

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de aparato digestivo del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Observaciones:

- Este examen consta de siete **(7) cuestionarios en un solo cuaderno** correspondientes a siete temas o casos clínicos diferentes de esta especialidad.
- Cada cuestionario está identificado y resaltado con un número y la materia de la que trata o directamente la descripción del caso, y seguidamente hay **24 preguntas** de tipo test, numeradas del 1 al 24.
- **Tiene que responder las 24 preguntas de tres (3) de los siete temas o casos.** Las cuatro últimas preguntas (núm. 21-24) de cada tema son de reserva por si alguna de las otras (1-20) resulta impugnada.
- Para cada pregunta solo hay una respuesta correcta entre las cuatro posibles.
- Cada respuesta correcta se valora con 1 punto, de modo que la valoración total del examen es de 60 puntos (20 preguntas × 3 temas). Es necesario responder las preguntas de reserva, aunque en principio solo se puntuarán las preguntas 1-20. Cada respuesta errónea se penaliza con una cuarta parte del valor de una correcta. Las respuestas en blanco y las que contengan más de una alternativa marcada no se valoran.
- Las páginas del cuaderno están numeradas; compruebe su contenido hasta la última página. Si detecta alguna anomalía en la impresión, pida que se lo cambien.
- **Tiene que señalar las respuestas en la hoja óptica que se le ha entregado. Lea muy atentamente las instrucciones que figuran en esta.**
- El tiempo para completar la prueba es de **120 minutos, incluido el tiempo para señalar las respuestas en la hoja óptica.**
- Puede utilizar el cuaderno como borrador. Una vez finalizada la prueba, puede llevárselo.

Advertencias:

- No puede leer ninguno de los cuestionarios hasta que se le indique.
- No haga en la hoja óptica ningún tipo de marca ni firma que pueda desvirtuar los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Únicamente puede usar bolígrafo negro o azul.
- No se permite usar calculadora.
- Durante la prueba no puede llevar encima ni tener sobre la mesa ningún aparato electrónico, ni siquiera apagado.
- Antes del inicio de la prueba, algún miembro del tribunal o alguno de sus colaboradores habrá explicado las instrucciones que debe seguir. Si no ha entendido alguna de esas instrucciones, pídale que se la aclare.
- El hecho de concurrir a esta prueba supone aceptar estas instrucciones, sin detrimento del derecho a interponer una reclamación o un recurso.
- Incumplir cualquiera de estas advertencias puede suponer la exclusión de la prueba.



Caso 1

Paciente de 57 años, sin antecedentes personales ni familiares de cáncer de colon ni de cáncer en otras localizaciones, fumador de 22 cigarrillos al día, con hábitos de vida sedentarios, enolismo de 60 gr/día, obesidad con un índice de masa corporal de 37 y una dieta rica en carnes rojas y procesadas.

1. Señale la respuesta correcta en relación con el cáncer de colon:

- a) Es el tipo de cáncer con más incidencia en España.
- b) Su incidencia está aumentando en los últimos años.
- c) En la población de menos de 50 años su incidencia está bajando claramente.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

2. Señale la respuesta falsa en relación con los factores de riesgo del cáncer colorrectal:

- a) El consumo de tabaco incrementa el riesgo de cáncer de colon.
- b) El consumo de alcohol incrementa el riesgo de cáncer de colon.
- c) La obesidad no ha mostrado ser un factor de riesgo para el desarrollo del cáncer de colon.
- d) El ejercicio físico regular es un factor que reduce el riesgo de cáncer de colon.

3. Señale la respuesta correcta en relación con la edad y el cáncer de colon:

- a) El cáncer de colon incrementa claramente su incidencia a partir de los 50.
- b) El cáncer de colon presenta la misma incidencia en cualquier edad.
- c) La edad no es un factor de riesgo determinante en el desarrollo del cáncer de colon.
- d) La edad es el único factor de riesgo determinante para el desarrollo de un cáncer colorrectal y no existen otros factores moduladores significativos.



4. Señale la respuesta correcta en relación con el cáncer colorrectal (CCR):

- a) La dieta rica en carnes rojas y procesadas disminuye el riesgo de CCR.
- b) La dieta rica en frutas y vegetales disminuye el riesgo de CCR.
- c) La dieta rica en grasas y la obesidad disminuyen el riesgo de CCR.
- d) No se debe recomendar retirar el consumo de tabaco y de alcohol para prevenir el CCR.

5. El paciente descrito inicialmente no presenta ningún tipo de sintomatología.

Señale la respuesta correcta en relación con el programa de cribado del cáncer de colon:

- a) No tiene criterios para participar ya que solo se incluyen los pacientes de entre 60 y 75 años.
- b) Cumple criterios para ser incluido en el programa de cribado del CCR.
- c) La ausencia de antecedentes familiares es un criterio de exclusión del programa de cribado del CCR.
- d) La ausencia de síntomas es un criterio de exclusión del programa de cribado del CCR.

6. Una vez incluido en el programa de cribado se hace la determinación de sangre oculta en heces (SOH) inmunológica cuantitativa, que resulta positiva. Señale la respuesta correcta:

- a) No se debe ofrecer ningún tipo de prueba complementaria.
- b) Se debe ofrecer al paciente hacer una segunda determinación de SOH.
- c) Se debe ofrecer al paciente hacer una colonoscopia.
- d) Si no hay síntomas no es necesario hacer una colonoscopia.

7. Señale la respuesta falsa en relación con la calidad de las endoscopias del programa de cribado:

- a) Deben ser procedimientos hechos por endoscopistas de alta cualificación para poder detectar y tratar las lesiones.
- b) Se deben hacer en gabinetes con programación específica separada de las endoscopias de rutina.
- c) Se debe disponer de equipamientos de la máxima calidad para optimizar la detección de las lesiones.
- d) Las endoscopias del programa de cribado pueden hacerse en cualquier gabinete y por cualquier tipo de endoscopista independientemente de su tasa de detección de adenomas.

8. La colonoscopia es normal hasta el ciego, pero en la estratificación del grado de limpieza, según la escala de Boston, el resultado ha sido el siguiente:

Colon derecho: 1

Colon transverso: 1

Colon izquierdo: 1

Colon total: 3 puntos.

Señale la respuesta correcta:

- a) Se debe repetir la colonoscopia para conseguir una puntuación total de 6 puntos (o superior) con un mínimo de dos puntos en cada tramo.
- b) Se debe repetir la colonoscopia para conseguir una puntuación total de 6 puntos (o superior), independientemente de la puntuación de cada tramo.
- c) No se debe repetir la colonoscopia, este grado de limpieza del colon es adecuado.
- d) El grado de limpieza del colon no es un factor determinante para la tasa de detección de adenomas ni para evitar la neoplasia de intervalo.

9. **Se repite la colonoscopia y se objetiva la presencia de un pólipo único pediculado de 15 mm a 30 cm del margen anal. La colonoscopia es completa hasta el ciego, con 9 puntos en la escala de Boston. Se hace una polipectomía con una resección completa del pólipo con su pedículo. En el estudio histológico se describe un adenoma tubulovelloso con displasia de alto grado focal estrictamente superficial, con márgenes de resección libres de tejido adenomatoso con margen de resección amplio en el pedículo.**

Señale la respuesta correcta:

- a) Se requiere un tratamiento quirúrgico complementario para asegurar la curación de la lesión.
- b) La lesión ha quedado curada tras la resección endoscópica.
- c) Se debe repetir la colonoscopia de inmediato para revisar la escara de la polipectomía dado el riesgo alto de lesión residual.
- d) Se debe hacer una TC abdominal complementaria como estudio de la extensión de la lesión.

10. **Señale la respuesta correcta según las últimas guías clínicas en cuanto al control endoscópico de la lesión descrita:**

- a) Se requiere una revisión endoscópica en 6 meses.
- b) No requiere una revisión endoscópica ya que se trata de una lesión de riesgo bajo.
- c) Este paciente será susceptible de una colonoscopia anual a partir de ahora.
- d) Una revisión endoscópica dentro de tres años es suficiente.

11. **Este paciente tiene un hermano de 52 años, asintomático. En la familia no existen otros antecedentes de CCR. ¿Qué recomendación debemos dar al hermano en cuanto a prevención del CCR?**

- a) Es susceptible de endoscopia de forma inmediata.
- b) No requiere ningún tipo de procedimiento dada la edad y la ausencia de clínica asociada.
- c) En este caso se recomienda el control por medio de una SOH bianual.
- d) Se le debe ofrecer una colonoscopia anual como herramienta de prevención más eficaz a nivel de coste.

- 12. El paciente deja de acudir a las consultas externas. Regresa al cabo de siete años con un cuadro de rectorragias asociadas a una pérdida de ocho kilos. Señale la respuesta correcta:**
- a) No requiere una colonoscopia porque tiene una de hace siete años.
 - b) Requiere colonoscopia por la clínica que presenta para descartar un CCR.
 - c) En este caso basta con un análisis de SOH.
 - d) La exploración inicial debe ser una ecografía abdominal.
- 13. Se hace una colonoscopia que muestra la presencia de una lesión rectal a 5 cm del margen anal, del tipo LST-G de unos 4 cm de diámetro con patrón IV de Kudo en la zona central de la lesión. Se hacen biopsias que son compatibles con un adenocarcinoma.**
- Señale la respuesta correcta en cuanto al estudio de extensión:**
- a) Al ser una lesión rectal se puede hacer el tratamiento directamente sin estudio de extensión.
 - b) Se debe hacer una TC torácico-abdominal y una RMN rectal.
 - c) En caso de duda sobre el estadiaje local se puede hacer una ecoendoscopia rectal.
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.
- 14. El estudio de extensión muestra ausencia de lesiones a distancia en el pulmón o el hígado. También muestra ausencia de adenopatías evidentes. Se objetiva una lesión neoformativa con una imagen sugestiva de infiltración hasta la submucosa, pero sin contactar con la muscular propia.**
- Señale la respuesta correcta respecto al estadiaje:**
- a) Estadio T3N1M1.
 - b) Estadio T2N0M0.
 - c) Estadio T1N0M0.
 - d) Estadio T2N1M0.

- 15. Señale el tratamiento correcto dado el estadio y la ubicación de la lesión:**
- a) Requiere tratamiento quirúrgico mediante resección abdominoperineal.
 - b) La única opción válida es hacer una mucosectomía convencional en fragmentos.
 - c) Es susceptible de una resección en bloque mediante una disección endoscópica submucosa.
 - d) Requiere un tratamiento neoadyuvante mediante quimioterapia y radioterapia antes del tratamiento.
- 16. El bloque de la anatomía patológica muestra la presencia de un pólipo resecado en bloque con un foco central de adenocarcinoma de 8 mm con infiltración hasta la submucosa sm1, pero sin contactar con la muscular propia, con márgenes de resección libres de enfermedad.**
- Señale la respuesta correcta de acuerdo con el estudio de extensión previo a la resección:**
- a) La resección endoscópica ha sido curativa.
 - b) Se requiere un tratamiento quirúrgico complementario para completar el tratamiento.
 - c) Se requiere quimioterapia y radioterapia adyuvantes.
 - d) La resección endoscópica no muestra criterios para considerar que haya sido curativa.
- 17. Señale la respuesta correcta en cuanto al seguimiento endoscópico de este paciente:**
- a) No requiere una revisión endoscópica.
 - b) Requiere únicamente que se le hagan rectosigmoidoscopias de control.
 - c) Requiere un control endoscópico de forma precoz, que es aceptable a los seis meses.
 - d) Requiere un control endoscópico a los tres años.

- 18. De nuevo, el paciente deja de acudir a las consultas. Regresa a los tres años. Se le hace una colonoscopia en la que se detecta la presencia de doce pólipos de colon, distribuidos en el colon derecho y el transverso. Todos los pólipos son de menos de 10 mm.**

Señale la respuesta correcta en cuanto al tratamiento:

- a) Si es factible, la resección endoscópica de las lesiones ha de ser el tratamiento de elección.
- b) El paciente cumple criterios para hacer una colectomía total con ileostomía.
- c) Basta hacer el seguimiento de las lesiones sin necesidad de plantear la resección.
- d) Se debe hacer un estudio genético antes de plantear cualquier tipo de tratamiento de las lesiones descritas.

- 19. En este paciente, señale la respuesta correcta:**

- a) No tiene indicación para ser remitido a una consulta de riesgo alto de cáncer colorrectal.
- b) Puede ser susceptible de un estudio genético complementario.
- c) El resultado del estudio genético es indispensable para el manejo clínico.
- d) El estudio genético tiene probabilidades altas de ser patológico.

- 20. Señale la opción que, con menos probabilidad, puede corresponder con el cuadro descrito:**

- a) Poliposis adenomatosa familiar clásica.
- b) Poliposis adenomatosa familiar atenuada.
- c) Síndrome de Lynch.
- d) Síndrome de Lynch-like.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la respuesta correcta en relación con la clasificación de Kudo:**

- a) No tiene relevancia a la hora de tomar decisiones durante la endoscopia.
- b) Es aconsejable utilizarla cuando se caracterizan lesiones endoscópicas antes de la resección.
- c) Su uso tiene relevancia para tomar decisiones durante la endoscopia.
- d) Las respuestas b) y c) son correctas.

- 22. En el caso de este paciente, se hace un estudio inmunohistoquímico sobre el bloque parafinado del tumor. Se detecta un déficit de expresión de MSH6; una expresión correcta de MLH1, MSH2, PMS2. Asimismo, se objetiva la presencia de inestabilidad de microsatélites.**

Señale la respuesta correcta:

- a) Con este resultado se puede considerar que no existe alteración de la inmunohistoquímica y se puede descartar el síndrome de Lynch.
- b) Existe déficit de expresión de MSH6 por lo que se debe continuar el estudio por un posible síndrome de Lynch.
- c) Se trata de un resultado típico de la poliposis adenomatosa familiar.
- d) Se trata de un resultado típico del síndrome de poliposis serrada.

- 23. Se hace un estudio genético por medio de un panel de colon, para el estudio de mutaciones germinales. El estudio es negativo y muestra una ausencia de mutaciones en el conjunto de genes asociados al síndrome de Lynch y a la poliposis adenomatosa. El estudio de deleciones también ha sido negativo.**

Señale la entidad a la que corresponde la situación de este caso:

- a) Poliposis adenomatosa familiar.
- b) Síndrome de Lynch.
- c) Síndrome X.
- d) Síndrome de Lynch-like.

- 24. Una vez establecido el diagnóstico, señale la respuesta correcta sobre la entidad que afecta a esta familia:**

- a) Todos los familiares de primer grado del caso índice requieren colonoscopia anual de forma obligatoria.
- b) Se debe hacer un estudio de manifestaciones extracolónicas mediante pantomografía y un estudio del fondo de ojo.
- c) La ausencia de mutación genética identificada indica la no existencia de un riesgo de cáncer de colon mayor en esta familia.
- d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

Caso 2

Varón de 63 años remitido a la unidad de endoscopia para hacerle una gastroscopia por un reflujo de larga evolución (superior a 10 años). El paciente es obeso, hipertenso y fumador. Refiere disfagia a sólidos desde hace un mes. Se hace una gastroscopia que detecta a 32 cm de las arcadas dentarias la presencia de una mucosa ectópica que se extiende hasta la unión esofagogástrica situada a 38 cm de las arcadas dentarias en donde se aprecian signos de esofagitis por reflujo grado C.

Se pauta un tratamiento médico y se hace una nueva gastroscopia a las ocho semanas. En ella se aprecia la mucosa ectópica descrita previamente sugestiva de esófago de Barrett (C5M6) con una cicatrización completa de la esofagitis por reflujo y a 35 cm de las arcadas dentarias se aprecia un área irregular sobreelevada de unos 8 mm (0-Is) diferente al resto de la mucosa circundante. Se hacen biopsias de forma aleatoria de la lesión descrita, suponiendo que puede tratarse de un esófago de Barrett según el protocolo de Seattle. Los resultados de la lesión visible en el esófago confirman un esófago de Barrett con metaplasia intestinal y presencia de focos de displasia de grado alto y las biopsias aleatorias confirmaban el esófago de Barrett sin displasia. Se planifica una estrategia de tratamiento y seguimiento.

1. Señale la afirmación falsa en referencia al diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE):

- a) El paciente que presenta síntomas típicos de enfermedad por reflujo puede diagnosticarse a partir de la historia clínica y generalmente no requiere otras investigaciones.
- b) La endoscopia digestiva está indicada como método diagnóstico inicial en todos los pacientes que muestran síntomas típicos de ERGE.
- c) El ensayo terapéutico con inhibidores de la bomba de protones (IBP) tiene valor diagnóstico en los pacientes con síntomas típicos de ERGE.
- d) La pH-metría está indicada para investigar la presencia de reflujo en los pacientes que no responden al tratamiento empírico y presentan una endoscopia negativa.

2. Señale la respuesta falsa en relación con el manejo inicial de la enfermedad por reflujo gastroesofágico:

- a) Las modificaciones en el estilo de vida son fundamentales en el manejo de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- b) La disfagia debe considerarse un síntoma de alarma para valorar hacer una gastroscopia.
- c) Se puede considerar suspender el tratamiento médico en pacientes con ERGE no complicado que responden a ocho semanas de tratamiento con inhibidores de la bomba de protones.
- d) En los pacientes con gastroscopia normal y con pirosis que no responden al tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones, se debe descartar una enfermedad por reflujo gastroesofágico y no se deben hacer otros estudios.

3. Señale la respuesta falsa en referencia a los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad por reflujo gastroesofágico:

- a) La hipotonía del esfínter esofágico inferior es un factor predisponente.
- b) Las relajaciones transitorias del esfínter esofágico inferior pueden ser responsables de hasta el 60 % de los episodios de reflujo gastroesofágico (RGE).
- c) Las alteraciones de la motilidad del cuerpo esofágico no influyen en el reflujo gastroesofágico.
- d) El vaciamiento gástrico es otro factor que hay que tener en cuenta.

4. Señale la respuesta correcta en referencia a los diferentes fenotipos de presentación de la enfermedad por reflujo gastroesofágico:

- a) La enfermedad por reflujo gastroesofágico no erosivo supone menos del 50 % de todos los casos de reflujo.
- b) No hay diferencias en la gravedad de la pirosis entre los diferentes fenotipos de reflujo gastroesofágico.
- c) El reflujo no erosivo se asocia a exposiciones normales de ácido en el esófago sin lesiones de la mucosa esofágica.
- d) La enfermedad por reflujo gastroesofágico erosiva es más frecuente que la no erosiva y se clasifica según la clasificación de Los Ángeles.

5. **Señale la respuesta falsa respecto a la utilidad de la endoscopia digestiva en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico:**
 - a) La sensibilidad en el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico es escasa.
 - b) Existe una buena correlación entre la intensidad o la frecuencia de los síntomas de ERGE y la gravedad de las lesiones endoscópicas.
 - c) La biopsia esofágica añade poca información a la endoscopia en la valoración de la esofagitis.
 - d) La endoscopia de seguimiento es generalmente innecesaria y solo está indicada en determinados casos (pacientes que no responden al tratamiento, control de esofagitis por reflujo grado C-D, seguimiento de esófago de Barrett, necesidad de biopsias para clarificar el diagnóstico).

6. **Señale la respuesta correcta en referencia a las siguientes afirmaciones sobre la esofagitis por reflujo de grado C de la clasificación de Los Ángeles**
 - a) Supone una o más lesiones de la mucosa, igual o menor de 5 mm de longitud, sin confluencia.
 - b) Supone una o más lesiones de la mucosa, con confluencia y afectación de más del 75 % de la circunferencia esofágica.
 - c) Supone una o más lesiones de la mucosa, con confluencia y afectación menor del 75 % de la circunferencia del esófago.
 - d) Supone una o más lesiones de la mucosa, superior a 5 mm de longitud, sin confluencia.

7. **¿Qué técnica de estudio es de más utilidad para un diagnóstico correcto en un paciente con síntomas de reflujo gastroesofágico que no responde al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones?**
 - a) Manometría de alta resolución.
 - b) PH-metría ambulatoria 24 h de doble canal.
 - c) Impedancia intraluminal multicanal asociada a pH-metría.
 - d) Bilitec™.

8. Señale la respuesta falsa en referencia a la técnica de impedancia intraluminal multicanal (IMM) para el estudio del reflujo gastroesofágico:
- a) Se basa en la medida de los cambios de la resistencia al paso de una corriente eléctrica entre dos electrodos que surgen como consecuencia de modificaciones funcionales o estructurales en el esófago.
 - b) Permite detectar reflujo líquido, gas y combinado de gas y líquido.
 - c) No interfiere su interpretación si hay alteraciones de la motilidad o histológicas del esófago.
 - d) Es una técnica indicada en pacientes con síntomas laringofaríngeos o respiratorios de causa no clara.
9. Señale la respuesta falsa en referencia a los factores de riesgo para valorar un *screening* de esófago de Barrett según la mayoría de las guías clínicas:
- a) Tabaquismo.
 - b) Historia familiar de cáncer de esófago.
 - c) Obesidad central.
 - d) Edad superior a 50 años sin diferencia de sexo y raza.
10. El diagnóstico de esófago de Barrett se basa en los hallazgos endoscópicos y en la confirmación histológica.
- Señale la respuesta falsa.**
- a) La mayoría de las sociedades científicas necesitan la presencia de metaplasia intestinal para el diagnóstico del esófago de Barrett.
 - b) Se recomienda usar endoscopios de alta definición con luz blanca para la vigilancia endoscópica del esófago de Barrett.
 - c) Siempre se aconseja biopsiar un esófago de Barrett en presencia de esofagitis por reflujo.
 - d) No se recomienda el uso rutinario de cromoendoscopia, endoscopia de autofluorescencia o endomicroscopia láser focal para el diagnóstico del esófago de Barrett.

11. Señale la respuesta correcta respecto a los hallazgos endoscópicos que se deben especificar en la descripción de un esófago de Barrett:

- a) Los criterios de Praga de extensión longitudinal y circunferencial (CM).
- b) La presencia y la localización de algún área sospechosa así como su tamaño y morfología (clasificación de Paris).
- c) Presencia o no de lesiones de esofagitis por reflujo.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

12. Señale la respuesta falsa respecto a los puntos de referencia de la clasificación de Praga del esófago de Barrett:

- a) El extremo proximal de la afectación longitudinal y circunferencial del epitelio de Barrett (CM).
- b) La longitud del esófago.
- c) El hiato diafragmático.
- d) La unión esofagogástrica.

13. Señale la afirmación correcta en referencia a la toma de biopsias en el esófago de Barrett:

- a) Se deben hacer biopsias de forma aleatoria de cualquier sitio.
- b) Se deben hacer biopsias en botes separados de los cuatro cuadrantes cada 2 cm de esófago de Barrett o cada 1 cm si hay displasia severa previa.
- c) Solo se deben biopsiar las áreas sospechosas.
- d) Se deben hacer biopsias de los cuatro cuadrantes por cada centímetro de Barrett en botes separados.

14. Señale la afirmación falsa en referencia al seguimiento del esófago de Barrett:

- a) En general depende de la extensión del Barrett y de la presencia o no de displasia.
- b) El esófago de Barrett sin displasia requiere un seguimiento de entre tres y cinco años según las diferentes sociedades científicas.
- c) Ante el hallazgo de displasia indefinida se recomienda una revisión endoscópica en dos años.
- d) La displasia de grado bajo detectada en el seguimiento endoscópico debe ser confirmada por un segundo patólogo o por un patólogo experto.

15. Señale la afirmación falsa respecto al tratamiento multidisciplinar del esófago de Barrett:

- a) Los síntomas de reflujo entre los pacientes de Barrett deben tratarse de manera similar a los pacientes con ERGE.
- b) La cirugía antirreflujo se considera una opción más eficaz que el tratamiento médico con IBP para los pacientes con esófago de Barrett.
- c) La evolución de las modalidades de tratamiento endoscópico mínimamente invasivo ha cambiado el paradigma de tratamiento para la neoplasia relacionada con el esófago de Barrett (EB).
- d) Si se diagnostica cáncer en fase precoz o displasia de grado alto, la terapia endoscópica es el tratamiento de elección con mejor perfil de seguridad y con eficacia similar en comparación con la esofagectomía.

16. Señale la afirmación falsa en referencia al tratamiento endoscópico del esófago de Barrett:

- a) La terapia endoscópica se basa en un concepto de dos pasos: las lesiones visibles se extirpan endoscópicamente y el EB plano restante se ablaiona para prevenir la neoplasia metacrónica.
- b) La ablación por radiofrecuencia es coste-efectiva en todos los casos de esófago de Barrett de longitud larga (superior a 5 cm).
- c) Los pacientes con esófago de Barrett con displasia confirmada sin lesiones visibles pueden someterse a una ablación por radiofrecuencia.
- d) La repetición de la endoscopia antes de planificar un tratamiento en un centro experto con endoscopistas y patólogos experimentados proporciona un diagnóstico final más fiable.

17. Señale la respuesta correcta en la propuesta de tratamiento en referencia al caso clínico expuesto:

- a) Planificar una resección endoscópica de la lesión con displasia de grado alto y posteriormente una ablación con radiofrecuencia de todo el esófago de Barrett.
- b) Hacer directamente una ablación con radiofrecuencia ante la evidencia de displasia.
- c) Proponer una esofagectomía ante la evidencia de displasia de grado alto.
- d) Repetir la endoscopia para confirmar la displasia por parte de un patólogo experto y actuar según el resultado.

18. Señale la afirmación correcta en referencia a las técnicas endoscópicas de resección:

- a) El aspecto macroscópico de la lesión visible según la clasificación de Paris se asocia al riesgo de infiltración en profundidad y al riesgo de metástasis linfáticas.
- b) La mucosectomía multibanda es la técnica más usada para la resección endoscópica en los países occidentales.
- c) La disección submucosa es la preferida para lesiones sospechosas de invasión submucosa o de más tamaño para conseguir resecciones en bloque y radicales.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

19. Los resultados de la resección endoscópica de este caso clínico confirman un adenocarcinoma con invasión submucosa (T1b < 500 micras SM1) bien diferenciado con bordes laterales y en profundidad libres, sin invasión linfática ni vascular.

Señale la opción correcta:

- a) El riesgo de diseminación linfática si hay invasión submucosa es superior a un 40 % por lo que se debe proponer una esofagectomía.
- b) Los factores pronósticos del tumor son favorables por lo que se debe discutir en un equipo multidisciplinar para decidir la actitud terapéutica.
- c) Se debe plantear directamente hacer radioterapia por el riesgo de invasión linfática.
- d) La quimioterapia adyuvante está indicada tras la resección endoscópica.

20. Señale la respuesta falsa en referencia a la ablación por radiofrecuencia (RFA) del esófago de Barrett:

- a) Las sociedades científicas recomiendan la RFA como terapia de primera línea para la ablación de EB displásico o EB después de la resección de lesiones visibles.
- b) La ablación por radiofrecuencia erradica eficazmente el esófago de Barrett displásico (BE) y reduce el riesgo metacrónico del adenocarcinoma esofágico (EAC).
- c) La tasa de complicaciones es aceptablemente baja (del 6 al 14 % de estenosis).
- d) Una vez hecha la ablación por RFA no necesita ningún seguimiento endoscópico por la recurrencia baja de displasia.

Preguntas de reserva

- 21. La recurrencia del esófago de Barrett tras el tratamiento endoscópico ablativo se relaciona con diferentes factores. Señale la respuesta falsa:**
 - a) Presencia de hernia de hiato.
 - b) Hábito tabáquico.
 - c) Displasia de riesgo alto en la presentación inicial.
 - d) Raza caucásica.

- 22. Señale la afirmación correcta en referencia al seguimiento endoscópico de los pacientes con esófago de Barrett con displasia de grado alto tratados con radiofrecuencia (RFA):**
 - a) Se debe hacer un control endoscópico cada seis meses los primeros dos años y luego anual.
 - b) Se debe hacer un control endoscópico cada seis meses el primer año y luego anual.
 - c) Se debe hacer un control endoscópico a los seis meses y luego anual.
 - d) No necesita seguimiento endoscópico tras el tratamiento ablativo.

- 23. Señale la respuesta falsa en referencia al riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de esófago sobre un esófago de Barrett:**
 - a) El riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de esófago si hay displasia de grado alto es de un 7 % /año.
 - b) El riesgo de desarrollar un adenocarcinoma de esófago si no hay displasia es de un 0,2-0,5 % /año.
 - c) Los pacientes que desarrollan un adenocarcinoma de esófago sobre un esófago de Barrett conocido tienen mejor pronóstico que los que lo desarrollan sin el diagnóstico previo de Barrett.
 - d) La incidencia de adenocarcinoma de esófago está disminuyendo gracias a los avances diagnósticos.

- 24. ¿Cuál de las siguientes técnicas ablativas del EB después de la radiofrecuencia se considera de segunda línea en las últimas guías clínicas?**
 - a) Argón plasma *coagulation*.
 - b) Crioterapia.
 - c) Terapia fotodinámica.
 - d) Termoterapia por microondas.

Caso 3

Paciente varón de 62 años con antecedentes de enolismo superior a 60 g/día de veinte años de evolución y fumador de 25 paquetes/año desde los 17 años.

Antecedente de dos ingresos por pancreatitis agudas leves en los últimos tres años. En los últimos tres meses presenta un cuadro de diarrea en forma de cuatro deposiciones al día, dolor abdominal continuo y diario, localizado en el epigastrio que no mejora con paracetamol. Además, refiere que ha perdido cuatro quilos. Se le hace una gastroscopia que es normal. Una TC abdominal revela la presencia de múltiples calcificaciones parenquimatosas en la cabeza del páncreas, dilatación del conducto pancreático principal, una lesión quística de 10 mm en el cuerpo pancreático y atrofia de la cola de páncreas. Los coprocultivos, los parásitos en heces y la toxina de *Clostridium difficile* en heces son negativos, la serología de celiaquía negativa y las hormonas tiroideas son normales.

Elementos relevantes de la analítica. Glucosa: 124 mg/dl, GGT: 101 U/L, AST: 55 U/L, ALT: 65 U/L, VCM: 102 fl, BI total: 1,4 mg/dl, triglicéridos: 180 mg/dl, amilasa: 125 U/L, lipasa: 25 U/L.

El resto del hemograma y de la bioquímica está dentro de valores normales.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Pancreatitis aguda de etiología enólica.
- b) Hepatitis alcohólica aguda.
- c) Pancreatitis crónica calcificante.
- d) Fibrosis quística.

2. Señale la respuesta correcta respecto a la confirmación del diagnóstico:

- a) Es imprescindible disponer de un análisis histológico.
- b) La historia clínica, los datos analíticos y las pruebas de imagen son suficientes para establecer el diagnóstico.
- c) Es imprescindible hacer una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE).
- d) Si no presenta nuevos episodios de pancreatitis aguda hay que dudar del diagnóstico inicial.

3. **¿Cuál es la mejor técnica no invasiva para el estudio de los signos ductales pancreáticos?**
 - a) CPRE.
 - b) Colangiopancreatografía por resonancia magnética.
 - c) Ecografía abdominal.
 - d) TC abdominal.

4. **¿Cuál de estas es una clasificación etiológica de la pancreatitis crónica?**
 - a) Balthazar.
 - b) Rosemont.
 - c) Atlanta.
 - d) TIGAR-O.

5. **¿Qué debe solicitarse en primer lugar para el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina?**
 - a) Calprotectina fecal.
 - b) Elastasa fecal pancreática.
 - c) Test de sobrecrecimiento bacteriano.
 - d) Test de intolerancia a la lactosa.

6. **¿Cuáles son las determinaciones que evalúan mejor el estado nutricional de este paciente?**
 - a) El peso actual es suficiente para evaluar su estado nutricional.
 - b) Peso, índice de masa corporal y determinación de vitaminas liposolubles y otros micronutrientes (magnesio, zinc y vitamina B12).
 - c) Glucosa, calcio y hematocrito.
 - d) Proteinograma, función renal e iones.

Las pruebas para determinar la insuficiencia pancreática exocrina demuestran una insuficiencia pancreática exocrina (IPE) grave.

7. **¿A qué pueden asociarse los déficits vitamínicos asociados a una IPE?**
 - a) Osteoporosis.
 - b) Osteopenia.
 - c) Alteración de la agudeza visual.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

8. **¿Qué actitud se debe seguir en relación con el tratamiento enzimático sustitutivo (TES)?**
 - a) Debe iniciarse un tratamiento enzimático sustitutivo solo si tiene dolor abdominal.
 - b) Debe iniciarse un tratamiento enzimático sustitutivo cuando presente otro episodio de pancreatitis aguda.
 - c) Debe iniciarse inmediatamente un tratamiento enzimático sustitutivo.
 - d) No debe iniciarse un tratamiento enzimático sustitutivo porque el paciente no tiene antecedentes de cirugía pancreática.

9. **Si se decide iniciar el TES, ¿cuál debe ser la dosis recomendada?**
 - a) 20.000 U en desayuno, comida y cena.
 - b) 10.000 U en el desayuno, comida y cena y 10.000 U en los snacks.
 - c) 50.000 U en la comida principal.
 - d) 50.000 U en desayuno, comida y cena y 25.000 U en los snacks.

10. **A pesar del tratamiento con enzimas pancreáticos la diarrea no cede completamente, ¿cuál debe ser la actitud?**
 - a) Suspender definitivamente el tratamiento enzimático y hacer una colonoscopia.
 - b) Aumentar la dosis de enzimas pancreáticas y añadir inhibidores de la bomba de protones al TES.
 - c) Retirar el gluten de la dieta.
 - d) Solicitar marcadores tumorales (CA 19-9 y CEA).

11. Debido a la insuficiencia pancreática exocrina, este paciente...

- a) ...presenta más riesgo de cáncer de colon.
- b) ...no presenta más riesgo de eventos cardiovasculares.
- c) ...presenta más riesgo de sobrecrecimiento bacteriano en el intestino delgado (SIBO).
- d) ...presenta el mismo riesgo de mortalidad que un paciente sin IPE.

12. Señale la respuesta correcta respecto a la monitorización de la respuesta al tratamiento enzimático sustitutivo:

- a) Es suficiente la mejoría sintomática y la normalización de los parámetros nutricionales.
- b) Debe hacerse una determinación de elastasa fecal cada mes.
- c) Tras la mejoría inicial, debe retirarse el TES para confirmar el empeoramiento de los síntomas si se retira.
- d) Debe hacerse una TC abdominal para comprobar si han mejorado las calcificaciones pancreáticas.

13. ¿Cómo se recomienda el *screening* de cáncer de páncreas en este paciente?

- a) Por medio de una TC abdominal cada tres meses.
- b) No hay una estrategia definida para la detección del cáncer de páncreas en estos pacientes.
- c) Por medio de la determinación de CA 19-9 cada dos meses.
- d) Por medio de la determinación de parámetros nutricionales cada tres meses.

22 meses después del diagnóstico el paciente ingresa por ictericia conjuntival y cutánea con cifras de bilirrubina de 9 mg/dl (de predominio directo) y colestasis marcada en la analítica. Una ecografía abdominal en urgencias muestra una dilatación de la vía biliar extrahepática.

14. ¿Qué debe considerarse en el diagnóstico diferencial de la ictericia en este paciente?

- a) Coledocolitiasis.
- b) Cáncer de páncreas.
- c) Estenosis biliar benigna.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

Una TC abdominal con protocolo pancreático objetiva una lesión sólida en la cabeza del páncreas de 2,7 x 2,5 cm con dilatación de la vía biliar extrahepática de 13 mm. No se observan lesiones hepáticas ocupantes de espacio. La lesión está en contacto con la arteria mesentérica superior en más de 180° con presencia de una trombosis portal.

15. ¿Qué debe solicitarse como primera estrategia para drenar inicialmente la vía biliar?

- a) Drenaje por vía transparietohepática con colocación de un drenaje metálico no recubierto.
- b) CPRE con colocación de un drenaje metálico no recubierto.
- c) CPRE con citología de colédoco y colocación de un drenaje biliar de plástico.
- d) Drenaje interno-externo por vía transparietohepática y colocación posterior de un drenaje biliar de plástico por vía endoscópica.

16. Señale la respuesta correcta en relación con el diagnóstico de la masa o lesión pancreática:

- a) Debe solicitarse una ecoendoscopia con aspiración de aguja fina (PAAF) o *fine needle biopsy* (FNB) de la lesión.
- b) Una determinación de CA 19-9 es diagnóstica si los niveles duplican el valor normal.
- c) La vigilancia de la lesión por TC es suficiente dado que probablemente es una lesión inflamatoria.
- d) Si la citología de colédoco es negativa y el CA 19-9 normal se puede descartar con seguridad un adenocarcinoma pancreático.

17. ¿Qué patrón cualitativo se debe obtener en la elastografía cualitativa, como técnica complementaria a la ecoendoscopia, para orientar hacia la naturaleza inflamatoria de la lesión?

- a) Un patrón heterogéneo predominantemente verde.
- b) Un patrón verde homogéneo.
- c) No nos ofrece ninguna orientación en cuanto a la naturaleza histológica de la lesión.
- d) Un patrón heterogéneo predominantemente azul.

- 18. ¿Cuál debe ser el siguiente paso si se confirma la malignidad de la lesión (adenocarcinoma pancreático)?**
- a) Con los datos de que disponemos debe indicarse una duodenopancreatectomía cefálica.
 - b) Debe valorarse la resecabilidad de la lesión basándose en su tamaño.
 - c) Debe valorarse la resecabilidad de la lesión en base a la afectación vascular arterial y venosa.
 - d) Debe indicarse una intervención de Frey lo antes posible.
- 19. Con los datos de la TC, ¿de qué tipo de tumor debe considerarse que se trata?**
- a) Resecable.
 - b) *Borderline*.
 - c) Localmente avanzado.
 - d) Metastásico.
- 20. Señale la respuesta falsa en relación con el marcador tumoral CA 19-9 en el adenocarcinoma de páncreas:**
- a) Los niveles de CA 19-9 se relacionan con el tamaño del tumor, la presencia de metástasis y el pronóstico del paciente.
 - b) La monitorización del CA 19-9 es útil para evaluar la respuesta al tratamiento, especialmente en pacientes con niveles elevados.
 - c) Un 75 % de la población no expresa el antígeno Lewis por lo que los niveles de CA 19-9 no son informativos en estos pacientes.
 - d) Los niveles de CA 19-9 pueden elevarse en enfermedades pancreatobiliares benignas y en casos de obstrucción biliar.

Preguntas de reserva

- 21. ¿Qué otra complicación puede presentar este paciente en relación con su patología de base?**
- a) Pseudoquiste de páncreas.
 - b) Estenosis biliar benigna.
 - c) Trombosis esplénica.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
- 22. Señale la respuesta verdadera respecto al tratamiento del dolor severo en este paciente:**
- a) El paracetamol suele ser suficiente.
 - b) El tratamiento enzimático sustitutivo ha demostrado un claro beneficio en la reducción del dolor.
 - c) En el dolor neuropático, la evidencia en cuanto a la mejoría del dolor es clara para técnicas como el bloqueo del plexo celíaco, la estimulación de la medula espinal o la acupuntura.
 - d) La gabapentina puede ser útil en el tratamiento del dolor neuropático.
- 23. Señale la respuesta falsa en relación con la TC abdominal en la evaluación de un paciente con sospecha de adenocarcinoma de páncreas:**
- a) En un protocolo pancreático es la prueba de elección para la evaluación de un paciente con sospecha de adenocarcinoma pancreático.
 - b) En comparación con la resonancia magnética, ofrece más detalles anatómicos de la relación del tumor con la vascularización.
 - c) Normalmente aparece como una lesión hiperdensa comparada con el parénquima pancreático adyacente.
 - d) La PET-TC no se utiliza habitualmente en el diagnóstico, pero puede ser útil en la detección de enfermedad metastásica oculta.
- 24. ¿Cuál de las respuestas siguientes se considera un factor de riesgo para desarrollar una pancreatitis crónica?**
- a) Alcohol y tabaco.
 - b) Fibrosis quística.
 - c) Pancreatitis hereditaria.
 - d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

Caso 4

Mujer de 18 años sin antecedentes personales ni familiares de interés y sin hábitos tóxicos. Ingresa por fiebre, pérdida de peso asociada a hiporexia, diarrea de comienzo reciente sin productos patológicos y dolor abdominal de dos semanas de evolución.

Exploración. Temperatura: 37,6 °C; TA: 100/60 mmHg; consciente, orientada, eupneica; peso: 40 kilos, talla: 155 cm, delgadez, retraso del desarrollo puberal, palidez discreta, bien hidratada y perfundida. No se palparon adenopatías. La auscultación cardiorrespiratoria fue normal y la exploración abdominal no mostró hallazgos de interés. En la inspección anal se observó una hemorroide centinela y una fisura anal en el rafe posterior.

En la analítica destacaban, hemoglobina: 9,9 g/dl; hematocrito: 34 %; VCM: 81 fl; leucocitos: 15.600 / μ l (82 % neutrófilos); plaquetas: 699.000 / μ l; VSG: 41; Fe: 15 μ g/dl; ferritina: 247 ng/ml; proteína C reactiva: 9,7 mg/dl.

Los coprocultivos y los parásitos en heces fueron negativos.

En la colonoscopia se exploró hasta el ciego y se hizo una ileoscopia de los últimos 10 cm. En todo el trayecto explorado se apreciaron úlceras profundas serpiginosas entre áreas de mucosa sana y se tomaron muestras para biopsia.

Las biopsias del íleon y el colon fueron compatibles con una inflamación crónica activa.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Tuberculosis intestinal.
- b) Colitis microscópica.
- c) Enfermedad de Crohn.
- d) Colitis ulcerosa.

2. El diagnóstico de una enfermedad inflamatoria intestinal se realiza por...

- a) ...criterios clínicos.
- b) ...endoscopia.
- c) ...anatomía patológica.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

3. **¿Cuál de estas afirmaciones es falsa?**
 - a) La enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier parte del tubo digestivo.
 - b) En la colitis ulcerosa siempre hay afectación rectal.
 - c) En la enfermedad de Crohn y en la colitis ulcerosa puede haber manifestaciones extraintestinales.
 - d) En la colitis ulcerosa la inflamación intestinal es transmural.

4. **Para valorar la severidad de la enfermedad con alguno de los índices de actividad clínica, ¿qué parámetro no debe tenerse en cuenta?**
 - a) Edad.
 - b) Estado general.
 - c) Dolor abdominal.
 - d) Número de deposiciones.

5. **¿Qué estudios complementarios deben hacerse?**
 - a) Rx de tórax y prueba de Mantoux.
 - b) Estudios microbiológicos.
 - c) TC abdominal.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

6. **¿Cuál de estas pruebas diagnósticas es la más útil para valorar la existencia de complicaciones abdominales como abscesos y fístulas?**
 - a) Colonoscopia.
 - b) Ecografía abdominal.
 - c) Resonancia magnética.
 - d) Tránsito intestinal.

7. **Señale cuál de estos factores predictivos no se considera un factor predictivo de peor pronóstico en la enfermedad de Crohn:**
 - a) Presencia de enfermedad perianal.
 - b) Edad joven de inicio.
 - c) Sexo masculino.
 - d) Necesidad de corticoides en el primer brote.

8. Siendo A «edad al diagnóstico», L «localización de la enfermedad» y B «patrón de comportamiento», ¿cuál es la opción correcta para esta paciente según la clasificación de Montreal?
- a) A1 L2 B2.
 - b) A2 L3 B1.
 - c) A3 L3 B2.
 - d) A2 L1 B3.
9. ¿Cuál debe ser el tratamiento inicial de esta paciente?
- a) Antibióticos de amplio espectro.
 - b) Inmunosupresores como la azatioprina.
 - c) Corticoides.
 - d) 5-ASA.
10. ¿Cuál es el objetivo del tratamiento de la enfermedad de Crohn?
- a) Curación mucosa.
 - b) Cierre de fístulas.
 - c) Mejorar la calidad de vida.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
11. Señale la afirmación falsa respecto a los corticoides:
- a) Los corticoides sistémicos son útiles para la inducción de la respuesta y la remisión clínica en la enfermedad de Crohn activa moderada-grave.
 - b) Los corticoides se utilizan como tratamiento de mantenimiento en la enfermedad de Crohn.
 - c) La budesonida es útil para inducir la remisión clínica en pacientes con enfermedad de Crohn leve-moderada limitada al íleon y/o al colon ascendente.
 - d) Los pacientes que toman corticoides a dosis altas tienen más riesgo de infecciones.

- 12. ¿Cuál de estas afirmaciones es verdadera respecto a la azatioprina?**
- a) La azatioprina se utiliza en monoterapia para inducir la remisión en el brote moderado-grave de la enfermedad de Crohn.
 - b) Está contraindicada en el embarazo.
 - c) Siempre se debe monitorizar la tiopurina metiltransferasa.
 - d) La azatioprina está recomendada para el mantenimiento de la remisión en pacientes con enfermedad de Crohn corticodependiente.
- 13. ¿Cuál de estos estudios no es necesario antes de empezar un tratamiento biológico?**
- a) Determinación de Mantoux y QuantiFERON®.
 - b) Hemograma y bioquímica completa.
 - c) Calprotectina fecal.
 - d) Serologías infecciosas.
- 14. ¿Cuál de estos tratamientos biológicos no está indicado en la enfermedad de Crohn?**
- a) Tofacitinib.
 - b) Ustekinumab.
 - c) Vedolizumab.
 - d) Infliximab.
- 15. Señale la respuesta incorrecta respecto al tratamiento anti-TNF α :**
- a) La presencia del alelo HLA-DQA1*05 confiere mayor riesgo de inmunogenicidad.
 - b) La asociación con azatioprina disminuye el riesgo de inmunogenicidad.
 - c) Siempre deben monitorizarse los niveles de biológicos.
 - d) Los pacientes tratados con anti-TNF α tienen más riesgo de infecciones.

- 16. Señale la respuesta falsa respecto a la enfermedad de Crohn perianal:**
- a) En ocasiones la enfermedad perianal puede preceder al inicio de síntomas intestinales.
 - b) El tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección de las fístulas.
 - c) Los índices de actividad clínica de la enfermedad de Crohn (CDAI, Harvey-Bradshaw, Van Hees) no reflejan la gravedad de las lesiones perianales por lo que se requieren índices específicos.
 - d) Los tratamientos anti-TNF α son eficaces en el tratamiento de las fístulas.
- 17. ¿Cuál de estas opciones de tratamiento no es válida en el tratamiento de las fístulas perianales sin proctitis?**
- a) Antibióticos.
 - b) Inmunosupresores.
 - c) Tratamiento con anti-TNF α .
 - d) Tratamiento con células madre.
- 18. ¿Qué factor no se ha relacionado con la recurrencia posquirúrgica en la enfermedad de Crohn?**
- a) Fumador.
 - b) Tipo de cirugía.
 - c) Patrón penetrante.
 - d) Enfermedad perianal.
- 19. En el seguimiento de la enfermedad de Crohn, tras una resección intestinal, ¿cuándo debe recomendarse una ileocolonoscopia?**
- a) A los 3 meses.
 - b) A los 6 meses.
 - c) A los 12 meses.
 - d) No es necesario realizar una ileocolonoscopia después de la cirugía.

- 20. ¿A qué hace referencia el índice endoscópico de Rutgeerst i2 de recurrencia postquirúrgica?**
- a) Ileítis aftosa difusa con mucosa difusamente inflamada.
 - b) Presencia de menos de cinco aftas en el íleon distal.
 - c) Más de cinco aftas o lesiones ulceradas con mucosa normal entre las lesiones a menos de 1 cm de la anastomosis.
 - d) Mucosa normal.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la respuesta falsa con respecto a la enfermedad inflamatoria intestinal y la gestación:**
- a) Existe más riesgo de complicaciones gestacionales en las pacientes con enfermedad de Crohn activa durante el embarazo.
 - b) Los corticoides son seguros en el embarazo.
 - c) La utilización de metotrexato está absolutamente contraindicada durante el embarazo.
 - d) Todas las mujeres con enfermedad inflamatoria intestinal tienen menos fertilidad que la población general.
- 22. ¿Cuál de estos fármacos no es útil en la prevención de la recurrencia postquirúrgica?**
- a) Budesonida.
 - b) Tratamiento con anti-TNF α .
 - c) Antibióticos.
 - d) Tiopurinas.
- 23. Señale la respuesta falsa respecto al vedolizumab en el tratamiento de la enfermedad de Crohn:**
- a) La inducción se hace por vía endovenosa.
 - b) Durante el tratamiento con vedolizumab se pueden administrar vacunas de virus vivos.
 - c) Es más eficaz en pacientes naive de anti-TNF α .
 - d) La inmunogenicidad o formación de anticuerpos es infrecuente.

24. ¿Cuál es el mecanismo de acción del ustekinumab?

- a) Inhibe el $\text{TNF}\alpha$.
- b) Se une a una integrina del endotelio intestinal.
- c) Inhibe los receptores JAK1 y JAK3.
- d) Se une a la subunidad p40 de la interleuquina 12/23.

Caso 5

Varón de 32 años sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas y sin antecedentes familiares de interés.

Como único antecedente patológico destaca una rectosigmoiditis ulcerosa diagnosticada dos años antes tras una historia de diarrea sanguinolenta intermitente y un tenesmo discreto. En ese momento se hizo una colonoscopia completa con biopsia que mostró una afectación del recto sigma hasta unos 15 cm del margen anal en forma de mucosa eritematosa friable con sangrado con el roce mínimo de predominante en el recto distal. Se descartaron procesos infecciosos intestinales. Las únicas alteraciones analíticas reseñables en el momento del diagnóstico fueron que era positivo de P-ANCA y tenía una calprotectina fecal de 450 µg/g. Se pautó un tratamiento con enemas de mesalazina.

1. Señale la afirmación falsa con respecto a la definición de la colitis ulcerosa (CU)?

- a) La CU es un proceso inflamatorio crónico que característicamente afecta todo el espesor de la pared colónica.
- b) La afectación del recto se da en la mayoría de los pacientes.
- c) La afectación del íleon no descarta el diagnóstico de CU.
- d) Puede afectarse la totalidad del colon en general de forma continua.

2. Señale la respuesta falsa en referencia a la epidemiología de la CU:

- a) La afectación es similar tanto en mujeres como en hombres.
- b) La edad de debut más frecuente son la segunda y la tercera década de la vida.
- c) La prevalencia es diferente según el grupo étnico estudiado.
- d) La prevalencia es más importante en países subdesarrollados.

3. Señale la respuesta correcta respecto a los factores de riesgo de la CU:

- a) La afectación de familiares de primer grado aumenta el riesgo de desarrollar la patología.
- b) Se han detectado antígenos alimentarios específicos involucrados en la patogenia.
- c) El tabaco se considera un factor de riesgo.
- d) Las respuestas a) y b) son ciertas.

4. **Señale la respuesta correcta respecto al diagnóstico del caso comentado:**
- a) El diagnóstico de la CU se establece por la suma de criterios clínicos, analíticos, endoscópicos e histológicos.
 - b) La detección de ANCA+ por si sola confirma de forma absoluta el diagnóstico.
 - c) La presencia del citomegalovirus detectado por inmunohistoquímica y PCR en las biopsias descarta el diagnóstico de CU.
 - d) Las opciones a) y c) son correctas.
5. **Asumiendo el diagnóstico de rectosigmoiditis ulcerosa en actividad leve-moderada en el momento del diagnóstico, ¿cuál de las propuestas siguientes se considera la más indicada como primera opción de tratamiento?**
- a) Esteroides tópicos para inducir la remisión y no pautar un tratamiento de mantenimiento porque es el primer brote.
 - b) Mesalazina en enemas para inducir la remisión y la pautar como tratamiento de mantenimiento.
 - c) Mesalazina en enemas para inducir la remisión y no pautar tratamiento de mantenimiento porque es el primer brote.
 - d) Prednisona oral para la remisión y mesalazina oral para el mantenimiento.

El paciente permaneció asintomático desde el diagnóstico siguiendo controles en consultas y con cumplimiento terapéutico. Contactó con su servicio de digestivo de referencia por presentar, en las dos semanas previas, un aumento del número de deposiciones con entre cuatro y seis deposiciones al día deshechas con resto hemático fresco en la mayoría de ellas, con imperiosidad, sin respetar descanso nocturno y con dolor abdominal previo a la deposición. No había afectación del estado general. El mes previo al inicio de la sintomatología digestiva inició una lumbalgia intermitente, en ocasiones intensa, y se automedicó con ibuprofeno en comprimidos de 600 mg de forma puntual.

La exploración física fue normal y se solicitó una analítica completa en la cual destacaba HB: 12,5 gr/dl, VSG y PCR normales, calprotectina: 675 µg/g, FA: 270 UI/L, GGT: 65 UI/L, Bil. total: GOT y GPT normales, ferropenia discreta, resto de parámetros nutricionales normales.

6. Señale la afirmación falsa:

- a) La extensión de la afectación mucosa se da en un 20 % de los pacientes en los cinco primeros años desde el diagnóstico.
- b) Los medicamentos antiinflamatorios no esteroides (AINES) están completamente contraindicados en la CU.
- c) Un 20 % de los pacientes de CU tendrán manifestaciones extraintestinales a lo largo de su vida.
- d) Las manifestaciones extraintestinales pueden aparecer antes que la enfermedad intestinal.

7. Señale la afirmación correcta respecto a los marcadores no invasivos de actividad inflamatoria en la CU:

- a) La PCR no es un marcador sensible de actividad inflamatoria en la CU.
- b) Unos niveles de calprotectina fecal normales a los tres meses de conseguir una respuesta al tratamiento indican, muy probablemente, la curación mucosa.
- c) Unos niveles elevados de calprotectina fecal en un paciente asintomático suelen anticipar la actividad clínica de la CU.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

8. Señale la afirmación verdadera en el caso que se comenta tras conocer los resultados expuestos:

- a) Puede asumirse que está en actividad moderada y que se pueden iniciar esteroides sistémicos vía oral para inducir la remisión.
- b) La presencia de colestasis disociada hace sospechar la colangitis esclerosante primaria (CEP) como manifestación extraintestinal ya que es la más frecuente en la CU.
- c) En este caso se debe completar el estudio con una nueva colonoscopia o una rectosigmoidoscopia con toma de biopsias y se deben descartar infecciones por citomegalovirus (CMV) o *Clostridium*.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

En el caso presentado se hizo una colonoscopia completa que mostró una progresión a pancolitis ulcerosa, se asumió el diagnóstico de brote moderado severo y se controló de manera ambulatoria.

9. En esta situación, señale la afirmación falsa:

- a) Los corticoides sistémicos vía oral deben ser la primera opción de tratamiento con un fuerte grado de recomendación en las guías de la European Crohn and Colitis Organization (ECCO) fundamentado en un nivel alto de evidencia en la literatura.
- b) Infliximab, adalimumab y golimumab no muestran diferencias significativas entre ellos y son recomendados como primera opción tras un fallo o una intolerancia a los esteroides.
- c) Vedolizumab, tofacitinib y ustekinumab están indicados para inducir la remisión en determinados supuestos.
- d) El ustekinumab inhibe la bioactividad de las interleuquinas humanas 12 y 23.

10. En caso de inducir la remisión con esteroides, ¿qué opción de tratamiento es la adecuada para mantener la remisión?

- a) Mesalazina oral con dosis bajas de esteroides sistémicos.
- b) Tiopurinas.
- c) Fármacos anti-TNF.
- d) Las respuestas b) y c) son correctas.

- 11. En caso de necesitar cualquiera de los fármacos indicados para inducir la remisión tras el fracaso a los esteroides, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa respecto al tratamiento de continuación?**
- a) Se aconseja mantener el tratamiento que ha conseguido inducir la remisión.
 - b) Para inducir la remisión, vedolizumab es superior a cualquier anti-TNF.
 - c) Factores como la edad, antecedentes personales o comorbilidades (cardiopatía, neoplasias o infecciones graves) deben tenerse en cuenta a la hora de decidir el tratamiento para inducir la remisión y el mantenimiento en la CU moderada-grave.
 - d) En el caso de los fármacos anti-TNF se aconseja añadir tiopurinas para mejorar la respuesta y la duración del tratamiento.
- 12. Señale la respuesta correcta respecto a los fármacos aprobados en la actualidad para el tratamiento de mantenimiento de la CU:**
- a) Se dispone de evidencia científica para afirmar que los fármacos anti-TNF son mejores para inducir la remisión y mantener la respuesta que vedolizumab, ustekinumab y tofacitinib.
 - b) El perfil de seguridad de tofacitinib es superior a vedolizumab y ustekinumab.
 - c) Vedolizumab y ustekinumab tienen menos riesgo de infecciones graves que los anti-TNF.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

El paciente recibió un tratamiento con adalimumab para conseguir la remisión y se pautó como tratamiento de mantenimiento. Se le asoció, inicialmente, azatioprina que fue retirada por un episodio de pancreatitis leve.

13. Ante un alto grado de sospecha de colangitis esclerosante primaria (CEP), ¿cuál debe ser la actitud?

- a) Hacer una ecografía y, en caso de ausencia de datos sugestivos, hacer controles analíticos ambulatorios y valorar otra exploración si la colestasis progresa.
- b) Hacer una ecografía y si es normal solicitar un estudio con colangioresonancia. Si no hay lesiones hay que hacer un seguimiento ambulatorio.
- c) Hacer una ecografía y si es normal solicitar un estudio con colangioresonancia. Si no hay lesiones debe hacerse una colangiografía retrograda endoscópica.
- d) Si la ecografía y la colangioresonancia son normales debe hacerse una biopsia hepática.

14. Señale la afirmación falsa:

- a) La localización y la extensión de la CU asociada a la CEP es distinta a la de la CU sin CEP.
- b) Se recomienda a los pacientes diagnosticados de CEP hacer una colonoileoscopia con toma de muestra para biopsia a pesar de la ausencia de lesiones macroscópicas dado que entre el 50 % y el 80 % están afectados también de dicha enfermedad inflamatoria intestinal.
- c) Los fármacos anti-TNF utilizados en los pacientes con CU y CEP han demostrado una mejoría en la colestasis crónica y en la evolución de la CEP.
- d) El riesgo de cáncer de colon aumenta de forma significativa en la CU asociada a CEP.

Se descartó la CEP y se mantuvo en remisión clínica y biológica en los siguientes ocho meses en monoterapia con adalimumab a dosis habituales de 40 mg cada dos semanas. A partir de esa fecha, de forma progresiva, refiere un aumento del número de deposiciones pasando de una a cinco o seis, con sangrado con las heces en la mayoría de las deposiciones, cierto tenesmo y dolor cólico previo a la deposición. Refirió una afectación de su calidad de vida, pero no de su estado general. Se hizo un estudio de heces con coprocultivos negativos, *Clostridium* negativo y calprotectina de 540 µg/g. La analítica de sangre, el hemograma, el VSG, la PCR y los parámetros nutricionales fueron normales. Se decidió hacer una rectosigmoidoscopia que evidenció mucosa con eritema intenso friable con alguna erosión aislada desde el recto que afectaba de forma difusa toda la mucosa valorada. Se tomaron muestras para biopsia para conocer el grado de actividad histológico y la presencia de citomegalovirus (CMV).

15. Señale la afirmación verdadera en referencia a los diferentes índices o escalas clínicas y/o endoscópicas para establecer el grado de actividad de la CU:

- a) A pesar de su uso generalizado, ningún índice clínico ha sido validado.
- b) El índice de Mayo es ampliamente usado por su aplicación fácil e incluye variables clínicas y endoscópicas.
- c) Según el índice de Mayo es de un grado de actividad moderado.
- d) Todas las respuestas anteriores son ciertas.

16. Señale la afirmación falsa en referencia a la relación de la CU con el citomegalovirus:

- a) Según diferentes estudios, en un 5 % de los pacientes con CU se detecta la presencia de CMV en la mucosa colónica.
- b) El mejor método diagnóstico para el CMV en la colitis ulcerosa es la PCR o la inmunohistoquímica específica para CMV en tejido colónico.
- c) La edad avanzada, la colitis extensa y la exposición a corticoides o tiopurinas son factores de riesgo para la colitis por CMV.
- d) La infección por CMV es más frecuente en pacientes con colitis ulcerosa que en los afectados por la enfermedad de Crohn.

- 17. En el caso clínico comentado, la biopsia mostró índice de Rutter 3. La inmunohistoquímica para CMV fue negativa y la PCR para CMV positiva. Señale la afirmación correcta:**
- a) La disparidad de los resultados respecto a una infección por CMV obliga a repetir la toma de muestras y a hacer un nuevo estudio histológico y microbiológico.
 - b) Debe asumirse la reactivación de CMV y debe añadirse al tratamiento valganciclovir vía oral durante seis semanas.
 - c) Debe asumirse una infección crónica por CMV sin Influencia en la actividad inflamatoria y únicamente debe tratarse el brote de colitis.
 - d) Debe asumirse una infección crónica por CMV, no debe tratarse la infección pero debe suspenderse el tratamiento anti-TNF para evitar la reactivación.
- 18. Señale la afirmación verdadera en referencia a la reactivación de la CU en este paciente:**
- a) Probablemente sea una colitis por reactivación del CMV.
 - b) El tratamiento con anti-TNF ha perdido eficacia, situación que se da en el 90 % de los casos en el primer año de tratamiento si no se asocia a tiopurinas.
 - c) La pérdida de eficacia de la combinación con anti-TNF más tiopurinas antes del año de inicio del tratamiento se da en menos del 1 % de los casos.
 - d) La presencia del CMV empeora el pronóstico de la colitis ulcerosa.
- 19. Si se asume que ha habido una pérdida de eficacia del tratamiento de mantenimiento, ¿qué actitud es la adecuada?**
- a) Debe iniciarse el tratamiento con esteroides orales, debe suspenderse el adalimumab y debe iniciarse el tratamiento con infliximab para inducir de nuevo la remisión.
 - b) Si se dispone de niveles de fármaco y títulos de anticuerpos contra el fármaco debe intensificarse el tratamiento en caso de niveles bajos de fármaco y ausencia de anticuerpos contra el fármaco.
 - c) Con presencia de anticuerpos antiadalimumab y niveles bajos del fármaco, debe insistirse en el adalimumab intensificando y debe añadirse el tacrolimus como inmunosupresor.
 - d) Todas las respuestas anteriores son adecuadas.

20. Señale la respuesta correcta en caso de cambio de tratamiento:

- a) El infliximab debe ser la primera opción ya que tendría un 75 % de posibilidades de recuperar la respuesta.
- b) El cambio de diana terapéutica tendría más posibilidades de éxito.
- c) Se ha de iniciar el vedolizumab porque se ha demostrado que es más eficaz que ustekinumab.
- d) Las respuestas b) y c) son ciertas.

Preguntas de reserva

21. Señale la respuesta correcta respecto al manejo hospitalario de la colitis ulcerosa grave:

- a) Están indicados los antibióticos de amplio espectro en todos los pacientes.
- b) Debe administrarse profilaxis para tromboembolismo venoso en todos los pacientes.
- c) La dieta absoluta con nutrición parenteral está indicada en todos los pacientes.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

22. Señale la afirmación verdadera respecto al tratamiento médico de la colitis ulcerosa grave:

- a) Los esteroides sistémicos son el tratamiento inicial y se debe añadir una segunda línea de tratamiento si no hay respuesta siete días después de iniciar el tratamiento esteroideo.
- b) En caso de requerir una segunda línea debe indicarse infliximab porque ha demostrado que es más eficaz y seguro que la ciclosporina en estos pacientes.
- c) Si a los cinco días de la primera dosis de infliximab no hay respuesta, se debe administrar una segunda dosis a 10 mg/kg.
- d) La ciclosporina siempre es la primera elección en caso de fracaso de los esteroides.

23. **¿Qué factor de riesgo de la colitis ulcerosa no se ha asociado a un aumento del riesgo?**
- a) Gastroenteritis.
 - b) Privación de sueño.
 - c) Apendicetomía.
 - d) Fármacos como AINES, antibióticos o anticonceptivos orales.
24. **Señale la respuesta correcta en referencia a la historia natural de la colitis ulcerosa:**
- a) Entre un 20 % y un 30 % de los pacientes de CU requerirán una colectomía por complicaciones agudas o por fracaso del tratamiento médico.
 - b) La apendicetomía en pacientes jóvenes previa al diagnóstico de la CU se ha asociado a un riesgo inferior de colectomía.
 - c) La curación mucosa conseguida con un tratamiento médico se asocia a un menor riesgo de colectomía.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

Caso 6

Paciente de 62 años con los antecedentes siguientes:

No alergias.

Exfumador: tabaquismo activo desde la juventud hasta los 58 años.

Tosedor habitual.

Consumo diario de alcohol desde hace más de diez años. Consume dos cañas de cerveza, cuatro vasos de vino y dos carajillos al día. El fin de semana toma alguna cerveza más en fiestas y celebraciones y uno o dos gin-tonics.

Dice que no toma drogas.

Dice que no tiene antecedentes patológicos relevantes. No hace controles con su médico de cabecera. Nunca va al médico.

Enfermedad actual: consulta por distensión abdominal molesta, un aumento del perímetro abdominal progresivo de dos semanas de evolución y piernas hinchadas.

Exploración física: bien coloreado, subictericia conjuntival dudosa, arañas vasculares y telangiectasias en el tronco, eritema palmar e hipertrofia parotídea.

Cardiocirculatorio: pulsos rítmicos 90 lpm, soplo sistólico plurifocal, no ingurgitación yugular, edemas maleolares moderados.

Respiración: espiración un poco alargada, algún roncus diseminado.

Abdomen: muy distendido; indoloro a la presión o a la descompresión; sin defensa; matidez en flancos; la matidez cambia con los cambios posturales; signo de la ola; hepatomegalia de tres traveses, lisa e indolora; esplenomegalia dudosa, difícil de delimitar; pequeña protrusión umbilical; no reflujo hepatoyugular.

Radiografía del tórax: elevación de ambos hemidiafragmas.

Radiografía del abdomen: aumento difuso de la densidad, se aprecia perfil hepático y esplénico.

Electrocardiograma normal.

Analítica:

Leucocitos: 3.100/mm³ (3.000-10.000); Hto: 39 % (40-46); Hb: 12,1 g/dl (12-15); VCM: 105 fl (80-100); plaquetas: 105.000/mm³ (150.000-400.000); Quick: 59 % (> 70 %); INR: 1.4 (N 0.8-1.2); creatinina: 1.0 mg/dl; urea: 40 mg/dl; Na: 136 mEq/L; K: 4 mEq/L; urato: 7.9 (< 7); bilirrubina total: 1.9 mg/dl (< 1.3); GOT (ASAT): 105 UI/ml (< 40); GPT (ALAT): 50 UI/ml (< 40); GGT: 480 UI/ml (< 45); FA: 125 UI/ml (< 135); albúmina: 3,2 g/dl (> 3,5).

El resto de la analítica básica es normal.

Ecografía abdominal: líquido libre muy abundante, hígado de ecogenicidad aumentada difusamente, heterogéneo, difícil de ver por la ascitis. Forma hepática

irregular un poco abollonada, macronodular. Vena porta permeable, dilatada. Venas suprahepáticas permeables, no dilatadas. Vía biliar intrahepática y extrahepática normal. Vesícula con litiasis múltiple, no distendida y no edematosa. Bazo ligeramente aumentado de tamaño (15 cm de longitud máxima). El resto no tiene alteraciones. Páncreas no visto por interposición de aire.

1. ¿Qué prueba diagnóstica hay que hacer en este momento, en primer lugar?

- a) Paracentesis diagnóstica.
- b) Paracentesis evacuadora.
- c) TC abdominal.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

2. ¿Qué determinaciones hay que hacer siempre en una paracentesis en una ascitis de debut?

- a) Determinación de glucosa, proteínas, albúmina y lactato-deshidrogenasa (LDH).
- b) Recuento de células (hematíes y leucocitos con recuento diferencial).
- c) Cultivo en un frasco de hemocultivo.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

Se hace una paracentesis (diagnóstica y evacuadora), y se obtienen 6.000 ml de ascitis.

Análisis del líquido ascítico:

- Glucosa: 120 mg/dl.
- Proteínas: 1,0 g/dl.
- Albúmina: 0,8 g/dl.
- LDH: 40 ui/ml.
- Hematíes: 100 /mm³.
- Leucocitos: 220 /mm³.

3. ¿Qué cálculos hay que hacer con los resultados de este análisis del líquido ascítico?

- a) Hay que calcular el gradiente de albúmina entre suero y ascitis (GASA) para determinar si la ascitis es por hipertensión (HT) portal.
- b) Hay que fijarse en el recuento de leucocitos polinucleares para valorar si el líquido está infectado.
- c) Las respuestas a) y b) son correctas.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

4. **Calcule el GASA en este paciente. ¿Qué significa en este paciente el resultado del cálculo del GASA?**
 - a) Que la ascitis no está causada por una enfermedad neoplásica.
 - b) Que la ascitis no está causada por hipertensión portal.
 - c) Que la ascitis está causada por hipertensión portal.
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.

5. **¿Qué significa el recuento de leucocitos en la ascitis, en este paciente?**
 - a) Que tiene una peritonitis bacteriana espontánea.
 - b) Que tiene una peritonitis bacteriana secundaria.
 - c) Que tiene una bacterioascitis.
 - d) Que no tiene una peritonitis bacteriana espontánea.

6. **¿Qué tratamiento hay que administrar siempre tras una paracentesis evacuadora para prevenir la disfunción circulatoria y la insuficiencia renal posparacentesis?**
 - a) Albúmina IV siempre.
 - b) Albúmina IV, pero solo en caso de que en la paracentesis se evacúen más de cinco litros de ascitis.
 - c) Expansores del plasma siempre.
 - d) Expansores del plasma, pero solo en caso de que en la paracentesis se evacúen más de cinco litros de ascitis.

7. **¿Qué dosis de albúmina se recomienda actualmente para prevenir la disfunción circulatoria y la insuficiencia renal posparacentesis?**
 - a) Depende del nivel de albúmina en sangre del paciente.
 - b) 8 g de albúmina por litro de ascitis evacuado.
 - c) Depende de la función renal del paciente.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

8. **¿Cómo hay que interpretar el consumo diario habitual de alcohol de este paciente?**
- a) El paciente bebe una cantidad de alcohol moderada que no supone un riesgo significativo para su salud.
 - b) El paciente bebe una cantidad de alcohol excesiva que supone un riesgo significativo de patología orgánica relacionada con el alcohol.
 - c) El paciente bebe una cantidad de alcohol posiblemente excesiva, pero el riesgo de patología orgánica relacionada con el alcohol depende de su peso y de su comorbilidad.
 - d) Con los datos actuales no podemos juzgar si el consumo de alcohol de este paciente es excesivo o no.
9. **¿Qué diagnóstico de enfermedad hepática se puede hacer en este momento con estos datos clínicos?**
- a) Ascitis por HT portal y edema.
 - b) Cirrosis hepática con HT portal y etiología de la cirrosis por determinar.
 - c) Insuficiencia hepática: coagulación (actividad de protrombina) alterada.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
10. **¿Qué tratamiento se debe iniciar en este caso?**
- a) Abstinencia absoluta de alcohol.
 - b) Dieta baja en sal.
 - c) Espironolactona, asociada o no a furosemida.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.
11. **¿Qué otras pruebas hay que hacer a partir de ahora para completar el estudio de la hepatopatía?**
- a) Gastroscopia.
 - b) Estudio etiológico de la hepatopatía.
 - c) Elastografía (Fibroscan®).
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.

12. **¿Qué scores hay que utilizar en este caso para evaluar la gravedad de la enfermedad hepática?**
 - a) Child-Pugh.
 - b) MELD score.
 - c) MELD-Na score.
 - d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

13. **¿Qué pruebas serológicas son necesarias en primer lugar para investigar si la hepatopatía crónica de este paciente es de causa vírica?**
 - a) HBsAg, anti-HBc, anti-VHC.
 - b) HBsAg, anti-VHC, RNA VHC.
 - c) Anti-HBs, anti-VHC anti-VHD.
 - d) HBsAg, anti-VHC, anti-VHD.

14. **¿Qué probabilidad hay de que este paciente tenga hepatitis alcohólica?**
 - a) Seguro que no la tiene porque no tiene ictericia.
 - b) Es posible pero si la tiene es una hepatitis alcohólica sin criterios de gravedad, porque no tiene ictericia y la alteración de la coagulación es moderada.
 - c) Es muy probable porque bebe mucho alcohol.
 - d) Es seguro que tiene hepatitis alcohólica, porque todos los individuos que beben más de 60 g de alcohol al día tienen siempre cierto grado de hepatitis alcohólica.

15. **Si tuviese una hepatitis alcohólica, ¿qué afirmación sería falsa?**
 - a) Hay que recomendar abstinencia total y definitiva de alcohol.
 - b) Hay que asegurar un aporte nutricional y vitamínico adecuado.
 - c) Hay que iniciar un tratamiento con corticoides.
 - d) Hay que valorar la gravedad de la hepatitis alcohólica mediante scores específicos antes de valorar el tratamiento que necesita.

- 16. Se repite la analítica en este paciente para descartar una enfermedad hepática autoinmune o metabólica. Se detecta ferritina 350 ng/ml y un índice de saturación de transferrina del 33 %. El resto de las determinaciones metabólicas e inmunológicas son negativas.**

Señale la afirmación correcta:

- a) Este paciente tiene una sobrecarga patológica de hierro por hemocromatosis.
- b) Hay que hacer el test genético (detección de mutaciones C282Y y H63D) para confirmar la sospecha de hemocromatosis hereditaria.
- c) Estos análisis no sugieren que el paciente tiene hemocromatosis.
- d) Para confirmar si tiene hemocromatosis hay que hacer una biopsia hepática.

- 17. Señale la respuesta correcta en caso de que fuese necesario hacer una biopsia hepática en este paciente:**

- a) Se puede hacer la biopsia hepática percutánea sin problemas, siempre que sea con control ecográfico.
- b) Para hacer la biopsia hepática percutánea es necesario evacuar la ascitis primero.
- c) Para hacer la biopsia hepática con seguridad es necesario administrar plasma fresco y plaquetas.
- d) En este paciente solo es posible hacer la biopsia hepática por vía transyugular.

Se hace una gastroscopia. El paciente tiene varices esofágicas grandes con puntos rojos y gastropatía por HT portal leve-moderada.

- 18. ¿Qué tratamiento hay que recomendar en primera instancia al paciente tras la gastroscopia?**

- a) Iniciar profilaxis farmacológica con betabloqueantes, si no tiene contraindicación.
- b) Iniciar profilaxis farmacológica con nitritos, si no tiene contraindicación.
- c) Iniciar profilaxis farmacológica con betabloqueantes y nitritos, si no tiene contraindicación.
- d) Se debe hacer una ligadura profiláctica de las varices esofágicas.

19. ¿Qué medicamento no se utiliza para la profilaxis de la hemorragia por varices esofágicas en el paciente cirrótico?

- a) Propranolol.
- b) Bisoprolol.
- c) Nadolol.
- d) Carvedilol.

A los cinco días del ingreso se le da el alta de hospitalización.

A los diez días del alta el paciente acude a urgencias con malestar general, inapetencia, febrícula (37,6 °C), molestias abdominales difusas, nuevamente distensión abdominal y aumento de peso (hay una reacumulación evidente de ascitis a la exploración física), pese a cumplir bien el tratamiento con dieta sin sal y con diuréticos. Dice que no bebe alcohol.

Se hace una nueva paracentesis (diagnóstica y evacuadora).

Se evacúan 2 L de ascitis.

Análisis del líquido ascítico:

- Glucosa: 110 mg/dl
- Proteínas: 1,1 g/dl
- Albúmina: 0,9 g/dl
- LDH: 60 ui/ml
- Hematíes: 200 /mm³
- Leucocitos: 500 /mm³ (LPN: 90 %)

20. ¿Cómo se interpreta este resultado?

- a) Tiene ascitis transudativa no complicada.
- b) Tiene peritonitis bacteriana espontánea (PBE).
- c) Tiene peritonitis bacteriana secundaria.
- d) Tiene bacterioascitis.

Preguntas de reserva

21. ¿Qué hay que hacer a partir de este momento?

- a) Debe remitirse una muestra de ascitis para cultivo (en frasco de hemocultivo).
- b) Deben cursarse hemocultivos.
- c) Se debe esperar a los resultados de los cultivos para decidir si está indicado iniciar un tratamiento antibiótico
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

22. ¿Qué tratamiento hay que iniciar tras este diagnóstico?

- a) Cefalosporina de 3ª generación, IV, al menos siete días.
- b) Albúmina IV, 1,5 g/kg en el primer día y 1 g/kg en el tercer día de tratamiento.
- c) Suspensión del tratamiento diurético.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

El paciente mejora y desaparecen la fiebre y las molestias abdominales en las siguientes 24 h. A las 48 h se hace otra paracentesis. Se evacúan 2 L de ascitis.

Análisis del líquido ascítico:

- Glucosa: 105 mg/dl
- Proteínas: 1,0 g / dl
- Albúmina: 0,9 g/dl
- LDH: 50 ui/ml
- Hematíes: 180 /mm³
- Leucocitos: 260 /mm³ (LPN: 70 %)

El cultivo de ascitis es positivo de *E. coli*, sensible a las cefalosporinas y al resto de antibióticos habituales (ampicilina, quinolonas, cotrimoxazol y aminoglicósidos). Se mantiene el tratamiento, con buena evolución. Las serologías virales son negativas. Los estudios de causas metabólicas e inmunológicas (autoinmunes) de la hepatopatía crónica son negativos. Muy probablemente tiene una cirrosis hepática por alcohol. A los siete días se repite la paracentesis diagnóstica.

Análisis del líquido ascítico:

- Glucosa: 105 mg/dl
- Proteínas: 1,0 g / dl
- Albúmina: 0,9 g/dl
- LDH 50: ui/ml
- Hematíes: 120 /mm³
- Leucocitos: 180 /mm³ (LPN: 50 %)

23. ¿Qué tratamiento hay que iniciar ahora, tras completar y finalizar el tratamiento y resolver el caso clínico?

- a) Levofloxacino.
- b) Rifaximina.
- c) Norfloxacino.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

24. Señale la respuesta correcta respecto a la posibilidad de indicar un trasplante hepático en este paciente:

- a) Este paciente no tiene ninguna indicación de trasplante hepático porque es alcohólico.
- b) Este paciente no tiene indicación de trasplante hepático porque la función hepática no está suficientemente alterada.
- c) Este paciente tiene indicación de trasplante hepático porque tiene ascitis y ha tenido PBE.
- d) Antes de indicar y de hacer un trasplante hepático es necesario que el paciente consiga y mantenga la abstinencia completa de alcohol.

Caso 7

Mujer de 56 años que llega a urgencias con el 061 porque una hora antes ha presentado un episodio de hematemesis de sangre roja asociado a un mareo sin pérdida del nivel de conciencia.

A la valoración por el 061 presenta TA 80/40 y FC 120 ppm. Se hace un electrocardiograma donde se aprecia una taquicardia sinusal sin alteración de la repolarización. Se inicia la resucitación hemodinámica y se administran cristaloides, un tratamiento antisecretores con omeprazol y un tratamiento vasoactivo con somatostatina por vía endovenosa.

EXPLORACIÓN EN URGENCIAS:

- Consciente y orientada sin *flapping*.
- TA 90/60 y FC 100 ppm. Afebril. IMC 24.
- Bien hidratada y perfundida. Normocoloreada. Estigmas cutáneos de hepatopatía con arañas vasculares en mejillas y escote, eritrosis palmar y circulación colateral abdominal discreta.
- ACR: tonos rítmicos sin soplos y buen murmullo vesicular sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: a la altura del tórax, blando y depresible, indoloro, hepatomegalia de dos traveses de dedo de rebordes lisos y esplenomegalia de tres traveses de dedo de rebordes lisos.
- Tacto rectal con heces normales.
- Extremidades inferiores sin edemas ni lesiones cutáneas.

ANTECEDENTES PERSONALES:

- No tiene alergias medicamentosas conocidas.
- Antecedentes familiares: madre fallecida por hepatocarcinoma.
- Buena calidad de vida previa al episodio actual con *performance status* 0 y con funciones neurológicas conservadas.
- No consumo de alcohol. Fumadora de unos 10 cigarrillos al día desde los 20 años.
- HTA en tratamiento con enalapril 20 mg cada día.
- Cefalea migrañosa en tratamiento con ibuprofeno 600 mg a demanda.
- Osteoporosis en tratamiento con Fosamax® 70 mg cada semana e Ideos Unidía 1.000/880 UI cada día.
- Hepatitis crónica por infección por el VHB diagnosticada con 35 años. Se recomendó que se hiciera una biopsia hepática pero no se hizo y no continuó el seguimiento en consultas.
- Apendicectomizada a los 15 años.
- No sigue otros tratamientos adicionales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS:

- Analítica urgente:
 - Hemograma. Hb: 9 g/dl; hematocrito: 27 %; VCM: 90 fl; leucocitos: 5.400; 40.000 plaquetas.
 - Coagulación. TP: 56 %; INR: 1,1.
 - Bioquímica. Glucosa: 120 mg/dl; urea: 56 mg/dl; creatinina: 0,9 mg/dl; bilirrubina total: 2,2 mg/dl; bilirrubina directa: 1,5 mg/dl; GOT: 46 U/L; GPT: 64 U/L; Na: 138 mEq/L; K: 4,2 mEq/L; proteína C reactiva: 1,2 mg/dl.
- Electrocardiograma: ritmo sinusal a 100 QRS por minuto sin alteraciones en la repolarización.
- Rx PA portátil: sin alteraciones.

EVOLUCIÓN EN URGENCIAS:

Tras estabilización hemodinámica de la paciente se contacta con el endoscopista de guardia y se decide hacer una endoscopia oral:

- Esófago con restos hemáticos rojizos escasos. Desde 30 cm de la arcada dentaria se visualizan varios cordones varicosos grandes con múltiples manchas de color rojo cereza y a 35 cm de la arcada dentaria un pezón rojo sobre uno de los cordones varicosos. Cardias a 38 cm de la arcada dentaria a la altura de la impronta hiatal.
- Estómago con restos hemáticos rojizos. Por retroversión, no se aprecia una prolongación subcardial de las varices esofágicas ni la presencia de varices fúndicas. Se visualiza el cuerpo gástrico con un patrón en mosaico y manchas de color rojo cereza. Incisura y antro gástrico sin lesiones.
- Duodeno con bulbo y segunda porción con escasos restos hemáticos rojizos y sin lesiones.

Tras hacer el tratamiento endoscópico con éxito, se decide observar en la unidad de críticos donde permanece ingresada durante 24 horas sin presentar signos de recidiva hemorrágica ni complicaciones asociadas, y se decide pasar a la planta de hospitalización.

EVOLUCIÓN EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN

En la planta de hospitalización permanece estable sin signos de recidiva hemorrágica.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN:

- Analítica:
 - Hemograma. Hb: 8,5 g/dl; hematocrito: 25 %; VCM: 91 fl; 7.500 leucocitos; 65.000 plaquetas.
 - Coagulación. TP: 65 %; INR: 1.
 - Bioquímica. Glucosa: 110 mg/dl; urea: 35 mg/dl; creatinina: 0,8 mg/dl; FG > 60 ml/min; albúmina: 30 g/L; bilirrubina total: 2,5 mg/dl; bilirrubina directa: 1,8 mg/dl; GOT: 45 U/L; GPT: 86 U/L; GGT: 50 U/L; fosfatasa alcalina: 110 U/L; Na: 136 mEq/L; K: 3,8 mEq/L; proteína C reactiva: 0,9 mg/dl; AFP: 25 ng/ml.
 - Serología. AgHBs +; AchBs -; AchBc +; AgHBe -; AchBe +; DNA VHB: 2.500 U/ml; AC VHC - y AC VIH -.

- Inmunoglobulinas normales.
- ANOES negativos.
- Fe, ferritina e IST normales.
- Ceruloplasmina normal.
- Cálculo del MELD: 10 puntos.
- Ecografía del abdomen: hígado de aspecto cirrótico con una lesión en el segmento VI de 3 cm de aspecto hiperecoico. Vena porta de calibre ligeramente por encima de lo normal y permeable. Esplenomegalia homogénea y cantidad ligera de ascitis perihepática. Sin dilatación de vías biliares. Resto del estudio normal.
- TC abdomen con contraste multifase: hígado de aspecto cirrótico, se confirma la presencia de una lesión en el segmento VI de 3 cm que presenta un realce en la fase arterial y un lavado del realce en fase tardía. Vena porta ligeramente dilatada sin signos de trombosis. Esplenomegalia homogénea y ligera cantidad de ascitis perihepática. Sin dilatación de las vías biliares. Resto del estudio normal.

Tras una semana de ingreso hospitalario en los que no produce una recidiva hemorrágica, tras instaurar los tratamientos recomendados y a la espera de la valoración del comité de tumores hepáticos, es dada de alta para control ambulatorio.

1. ¿Cuál de las siguientes actuaciones está recomendada en este paciente tras la exploración y la analítica de urgencias?

- a) Transfusión de plaquetas.
- b) Transfusión de concentrados de hematíes.
- c) Administración de 250 mg de eritromicina endovenosa entre 30 y 120 minutos antes de la endoscopia.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

2. Señale la respuesta correcta con respecto a una endoscopia oral en un paciente con sospecha de hemorragia por varices esofágicas:

- a) Debe hacerse lo antes posible, independientemente del estado hemodinámico del paciente.
- b) Debe hacerse en las primeras doce horas desde la presentación del paciente tras la correcta resucitación hemodinámica.
- c) Antes de hacer la endoscopia oral debe hacerse una intubación orotraqueal a todos los pacientes con sospecha de hemorragia por varices esofágicas.
- d) Las respuestas b) y c) son correctas.

3. **¿En cuál de las siguientes situaciones debe asumirse el origen varicoso de la hemorragia durante una endoscopia?**
 - a) Variz esofágica grande con manchas rojas y un tapón plaquetario o pezón.
 - b) Varices esofágicas grandes con manchas rojas abundantes, sin sangrado activo ni signos de hemostasia reciente y presencia de restos hemáticos en el estómago. No se observan otras lesiones potencialmente sangrantes en el estudio endoscópico.
 - c) Varices esofágicas pequeñas sin signos rojos y sin sangrado activo ni signos de hemostasia reciente sobre las varices y sin restos hemáticos en el estómago.
 - d) Las respuestas a) y b) son correctas.
4. **¿Cuál debe ser el tratamiento endoscópico?**
 - a) Ligadura con bandas.
 - b) Escleroterapia.
 - c) Hemospray®.
 - d) Inyección de cianoacrilato.
5. **De los siguientes factores, ¿cuál no es útil para predecir el riesgo de resangrado precoz en un paciente con sangrado por varices?**
 - a) Nivel de conciencia.
 - b) Presencia de sangrado activo durante la endoscopia.
 - c) Gradiente de presión venosa hepática.
 - d) Puntuación de Child-Pugh.
6. **¿Qué puntuación de Child-Pugh tiene este paciente?**
 - a) Child-Pugh A6.
 - b) Child-Pugh B8.
 - c) Child-Pugh C10.
 - d) Child-Pugh B9.

7. **Tras el tratamiento endoscópico del paciente, ¿cuál de las siguientes medidas no está recomendada?**
 - a) Mantener antibioterapia con ceftriaxona 1 gr cada 24 h endovenosa hasta completar siete días de tratamiento.
 - b) Colocar un TIPS (del inglés *transjugular intrahepatic portosystemic shunt*) en las primeras 72 horas tras el episodio de sangrado.
 - c) Mantener el tratamiento vasoactivo con somatostatina durante cinco días y tras la suspensión iniciar el tratamiento betabloqueante.
 - d) Administración de lactulosa oral o en enemas.

8. **Señale la respuesta correcta con respecto a la profilaxis secundaria de la hemorragia digestiva por varices esofágicas:**
 - a) La pauta de tratamiento recomendada es el uso de betabloqueantes (propranolol o carvedilol) en combinación con el tratamiento endoscópico.
 - b) En pacientes con cirrosis hepática y Child-Pugh B o C el uso de betabloqueantes está contraindicado.
 - c) El tratamiento endoscópico debe hacerse por medio de una ligadura endoscópica con bandas con un intervalo de entre una y cuatro semanas hasta la erradicación de las varices.
 - d) Las respuestas a) y c) son correctas.

9. **Señale la respuesta correcta si durante la endoscopia oral se inicia un sangrado varicoso que no puede ser controlado con el tratamiento hemostático endoscópico:**
 - a) Está indicado intentar controlar la hemorragia mediante un taponamiento esofágico con un balón de Sengstaken-Blakemore o colocar una prótesis metálica completamente recubierta, en función de la disponibilidad y la experiencia en el uso de cada una de estas dos opciones, en el centro en el que se encuentre el paciente, como terapia puente a la colocación de un TIPS de rescate.
 - b) El taponamiento con un balón de Sengstaken-Blakemore es un procedimiento seguro y permite demorar hasta siete días la colocación del TIPS de rescate.
 - c) La colocación de un *stent* metálico completamente recubierto autoexpandible es mucho más efectivo que el taponamiento con un balón de Sengstaken-Blakemore para el control inicial de la hemorragia.
 - d) Las respuestas a) y c) son correctas.

10. Señale la afirmación falsa respecto a la historia natural de la infección de VHB:

- a) La edad de adquisición de la infección por el VHB es un factor que predice la evolución a la cronicidad.
- b) Es más frecuente que se cronifique la infección adquirida en la edad adulta que la infección perinatal.
- c) La fase de infección crónica AgHBe positivo (fase de inmunotolerancia) se caracteriza por niveles muy elevados de DNA VHB y una progresión lenta o nula de la fibrosis.
- d) Los pacientes que permanecen años en la fase de hepatitis crónica AgHBe positivo tienen más riesgo de desarrollar cirrosis y hepatocarcinoma.

11. ¿Cuál de los siguientes no es un objetivo del tratamiento de la infección por VHB?

- a) Reducir el riesgo de descompensación en pacientes con cirrosis hepática.
- b) Reducir el riesgo de desarrollo de un hepatocarcinoma.
- c) Reducir el riesgo de recurrencia de la hepatitis B postrasplante.
- d) Todos los anteriores son objetivos esperables del tratamiento de la infección por VHB.

12. ¿Cuál de las siguientes no es una indicación de tratamiento antiviral en pacientes con una infección por VHB?

- a) Cirrosis hepática compensada con DNA VHB 200 UI/ml.
- b) Hepatitis crónica AgHBe negativo y AchBe positivo con transaminasas elevadas tres veces por encima del valor normal, DNA VHB 40.000 UI/ml y fibrosis F2 en la escala Metavir.
- c) Cirrosis hepática descompensada con DNA VHB indetectable.
- d) Infección crónica AgHBe negativo (portador inactivo) que precisa tratamiento con prednisona durante una semana por una reagudización de una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

13. ¿Cuál es el tratamiento de elección para la infección por el VHB en este paciente?

- a) Lamivudina.
- b) Adefovir dipivoxil.
- c) Entecavir.
- d) Interferón.

14. Señale la afirmación falsa en relación con el tratamiento de la infección por VHB en este paciente:

- a) Debe iniciarse el tratamiento con análogos nucleósidos y nucleótidos lo antes posible.
- b) Los análogos nucleósidos y nucleótidos indicados en esta situación son entecavir o tenofovir disoproxil fumarato (TDF).
- c) Dado que la paciente presenta osteoporosis es preferible usar de tenofovir disoproxil fumarato (TDF).
- d) El tratamiento de la infección por VHB puede reducir el riesgo de recurrencia del hepatocarcinoma postrasplante hepático.

15. Señale la respuesta falsa con respecto al diagnóstico de hepatocarcinoma en pacientes con cirrosis hepática:

- a) El diagnóstico de hepatocarcinoma debe basarse en los hallazgos típicos en las técnicas de imagen y/o hallazgos anatomopatológicos.
- b) En pacientes con una cirrosis hepática y una lesión hepática superior a 1 cm, el diagnóstico puede basarse únicamente en la presencia de los hallazgos típicos de las técnicas de imagen (TC con contraste multifase o RM con contraste multifase).
- c) El diagnóstico requiere una biopsia en todos los casos.
- d) Los hallazgos típicos en la TC con contraste multifase son la presencia de realce de la lesión en la fase arterial y lavado del realce en la fase venosa o tardía.

16. Señale la respuesta correcta en el caso de detectar una lesión hepática inferior a 1 cm en un paciente con cirrosis hepática durante una ecografía de cribado:

- a) La mayoría de las lesiones hepáticas inferiores a 1 cm detectadas por una ecografía en pacientes cirróticos son hepatocarcinomas.
- b) Para poder hacer un diagnóstico correcto es recomendable biopsiar la lesión.
- c) Es recomendable hacer un seguimiento de la lesión con ecografías cada tres o cuatro meses durante uno o dos años y, en caso de estabilidad de la lesión durante este periodo, volver al cribado habitual.
- d) Las respuestas a) y b) son correctas.

- 17. ¿Cuál es la actitud recomendada en el caso de que en la TC del abdomen con contraste multifase la lesión hepática no presente los hallazgos típicos del hepatocarcinoma?**
- a) Hacer una biopsia de la lesión hepática.
 - b) Hacer una RM con contraste multifase.
 - c) Volver a los controles ecográficos semestrales.
 - d) Hacer una PET-TC.
- 18. De los siguientes factores, ¿cuál no se considera un factor pronóstico en un paciente con cirrosis hepática al que se le ha diagnosticado un hepatocarcinoma?**
- a) Número y tamaño de los nódulos.
 - b) Función hepática.
 - c) Etiología de la cirrosis hepática.
 - d) *Performance status*.
- 19. ¿En qué estadio de la clasificación BCLC se clasifica este paciente?**
- a) Estadio 0.
 - b) Estadio D.
 - c) Estadio B.
 - d) Estadio A.
- 20. ¿Cuál es el tratamiento recomendado para el hepatocarcinoma que presenta este paciente?**
- a) Resección quirúrgica.
 - b) Trasplante hepático.
 - c) Ablación térmica por radiofrecuencia.
 - d) Quimioembolización.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la respuesta correcta respecto al riesgo de resangrado precoz por varices esofágicas:**
- a) El mejor predictor de resangrado precoz es la medición del gradiente de presión venosa hepática (GPVH).
 - b) Un GPVH de 12 indica un alto riesgo de resangrado.
 - c) Este paciente no presenta un riesgo alto de resangrado.
 - d) Las respuestas a) y c) son correctas.
- 22. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de riesgo para el desarrollo de un hepatocarcinoma?**
- a) Cirrosis hepática.
 - b) Exposición a la aflatoxina B1.
 - c) Consumo de café.
 - d) Infección crónica de VHB.
- 23. Señale la respuesta correcta con respecto a hacer un tratamiento neoadyuvante en el caso de que se indique un trasplante hepático como tratamiento del hepatocarcinoma y el tiempo estimado en lista de espera sea superior a seis meses:**
- a) El tratamiento neoadyuvante podría reducir el riesgo de exclusión de la lista de trasplante por crecimiento tumoral y el riesgo de recidiva postrasplante.
 - b) La quimioembolización sería la opción de tratamiento neoadyuvante recomendada en este paciente.
 - c) La ablación mediante radiofrecuencia sería la opción de tratamiento neoadyuvante recomendada en este paciente.
 - d) Las respuestas a) y c) son correctas.

24. En el caso de que este paciente sea trasplantado y llegue al trasplante con DNA VHB indetectable, ¿cuál debe ser la pauta de tratamiento recomendado para evitar la recurrencia de la hepatitis B postrasplante?

- a) Análogos nucleósidos y nucleótidos + gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B durante cuatro semanas y continuar con análogos nucleósidos y nucleótidos indefinidamente.
- b) Análogos nucleósidos y nucleótidos + gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B durante cuatro semanas.
- c) Análogos nucleósidos y nucleótidos + gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B durante un año y continuar con análogos nucleósidos y nucleótidos indefinidamente.
- d) Análogos nucleósidos y nucleótidos + gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B durante un año.



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS
/

