
- El uso de cromoendoscopia es preferible respecto a la luz blanca
 - La tasa de intubación cecal debe ser de al menos 80%
 - El tiempo de retirada debe ser al menos de 6 minutos
 - La tasa de detección de adenomas debe ser de al menos 10% en mujeres y 15% en hombres
41. La resección endoscópica de una de las siguientes lesiones de colon tendría menos probabilidad de ser curativa:
- Tipo Paris 0-IIa de 2.5 cms
 - Tipo Paris 0-Ip de 2.5 cms
 - Tipo Paris 0-Is de 2 cms
 - Tipo Paris 0-IIa+IIc de 1.5 cms.

APARATO DIGESTIVO
TEST

42. ¿Qué entidad se caracteriza por múltiples pólipos hamartomatosos, sobre una mucosa con cambios inflamatorios, hiperpigmentación cutánea y distrofia ungüeal?
- Síndrome de Bannayan-Ruvalcava-Riley
 - Síndrome de Cronkhite-Canada
 - Síndrome de Cowden
 - Poliposis juvenil
43. El síndrome de diarrea secretora e hipopotasemia se asocia al hallazgo de una lesión en colon que se caracteriza por una de las siguientes características. Señale la respuesta correcta:
- Lo pueden ocasionar tanto adenomas tubulares como vellosos
 - La lesión adenomatosa se localiza con más frecuencia en colon proximal
 - La lesión típicamente tiene un tamaño mayor de 3-4 cms
 - La diarrea es de origen hormonal paraneoplásico.
44. En cuál de los siguientes casos no estaría recomendada la colecistectomía:
- Mujer de 25 años con pólipo vesicular solitario y sésil de 10 mm
 - Varón con episodios de dolor abdominal en hipocondrio derecho y náuseas de una semana de duración desde hace un año que presenta en ecografía 2 pólipos vesiculares de 4 mm
 - Mujer de 56 años de edad en seguimiento ecográfico cada 12 meses por pólipos vesiculares (el mayor de 7 mm) que presenta en la ecografía actual un crecimiento de uno de los pólipos de 2 mm. Asintomática
 - Mujer de 38 años de edad con colangitis biliar primaria a la que se detectan en ecografía de control tres pólipos vesiculares de 3-4 mm.
45. ¿Cuál de las siguientes opciones es la más adecuada ante el hallazgo de una lesión rectal de 1 cm, homogénea, hipoecogénica, submucosa en una ecoendoscopia?
- Enviar para resección quirúrgica
 - Solicitar ácido5-hidroxi-indolacético en orina de 24 horas
 - Resección endoscópica con banda
 - Indicar colonoscopia anual de seguimiento
46. ¿Cuál es la vía molecular implicada en la progresión del adenoma serrado sesil a cáncer?
- Mutación germinal en el gen *LKB1*
 - Pérdida del gen *APC*
 - Mutación germinal en los genes reparadores del ADN
 - Incremento de la vía de metilación de islas de CpG

APARATO DIGESTIVO
TEST

47. Señale la respuesta correcta respecto a la colangiopatía asociada al SIDA.
- No se recomienda esfinterotomía endoscópica por su alto riesgo de complicaciones
 - La antibioterapia es un tratamiento eficaz
 - Se relaciona con infección por *Cryptosporidium* o CMV
 - Típicamente se presenta como ictericia
48. Señale la respuesta correcta respecto al riesgo de cáncer gastroduodenal en pacientes con poliposis adenomatosa familiar (PAF):
- El riesgo de cáncer gástrico a lo largo de la vida es de 0.5%
 - La mayoría de los pólipos gástricos detectados por endoscopia son adenomas
 - Los cánceres duodenales generalmente aparecen por debajo de los 30 años de edad si el paciente presenta adenomas duodenales
 - La incidencia de cáncer duodenal es de 60%
49. La enfermedad de Behcet puede afectar al tracto gastrointestinal. Señale la afirmación cierta a este respecto:
- La recurrencia tras la cirugía es rara
 - La afectación gastrointestinal no es frecuente
 - Si afecta al intestino, frecuentemente causa estenosis intestinal
 - Afecta primariamente a pequeñas venas y vénulas que originan la formación de úlceras
50. En el Síndrome de Lynch, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?
- El riesgo de cáncer de colon sincrónico al diagnóstico es de alrededor del 20%
 - Es una enfermedad autosómica recesiva
 - La edad media al diagnóstico del cáncer es de 30 años
 - El desarrollo de cáncer está relacionado con una mutación germinal en el gen *APC*
51. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a la afectación intestinal por endometriosis?
- Los síntomas siguen un curso cíclico
 - El diagnóstico suele hacerse por biopsia endoscópica
 - Puede condicionar obstrucción de intestino delgado
 - La presentación habitual es en forma de hematoquecia
52. Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento ablativo de la displasia en el esófago de Barrett:
- La terapia fotodinámica no tiene efectos secundarios significativos
 - La terapia fotodinámica utiliza la luz ultravioleta
 - La ablación por radiofrecuencia se basa en liberar energía térmica de forma uniforme
 - La radiofrecuencia y la terapia fotodinámica no tienen la misma eficacia

APARATO DIGESTIVO
TEST

53. En relación con la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, es falso:
- La Enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo y la Colitis Ulcerosa sólo afecta a colon y recto
 - La afectación de la Enfermedad de Crohn suele ser discontinua y en la Colitis Ulcerosa la inflamación es continua
 - La inflamación en la Enfermedad de Crohn puede afectar a todas las capas de la pared intestinal y en la Colitis Ulcerosa sólo se afecta la mucosa.
 - La Enfermedad de Crohn puede presentar manifestaciones extra intestinales pero no la Colitis Ulcerosa
54. ¿Cuál de los siguientes enunciados es verdadero?:
- En los pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal se ha descrito una disbiosis de la microbiota intestinal
 - La Enfermedad Inflamatoria Intestinal representa un estado de respuesta inmunitaria autolimitada
 - No hay evidencia de asociación entre enfermedades psiquiátricas y el desarrollo o el empeoramiento del pronóstico de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal
 - Los factores genéticos de riesgo identificados para la enfermedad Inflamatoria Intestinal son más importante que los ambientales en el riesgo de desarrollar la enfermedad
55. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?:
- La Enfermedad de Crohn muestra una afectación preferente por la porción distal del intestino delgado y la región proximal del colon.
 - En la Colitis Ulcerosa la zona más afectada del intestino es el recto
 - La cirugía en la Enfermedad de Crohn debe tratar de ser conservadora
 - La cirugía en la Colitis Ulcerosa debe tratar de ser conservadora
56. Respecto a la clínica de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, que afirmación es falsa:
- La enfermedad de Crohn puede cursar con diarrea y rectorragia
 - La Colitis Ulcerosa puede cursar con diarrea y rectorragia
 - El estreñimiento y los vómitos descartan la presencia de Enfermedad Inflamatoria Intestinal
 - El dolor abdominal es un síntoma frecuente tanto en la Colitis Ulcerosa como en la Enfermedad de Crohn

APARATO DIGESTIVO
TEST

57. Varón de 35 años, fumador. Diagnosticado de Enfermedad de Crohn hace 3 meses, por el momento sin tratamiento Acude a Urgencias por un episodio de vómitos y dolor abdominal difuso y escasa emisión de ventoseo Dos días sin deposición. Exploración Física: Abdomen ligeramente distendido, escasamente doloroso, RHA ligeramente disminuidos, no signos de peritonismo. Analítica de sangre: Leucocitos 12000, Hb 14 gr/dL, Plaquetas 430.000. PCR 25. Se realiza un TC de abdomen observándose un engrosamiento de íleon terminal con pared de 7 mm, estrechamiento de su luz, de 15 cm de extensión, con dilatación supraestenótica de 35 mm. Realce de su pared, con captación de contraste. ¿Cuál sería la actitud a tomar?:
- Cirugía urgente
 - Tratamiento médico con reposo intestinal, sin corticoides
 - Tratamiento médico con reposo intestinal y corticoterapia
 - Inicio de Infliximab 5mg/Kg peso 0-2-6 semana
58. ¿Cuál no es un factor de buena respuesta al tratamiento con anti TNF en la Enfermedad de Crohn estenosante?
- Longitud de estenosis < 12 cm
 - Diámetro máximo proximal a estenosis > 29 mm
 - Hipercaptación en Resonancia Magnética
 - Enfermedad penetrante
59. ¿Cuándo NO está indicado tratamiento quirúrgico de la Enfermedad de Crohn estenosante?
- Refractario a tratamiento médico
 - Estenosis fibróticas sintomáticas
 - Brote agudo con aumento de reactantes fase aguda
 - Perforación
60. ¿Cuándo no está indicada una dilatación endoscópica con balón en una estenosis por Enfermedad de Crohn?
- En estenosis corta
 - Cuando existe mucha actividad inflamatoria
 - Cuando no existe fístula
 - Estenosis única
61. En la Enfermedad de Crohn la curación mucosa se define
- La curación mucosa se define como la ausencia de úlceras
 - Un CDAI>3 es sugestivo de curación mucosa
 - La calprotectina tiene una alta correlación con la inflamación objetivada en la endoscopia
 - Es un objetivo del tratamiento prevenir efectos adversos relacionados con el tratamiento

APARATO DIGESTIVO
TEST

62. En la Colitis Ulcerosa leve moderada, cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:
- El tratamiento de inicio recomendado es A-ASA
 - Si no hay respuesta a 5-ASA se debe iniciar tratamiento con corticoides
 - Si no hay respuesta a Corticoides no se debería tratar al paciente con Ciclosporina
 - Cuando se consigue la remisión clínica del paciente con Corticoides y 5-ASA, el tratamiento de mantenimiento puede ser 5-ASA y AZA
63. Entre las causas de diarrea crónica no está:
- La diverticulitis
 - El gastrinoma
 - El uso de codeína
 - La colitis linfocítica
64. Respecto al Síndrome de Budd- Chiari, señale la afirmación que es incorrecta:
- La anticoagulación no debe iniciarse en los pacientes asintomáticos cuando ya están siendo tratados con tratamientos específicos de la enfermedad protrombótica subyacente
 - La trombofilia hereditaria es un factor etiológico
 - Es frecuente presentar niveles normales o levemente alterados de aminotransferasas, fosfatasa alcalina y bilirrubina sérica además de hipoalbuminemia
 - Las manifestaciones clínicas principales son ascitis, dolor abdominal y fiebre.
65. Acerca de la enfermedad de Wilson ¿Qué es falso?
- La enfermedad de Wilson debe ser considerada en cualquier paciente con enfermedad hepática inexplicable en combinación con trastornos neurológicos y neuropsiquiátricos.
 - La ausencia de anillos de Kayser-Fleischer no excluye el diagnóstico de la enfermedad de Wilson, incluso en pacientes con enfermedad neurológica predominante.
 - El tratamiento es permanente y no debe interrumpirse, a menos que se realice un trasplante de hígado
 - El tratamiento inicial para pacientes sintomáticos con enfermedad de Wilson no debe incluir un agente quelante (D-penicilamina o trientina).
66. ¿Qué no es cierto acerca de la monitorización del tratamiento en la enfermedad de Wilson?
- Al menos dos veces al año debe determinarse el cobre y la ceruloplasmina séricos, las enzimas hepáticas y la razón normalizada internacional, parámetros funcionales, hemograma completo y análisis de orina, así como realizar exámenes físicos y neurológicos.
 - Durante el tratamiento y dos días después de interrumpirlo, se debe medir la excreción urinaria de cobre durante 24 horas (periodicidad anual).
 - Se debe estudiar a los familiares de primer grado (hermanos, progenitores y descendencia) mediante test genético.
 - Si en el estudio familiar se detecta un paciente afectado pero asintomático, se puede demorar el inicio del tratamiento hasta que aparezcan síntomas.

APARATO DIGESTIVO
TEST

67. En una hepatitis aguda, de los signos abajo indicados ¿Cuál de ellos aconsejaría el ingreso del/la paciente?
- Astenia
 - GPT > a 2000
 - Bilirrubina total > 10 mg/dl
 - Alteración del INR
68. ¿Qué no define a la insuficiencia hepática aguda grave?:
- Deterioro rápido de la función hepatocelular
 - Encefalopatía hepática
 - Presencia de varices esofágicas
 - Ausencia de antecedentes de enfermedad hepática
69. En un paciente de 55 años, sin antecedentes de hepatopatía, con desorientación e ictericia cutáneo-mucosa de una semana de evolución y una analítica en la que destaca una bilirrubina total de 23mg/dL, un INR de 2.3 ¿Qué no es adecuado?
- Monitorizar la glucemia
 - Contactar con la Unidad de cuidados intensivos del centro
 - Poner un bolo intravenoso de corticoides
 - Plantear el traslado a un centro con posibilidades de trasplante hepático
70. Una de las siguientes afirmaciones no es correcta en relación a los tratamientos de elección de la EHGNA para todos los pacientes:
- La intervención dietética
 - Educación en cambios en el estilo de vida: Caminar o correr 150-200 minutos/semana
 - Pérdida de peso
 - Fármacos

APARATO DIGESTIVO
TEST

PREGUNTAS DE RESERVA

71. La escala MELD para la enfermedad hepática terminal es una puntuación pronóstica bien validada que utiliza los valores séricos de:
- Bilirrubina, Creatinina, INR
 - Bilirrubina, Urea, INR
 - Creatinina, bilirrubina, T° de Protrombina
 - Bilirrubina, ALT, Creatinina
72. Respecto al Hepatocarcinoma, es falso:
- La aflatoxina es un factor de riesgo conocido de CHC
 - Es fundamental el diagnóstico anatomopatológico en todos los pacientes
 - La mayoría de los Hepatocarcinomas asientan sobre hígado cirrótico
 - El VHB es un factor de riesgo de desarrollo de Hepatocarcinoma, incluso sin existencia de cirrosis
73. Teniendo en cuenta la estadificación del BCLC, un paciente de 54 años, con cirrosis autoinmune, con un nódulo sugestivo de hepatocarcinoma <2 cm, con datos de Hipertensión portal y sin comorbilidades, estaría indicado:
- Cirugía
 - Radiofrecuencia
 - Trasplante hepático
 - Tratamiento sistémico
74. Una de las siguientes patologías no es un factor predisponente para el desarrollo de un colangiocarcinoma:
- La cirrosis hepática por VHC
 - La colitis ulcerosa
 - Enfermedad de Caroli.
 - La colangitis esclerosante primaria.
75. ¿Qué complicación de la cirrosis no se asocia a hipertensión portal?
- Ascitis
 - Hemorragia digestiva por rotura de varices esofágicas
 - Encefalopatía hepática
 - Delirium tremens