

Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria facultatiu/facultativa especialista d'àrea d'aparell digestiu del Servei de Salut de les Illes Balears

Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris en un sol quadern** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat i ressaltat amb un número i la matèria de què tracta o bé directament la descripció del cas, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines del quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar el quadern com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us el podeu endur.

Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclareixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.



Cas 1

Pacient de 57 anys, sense antecedents personals ni familiars de càncer de còlon ni de càncer en altres localitzacions, fumador de 22 cigarretes al dia, amb hàbits de vida sedentaris, enolisme de 60 gr/dia, obesitat amb un índex de massa corporal de 37 i una dieta rica en carns vermelles i processades.

1. Senyalau la resposta correcta en relació amb el càncer de còlon:

- a) És el tipus de càncer amb més incidència a Espanya.
- b) La incidència està augmentant en els últims anys.
- c) En la població de menys de 50 anys la incidència està baixant clarament.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

2. Senyalau la resposta falsa en relació amb els factors de risc del càncer colorectal:

- a) El consum de tabac incrementa el risc de càncer de còlon.
- b) El consum d'alcohol incrementa el risc de càncer de còlon.
- c) L'obesitat no ha mostrat ser un factor de risc per al desenvolupament del càncer de còlon.
- d) L'exercici físic regular és un factor que redueix el risc de càncer de còlon.

3. Senyalau la resposta correcta en relació amb l'edat i el càncer de còlon:

- a) El càncer de còlon incrementa clarament la incidència a partir dels 50 anys.
- b) El càncer de còlon presenta la mateixa incidència a qualsevol edat.
- c) L'edat no és un factor de risc determinant en el desenvolupament del càncer de còlon.
- d) L'edat és l'únic factor de risc determinant per al desenvolupament d'un càncer colorectal i no existeixen altres factors moduladors significatius.

- 4. Senyalau la resposta correcta en relació amb el càncer colorectal (CCR):**
- a) La dieta rica en carns vermelles i processades disminueix el risc de CCR.
 - b) La dieta rica en fruites i vegetals disminueix el risc de CCR.
 - c) La dieta rica en greixos i l'obesitat disminueixen el risc de CCR.
 - d) No s'ha de recomanar retirar el consum de tabac i d'alcohol per prevenir el CCR.
- 5. El pacient descrit inicialment no presenta cap tipus de simptomatologia. Senyalau la resposta correcta en relació amb el programa de cribratge del càncer de còlon:**
- a) No té criteris per participar-hi ja que només s'hi inclouen els pacients d'entre 60 i 75 anys.
 - b) Compleix criteris per ser inclòs al programa de cribratge del CCR.
 - c) L'absència d'antecedents familiars és un criteri d'exclusió del programa de cribratge del CCR.
 - d) L'absència de símptomes és un criteri d'exclusió del programa de cribratge del CCR.
- 6. Una vegada inclòs en el programa de cribratge es fa la determinació de sang oculta en femta (SOH) immunològica quantitativa, que resulta positiva. Senyalau la resposta correcta:**
- a) No s'ha d'oferir cap tipus de prova complementària.
 - b) S'ha d'oferir al pacient fer una segona determinació de SOH.
 - c) S'ha d'oferir al pacient fer una colonoscòpia.
 - d) Si no hi ha símptomes no és necessari fer una colonoscòpia.

7. Senyalau la resposta falsa en relació amb la qualitat de les endoscòpies del programa de cribratge:

- a) Han de ser procediments fets per endoscopistes d'alta qualificació per poder detectar i tractar les lesions.
- b) S'han de fer en gabinets amb programació específica separada de les endoscòpies de rutina.
- c) S'ha de disposar d'equipaments de la màxima qualitat per optimitzar la detecció de les lesions.
- d) Les endoscòpies del programa de cribratge poden fer-se en qualsevol gabinet i per qualsevol tipus d'endoscopista independentment de la seva taxa de detecció d'adenomes.

8. La colonoscòpia és normal fins al cec, però en l'estratificació del grau de neteja, segons l'escala de Boston, el resultat ha estat el següent:

Còlon dret: 1

Còlon transvers: 1

Còlon esquerre: 1

Còlon total: 3 punts.

Senyalau la resposta correcta:

- a) S'ha de repetir la colonoscòpia per aconseguir una puntuació total de 6 punts (o superior) amb un mínim de dos punts en cada tram.
- b) S'ha de repetir la colonoscòpia per aconseguir una puntuació total de 6 punts (o superior), independentment de la puntuació de cada tram.
- c) No s'ha de repetir la colonoscòpia, aquest grau de neteja del còlon és adequat.
- d) El grau de neteja del còlon no és un factor determinant per a la taxa de detecció d'adenomes ni per evitar la neoplàsia d'interval.



9. **Es repeteix la colonoscòpia i s'objectiva la presència d'un pòlip únic pediculat de 15 mm a 30 cm del marge anal. La colonoscòpia és completa fins al cec, amb 9 punts a l'escala de Boston. Es fa una polipectomia amb una resecció completa del pòlip amb el seu pedicle. A l'estudi histològic es descriu un adenoma tubulovellós amb displàsia de grau alt focal estrictament superficial, amb marges de resecció lliures de teixit adenomatós amb marge de resecció ample al pedicle.**

Senyalau la resposta correcta:

- a) Es requereix un tractament quirúrgic complementari per assegurar la curació de la lesió.
- b) La lesió ha quedat curada després de la resecció endoscòpica.
- c) S'ha de repetir la colonoscòpia immediatament per revisar l'escara de la polipectomia a causa del risc alt de lesió residual.
- d) S'ha de fer una TC abdominal complementària com a estudi de l'extensió de la lesió.

10. **Senyalau la resposta correcta segons les últimes guies clíniques quant al control endoscòpic de la lesió descrita:**

- a) Es requereix una revisió endoscòpica al cap de sis mesos.
- b) No requereix una revisió endoscòpica ja que es tracta d'una lesió de risc baix.
- c) Aquest pacient serà susceptible d'una colonoscòpia anual a partir d'ara.
- d) Una revisió endoscòpica al cap de tres anys és suficient.

11. **Aquest pacient té un germà de 52 anys, asimptomàtic. A la família no existeixen altres antecedents de CCR. Quina recomanació hem de donar al germà quant a prevenció del CCR?**

- a) És susceptible d'endoscòpia de forma immediata.
- b) No requereix cap tipus de procediment donada l'edat i l'absència de clínica associada.
- c) En aquest cas es recomana el control per mitjà d'una SOH bianual.
- d) Se li ha d'oferir una colonoscòpia anual com a eina de prevenció més eficaç a nivell de cost.



12. El pacient deixa d'anar a les consultes externes. Torna al cap de set anys amb un quadre de rectorràgies associades a una pèrdua de vuit quilos. Senyalau la resposta correcta:

- a) No requereix una colonoscòpia perquè en té una de fa set anys.
- b) Requereix una colonoscòpia per la clínica que presenta per descartar un CCR.
- c) En aquest cas n'hi ha prou amb una anàlisi de SOH.
- d) L'exploració inicial ha de ser una ecografia abdominal.

13. Es fa una colonoscòpia que mostra la presència d'una lesió rectal a 5 cm del marge anal, del tipus LST-G d'uns 4 cm de diàmetre amb patró IV de Kudo a la zona central de la lesió. Es fan biòpsies que són compatibles amb un adenocarcinoma.

Senyalau la resposta correcta quant a l'estudi d'extensió:

- a) Com que és una lesió rectal es pot fer el tractament directament sense estudi d'extensió.
- b) S'ha de fer una TC toracicoabdominal i una RMN rectal.
- c) En cas de dubte sobre l'estadificació local es pot fer una ecoendoscòpia rectal.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

14. L'estudi d'extensió mostra absència de lesions a distància en el pulmó o el fetge. També mostra absència d'adenopaties evidents. S'objectiva una lesió neoforativa amb una imatge suggestiva d'infiltració fins a la submucosa, però sense contactar amb la muscular pròpia.

Senyalau la resposta correcta respecte a l'estadificació:

- a) Estadi T3N1M1.
- b) Estadi T2N0M0.
- c) Estadi T1N0M0.
- d) Estadi T2N1M0.

- 15. Senyalau el tractament correcte segons l'estadi i la ubicació de la lesió:**
- a) Requereix tractament quirúrgic mitjançant resecció abdominoperineal.
 - b) L'única opció vàlida és fer una mucosectomia convencional en fragments.
 - c) És susceptible d'una resecció en bloc mitjançant una dissecció endoscòpica submucosa.
 - d) Requereix un tractament neoadjuvant mitjançant quimioteràpia i radioteràpia abans del tractament.
- 16. El bloc de l'anatomia patològica mostra la presència d'un pòlip resecat en bloc amb un focus central d'adenocarcinoma de 8 mm amb infiltració fins a la submucosa sm1, però sense contactar amb la muscular pròpia, amb marges de resecció lliures de malaltia.**
- Senyalau la resposta correcta d'acord amb l'estudi d'extensió previ a la resecció:**
- a) La resecció endoscòpica ha estat curativa.
 - b) Es requereix un tractament quirúrgic complementari per completar el tractament.
 - c) Es requereix quimioteràpia i radioteràpia adjuvants.
 - d) La resecció endoscòpica no mostra criteris per considerar que hagi estat curativa.
- 17. Senyalau la resposta correcta quant al seguiment endoscòpic d'aquest pacient:**
- a) No requereix una revisió endoscòpica.
 - b) Requereix únicament que se li facin rectosigmoidoscòpies de control.
 - c) Requereix un control endoscòpic de forma precoç, que és acceptable als sis mesos.
 - d) Requereix un control endoscòpic als tres anys.

18. De nou, el pacient deixa d'anar a les consultes. Torna al cap de tres anys. Se li fa una colonoscòpia en la qual es detecta la presència de dotze pòlips de còlon, distribuïts en el còlon dret i el transvers. Tots els pòlips són de menys de 10 mm.

Senyalau la resposta correcta quant al tractament:

- a) Si és factible, la resecció endoscòpica de les lesions ha de ser el tractament d'elecció.
- b) El pacient compleix criteris per fer una colectomia total amb ileostomia.
- c) Basta fer el seguiment de les lesions sense necessitat de plantejar-ne la resecció.
- d) S'ha de fer un estudi genètic abans de plantejar qualsevol tipus de tractament de les lesions descrites.

19. En aquest pacient, senyalau la resposta correcta:

- a) No té indicació per ser remès a una consulta de risc alt de càncer colorectal.
- b) Pot ser susceptible d'un estudi genètic complementari.
- c) El resultat de l'estudi genètic és indispensable per al maneig clínic.
- d) L'estudi genètic té probabilitats altes de ser patològic.

20. Senyalau l'opció que, amb menys probabilitat, pot correspondre amb el quadre descrit:

- a) Poliposi adenomatosa familiar clàssica.
- b) Poliposi adenomatosa familiar atenuada.
- c) Síndrome de Lynch.
- d) Síndrome de Lynch-like.

Preguntes de reserva

21. Senyalau la resposta correcta en relació amb la classificació de Kudo:

- a) No té rellevància a l'hora de prendre decisions durant l'endoscòpia.
- b) És aconsellable utilitzar-la quan es caracteritzen lesions endoscòpiques abans de la resecció.
- c) El seu ús té rellevància per prendre decisions durant l'endoscòpia.
- d) La respostes b) i c) són correctes.



22. **En el cas d'aquest pacient, es fa un estudi immunohistoquímic sobre el bloc parafinat del tumor. Es detecta un dèficit d'expressió d'MSH6; una expressió correcta d'MLH1, MSH2, PMS2. Així mateix, s'objectiva la presència d'instabilitat de microsatèl·lits.**

Senyalau la resposta correcta:

- a) Amb aquest resultat es pot considerar que no existeix alteració de la immunohistoquímica i es pot descartar la síndrome de Lynch.
- b) Existeix dèficit d'expressió d'MSH6 pel que s'ha de continuar l'estudi per una possible síndrome de Lynch.
- c) Es tracta d'un resultat típic de la poliposi adenomatosa familiar.
- d) Es tracta d'un resultat típic de la síndrome de poliposi serrada.

23. **Es fa un estudi genètic per mitjà d'un panel de còlon, per a l'estudi de mutacions germinals. L'estudi és negatiu i mostra una absència de mutacions en el conjunt de gens associats a la síndrome de Lynch i a la poliposi adenomatosa. L'estudi de delecions també ha estat negatiu.**

Senyalau l'entitat a la qual correspon la situació d'aquest cas:

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

24. **Una vegada establert el diagnòstic, senyalau la resposta correcta sobre l'entitat que afecta aquesta família:**

- a) Tots els familiars de primer grau del cas índex requereixen una colonoscòpia anual de forma obligatòria.
- b) S'ha de fer un estudi de manifestacions extracolòniques mitjançant una pantomografia i un estudi del fons d'ull.
- c) L'absència de mutació genètica identificada indica la no existència d'un risc de càncer de còlon major en aquesta família.
- d) Totes les respostes anteriors són falses.

Cas 2

Home de 63 anys remès a la unitat d'endoscòpia per fer-li una gastroscòpia per un reflux de llarga evolució (superior a 10 anys). El pacient és obès, hipertens i fumador. Refereix disfàgia a sòlids des de fa un mes. Se li fa una gastroscòpia que detecta a 32 cm de les arcades dentàries la presència d'una mucosa ectòpica que s'estén fins a la unió esofagogastrica situada a 38 cm de les arcades dentàries on s'aprecien signes d'esofagitis per reflux grau C.

Es pauta un tractament mèdic i es fa una nova gastroscòpia a les vuit setmanes. En ella s'aprecia la mucosa ectòpica descrita prèviament suggestiva d'esòfag de Barrett (C5M6) amb una cicatrizació completa de l'esofagitis per reflux i a 35 cm de les arcades dentàries s'aprecia un àrea irregular sobreelevada d'uns 8 mm (0-Is) diferent a la resta de la mucosa circumdant. Es fan biòpsies de forma aleatòria de la lesió descrita, suposant que pot tractar-se d'un esòfag de Barrett (EB) segons el protocol de Seattle. Els resultats de la lesió visible a l'esòfag confirmen un esòfag de Barrett amb metaplàsia intestinal i presència de focus de displàsia de grau alt i les biòpsies aleatòries confirmaven l'esòfag de Barrett sense displàsia. Es planifica una estratègia de tractament i seguiment.

1. Senyalau l'afirmació falsa en referència al diagnòstic de la malaltia per reflux gastroesofàgic (ERGE):

- a) El pacient que presenta símptomes típics de malaltia per reflux pot diagnosticar-se a partir de la història clínica i generalment no requereix altres investigacions.
- b) L'endoscòpia digestiva està indicada com a mètode diagnòstic inicial en tots els pacients que mostren símptomes típics d'ERGE.
- c) L'assaig terapèutic amb inhibidors de la bomba de protons (IBP) té valor diagnòstic en els pacients amb símptomes típics d'ERGE.
- d) La pH-metria està indicada per investigar la presència de reflux en els pacients que no responen al tractament empíric i presenten una endoscòpia negativa.



- 2. Senyalau la resposta falsa en relació amb el maneig inicial de la malaltia per reflux gastroesofàgic:**
- a) Les modificacions en l'estil de vida són fonamentals en el maneig de la malaltia per reflux gastroesofàgic.
 - b) La disfàgia ha de considerar-se un símptoma d'alarma per valorar fer una gastroscòpia.
 - c) Es pot considerar suspendre el tractament mèdic en pacients amb ERGE no complicat que responen a vuit setmanes de tractament amb inhibidors de la bomba de protons.
 - d) En els pacients amb gastroscòpia normal i amb piroso que no responen al tractament mèdic amb inhibidors de la bomba de protons, s'ha de descartar una malaltia per reflux gastroesofàgic i no s'han de fer altres estudis.
- 3. Senyalau la resposta falsa en referència als mecanismes fisiopatològics de la malaltia per reflux gastroesofàgic:**
- a) La hipotonia de l' esfínter esofàgic inferior és un factor predisposant.
 - b) Les relaxacions transitòries de l' esfínter esofàgic inferior poden ser responsables de fins al 60 % dels episodis de reflux gastroesofàgic (RGE).
 - c) Les alteracions de la motilitat del cos esofàgic no influeixen en el reflux gastroesofàgic.
 - d) El buidament gàstric és un altre factor que cal tenir en compte.
- 4. Senyalau la resposta correcta en referència als diferents fenotips de presentació de la malaltia per reflux gastroesofàgic:**
- a) La malaltia per reflux gastroesofàgic no erosiu suposa menys del 50 % de tots els casos de reflux.
 - b) No hi ha diferències en la gravetat de la piroso entre els diferents fenotips de reflux gastroesofàgic.
 - c) El reflux no erosiu s'associa a exposicions normals d'àcid a l'esòfag sense lesions de la mucosa esofàgica.
 - d) La malaltia per reflux gastroesofàgic erosiva és més freqüent que la no erosiva i es classifica segons la classificació de Los Angeles.



- 5. Senyalau la resposta falsa respecte a la utilitat de l'endoscòpia digestiva en el diagnòstic de la malaltia per reflux gastroesofàgic:**
- a) La sensibilitat en el diagnòstic de la malaltia per reflux gastroesofàgic és escassa.
 - b) Existeix una bona correlació entre la intensitat o la freqüència dels símptomes d'ERGE i la gravetat de les lesions endoscòpiques.
 - c) La biòpsia esofàgica afegeix poca informació a l'endoscòpia en la valoració de l'esofagitis.
 - d) L'endoscòpia de seguiment és generalment innecessària i només està indicada en determinats casos (pacients que no responen al tractament, control d'esofagitis per reflux grau C-D, seguiment d'esòfag de Barrett, necessitat de biòpsies per aclarir el diagnòstic).
- 6. Senyalau la resposta correcta en referència a les següents afirmacions sobre l'esofagitis per reflux de grau C de la classificació de Los Angeles.**
- a) Suposa una o més lesions de la mucosa, igual o menor de 5 mm de longitud, sense confluència.
 - b) Suposa una o més lesions de la mucosa, amb confluència i afectació de més del 75 % de la circumferència esofàgica.
 - c) Suposa una o més lesions de la mucosa, amb confluència i afectació menor del 75 % de la circumferència de l'esòfag.
 - d) Suposa una o més lesions de la mucosa, superior a 5 mm de longitud, sense confluència.
- 7. Quina tècnica d'estudi és de més utilitat per a un diagnòstic correcte en un pacient amb símptomes de reflux gastroesofàgic que no respon al tractament amb inhibidors de la bomba de protons?**
- a) Manometria d'alta resolució.
 - b) PH-metria ambulatòria 24 h de doble canal.
 - c) Impedància intraluminal multicanal associada a pH-metria.
 - d) Bilitec™.



- 8. Senyalau la resposta falsa en referència a la tècnica d'impedància intraluminal multicanal (IMM) per a l'estudi del reflux gastroesofàgic:**
- a) Es basa en la mesura dels canvis de la resistència al pas d'un corrent elèctric entre dos elèctrodes que sorgeixen com a conseqüència de modificacions funcionals o estructurals en l'esòfag.
 - b) Permet detectar reflux líquid, gas i combinat de gas i líquid.
 - c) No interfereix la interpretació si hi ha alteracions de la motilitat o histològiques de l'esòfag.
 - d) És una tècnica indicada en pacients amb símptomes laringofaríngeus o respiratoris de causa no clara.
- 9. Senyalau la resposta falsa en referència als factors de risc per valorar un *screening* d'esòfag de Barrett segons la majoria de les guies clíniques:**
- a) Tabaquisme.
 - b) Història familiar de càncer d'esòfag.
 - c) Obesitat central.
 - d) Edat superior a 50 anys sense diferència de sexe i raça.
- 10. El diagnòstic d'esòfag de Barrett es basa en les troballes endoscòpiques i en la confirmació histològica.**
- Senyalau la resposta falsa.**
- a) La majoria de les societats científiques necessiten la presència de metaplàsia intestinal per al diagnòstic de l'esòfag de Barrett.
 - b) Es recomana emprar endoscòpis d'alta definició amb llum blanca per a la vigilància endoscòpica de l'esòfag de Barrett.
 - c) Sempre s'aconsella biopsiar un esòfag de Barrett en presència d'esofagitis per reflux.
 - d) No es recomana l'ús rutinari de cromoendoscòpia, endoscòpia d'autofluorescència o endomicroscòpia làser focal per al diagnòstic de l'esòfag de Barrett.

11. Senyalau la resposta correcta respecte a les troballes endoscòpiques que s'han d'especificar en la descripció d'un esòfag de Barrett:

- a) Els criteris de Praga d'extensió longitudinal i circumferencial (CM).
- b) La presència i la localització d'alguna àrea sospitosa així com la seva grandària i morfologia (classificació de Paris).
- c) Presència o no de lesions d'esofagitis per reflux.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

12. Senyalau la resposta falsa respecte als punts de referència de la classificació de Praga de l'esòfag de Barrett:

- a) L'extrem proximal de l'afectació longitudinal i circumferencial de l'epiteli de Barrett (CM).
- b) La longitud de l'esòfag.
- c) El hiat diafragmàtic.
- d) La unió esofagogàstrica.

13. Senyalau l'afirmació correcta en referència a la presa de biòpsies en l'esòfag de Barrett:

- a) S'han de fer biòpsies de forma aleatòria de qualsevol lloc.
- b) S'han de fer biòpsies en pots separats dels quatre quadrants cada 2 cm d'esòfag de Barrett o cada 1 cm si hi ha displàsia severa prèvia.
- c) Només s'han de biopsiar les àrees sospitoses.
- d) S'han de fer biòpsies dels quatre quadrants per cada centímetre de Barrett en pots separats.

14. Senyalau l'afirmació falsa en referència al seguiment de l'esòfag de Barrett:

- a) En general depèn de l'extensió del Barrett i de la presència o no de displàsia.
- b) L'esòfag de Barrett sense displàsia requereix un seguiment d'entre tres i cinc anys segons les diferents societats científiques.
- c) Davant la troballa de displàsia indefinida es recomana una revisió endoscòpica als dos anys.
- d) La displàsia de grau baix detectada en el seguiment endoscòpic ha de ser confirmada per un segon patòleg o per un patòleg expert.

- 15. Senyalau l'afirmació falsa respecte al tractament multidisciplinari de l'esòfag de Barrett:**
- a) Els símptomes de reflux entre els pacients de Barrett han de tractar-se de manera similar als pacients amb ERGE.
 - b) La cirurgia antireflux es considera una opció més eficaç que el tractament mèdic amb IBP per als pacients amb esòfag de Barrett.
 - c) L'evolució de les modalitats de tractament endoscòpic mínimament invasiu ha canviat el paradigma de tractament per a la neoplàsia relacionada amb l'esòfag de Barrett.
 - d) Si es diagnostica càncer en fase precoç o displàsia de grau alt, la teràpia endoscòpica és el tractament d'elecció amb millor perfil de seguretat i amb eficàcia similar en comparació de l'esofagectomia.
- 16. Senyalau l'afirmació falsa en referència al tractament endoscòpic de l'esòfag de Barrett (EB):**
- a) La teràpia endoscòpica es basa en un concepte de dos passos: les lesions visibles s'extirpen endoscòpicament i l'EB pla restant s'ablaciona per prevenir la neoplàsia metacrònica.
 - b) L'ablació per radiofreqüència és cost-efectiva en tots els casos d'esòfag de Barrett de longitud llarga (superior a 5 cm).
 - c) Els pacients amb esòfag de Barrett amb displàsia confirmada sense lesions visibles poden sotmetre's a una ablació per radiofreqüència.
 - d) La repetició de l'endoscòpia abans de planificar un tractament en un centre expert amb endoscopistes i patòlegs experimentats proporciona un diagnòstic final més fiable.
- 17. Senyalau la resposta correcta en la proposta de tractament en referència al cas clínic exposat:**
- a) Planificar una resecció endoscòpica de la lesió amb displàsia de grau alt i posteriorment una ablació amb radiofreqüència de tot l'esòfag de Barrett.
 - b) Fer directament una ablació amb radiofreqüència davant l'evidència de displàsia.
 - c) Proposar una esofagectomia davant l'evidència de displàsia de grau alt.
 - d) Repetir l'endoscòpia per confirmar la displàsia per part d'un patòleg expert i actuar segons el resultat.

18. Senyalau l'afirmació correcta en referència a les tècniques endoscòpiques de resecció:

- a) L'aspecte macroscòpic de la lesió visible segons la classificació de Paris s'associa al risc d'infiltració en profunditat i al risc de metastasis limfàtiques.
- b) La mucosectomia multibanda és la tècnica més emprada per a la resecció endoscòpica en els països occidentals.
- c) La dissecció submucosa és la preferida per a lesions sospitoses d'invasió submucosa o de més grandària per aconseguir reseccions en bloc i radicals.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

19. Els resultats de la resecció endoscòpica d'aquest cas clínic confirmen un adenocarcinoma amb invasió submucosa (T1b < 500 micres SM1) ben diferenciat amb vores laterals i en profunditat lliures, sense invasió limfàtica ni vascular.

Senyalau l'opció correcta:

- a) El risc de disseminació limfàtica si hi ha invasió submucosa és superior a un 40 % per la qual cosa s'ha de proposar una esofagectomia.
- b) Els factors pronòstics del tumor són favorables per la qual cosa s'ha de discutir en un equip multidisciplinari per decidir l'actitud terapèutica.
- c) S'ha de plantejar directament fer radioteràpia pel risc d'invasió limfàtica.
- d) La quimioteràpia adjuvant està indicada després de la resecció endoscòpica.

20. Senyalau la resposta falsa en referència a l'ablació per radiofreqüència (RFA) de l'esòfag de Barrett:

- a) Les societats científiques recomanen la RFA com a teràpia de primera línia per a l'ablació d'EB displàsic o EB després de la resecció de lesions visibles.
- b) L'ablació per radiofreqüència erradica eficaçment l'esòfag de Barrett displàsic (BE) i redueix el risc metacrònic de l'adenocarcinoma esofàgic (EAC).
- c) La taxa de complicacions és acceptablement baixa (del 6 % al 14 % d'estenosi).
- d) Una vegada feta l'ablació per RFA no necessita cap seguiment endoscòpic per la recurrència baixa de displàsia.

Preguntes de reserva

- 21. La recurrència de l'esòfag de Barrett després del tractament endoscòpic ablatiu es relaciona amb diferents factors. Senyalau la resposta falsa:**
- Presència d'hèrnia de hiat.
 - Hàbit tabàquic.
 - Displàsia de risc alt en la presentació inicial.
 - Raça caucàsica.
- 22. Senyalau l'afirmació correcta en referència al seguiment endoscòpic dels pacients amb esòfag de Barrett amb displàsia de grau alt tractats amb radiofreqüència (RFA):**
- S'ha de fer un control endoscòpic cada sis mesos els primers dos anys i després anual.
 - S'ha de fer un control endoscòpic cada sis mesos el primer any i després anual.
 - S'ha de fer un control endoscòpic als sis mesos i després anual.
 - No necessita seguiment endoscòpic després del tractament ablatiu.
- 23. Senyalau la resposta falsa en referència al risc de desenvolupar un adenocarcinoma d'esòfag sobre un esòfag de Barrett:**
- El risc de desenvolupar un adenocarcinoma d'esòfag si hi ha displàsia de grau alt és d'un 7 % /any.
 - El risc de desenvolupar un adenocarcinoma d'esòfag si no hi ha displàsia és d'un 0,2-0,5 % /any.
 - Els pacients que desenvolupen un adenocarcinoma d'esòfag sobre un esòfag de Barrett conegut tenen millor pronòstic que els que el desenvolupen sense el diagnòstic previ de Barrett.
 - La incidència d'adenocarcinoma d'esòfag està disminuint gràcies als avanços diagnòstics.
- 24. Quina de les següents tècniques ablatives de l'EB després de la radiofreqüència es considera de segona línia en les últimes guies clíniques?**
- Argó plasma *coagulation*.
 - Crioteràpia.
 - Teràpia fotodinàmica.
 - Termoteràpia per microones.

Cas 3

Pacient home de 62 anys amb antecedents d'enolisme superior a 60 g/dia de vint anys d'evolució i fumador de 25 paquets/any des dels 17 anys.

Antecedent de dos ingressos per pancreatitis agudes lleus en els últims tres anys. En els últims tres mesos presenta un quadre de diarrea en forma de quatre deposicions al dia, dolor abdominal continu i diari, localitzat a l'epigastri que no millora amb paracetamol. A més, refereix que ha perdut quatre quilos. Se li fa una gastroscòpia que és normal. Una TC abdominal revela la presència de múltiples calcificacions parenquimàtiques al cap del pàncrees, dilatació del conducte pancreàtic principal, una lesió quística de 10 mm en el cos pancreàtic i atròfia de la cua de pàncrees. Els coprocultius, els paràsits a la femta i la toxina de *Clostridium difficile* a la femta són negatius, la serologia de celiaquia negativa i les hormones tiroïdals són normals.

Elements rellevants a l'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, triglicèrids: 180 mg/dl, amilasa: 125 U/L, lipasa: 25 U/L.

La resta de l'hemograma i de la bioquímica està dins de valors normals.

1. Quin és el diagnòstic més probable?

- a) Pancreatitis aguda d'etiologia enòlica.
- b) Hepatitis alcohòlica aguda.
- c) Pancreatitis crònica calcificant.
- d) Fibrosi quística.

2. Senyalau la resposta correcta respecte a la confirmació del diagnòstic:

- a) És imprescindible disposar d'una anàlisi histològica.
- b) La història clínica, les dades analítiques i les proves d'imatge són suficients per establir el diagnòstic.
- c) És imprescindible fer una colangiopancreatografia retrògrada endoscòpica (CPRE).
- d) Si no presenta nous episodis de pancreatitis aguda cal dubtar del diagnòstic inicial.



- 3. Quina és la millor tècnica no invasiva per a l'estudi dels signes ductals pancreàtics?**
 - a) CPRE.
 - b) Colangiopancreatografia per ressonància magnètica.
 - c) Ecografia abdominal.
 - d) TC abdominal.

- 4. Quina d'aquestes és una classificació etiològica de la pancreatitis crònica?**
 - a) Balthazar.
 - b) Rosemont.
 - c) Atlanta.
 - d) TIGAR-O.

- 5. Què s'ha de sol·licitar en primer lloc per al diagnòstic d'insuficiència pancreàtica exocrina?**
 - a) Calprotectina fecal.
 - b) Elastasa fecal pancreàtica.
 - c) Test d'hipercreixement bacterià.
 - d) Test d'intolerància a la lactosa.

- 6. Quins són les determinacions que avaluen millor l'estat nutricional d'aquest pacient?**
 - a) El pes actual és suficient per avaluar el seu estat nutricional.
 - b) Pes, índex de massa corporal i determinació de vitamines liposolubles i altres micronutrients (magnesi, zinc i vitamina B12).
 - c) Glucosa, calci i hematòcrit.
 - d) Proteïnograma, funció renal i ions.

Les proves per determinar la insuficiència pancreàtica exocrina demostren una insuficiència pancreàtica exocrina (IPE) greu.

7. A què poden associar-se els dèficits vitamínics associats a una IPE?

- a) Osteoporosi.
- b) Osteopènia.
- c) Alteració de l'agudesesa visual.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

8. Quina actitud s'ha de seguir en relació amb el tractament enzimàtic substitutiu (TES)?

- a) Ha d'iniciar-se un tractament enzimàtic substitutiu només si té dolor abdominal.
- b) Ha d'iniciar-se un tractament enzimàtic substitutiu quan presenti un altre episodi de pancreatitis aguda.
- c) Ha d'iniciar-se immediatament un tractament enzimàtic substitutiu.
- d) No ha d'iniciar-se un tractament enzimàtic substitutiu perquè el pacient no té antecedents de cirurgia pancreàtica.

9. Si es decideix iniciar el TES, quina ha de ser la dosi recomanada?

- a) 20.000 U per esmorzar, dinar i sopar.
- b) 10.000 U per esmorzar, dinar i sopar i 10.000 U en els snacks.
- c) 50.000 U a la menjada principal.
- d) 50.000 U per esmorzar, dinar i sopar i 25.000 U en els snacks.

10. Malgrat el tractament amb enzims pancreàtics la diarrea no cedeix completament. Quina ha de ser l'actitud?

- a) Suspendre definitivament el tractament enzimàtic i fer una colonoscòpia.
- b) Augmentar la dosi d'enzims pancreàtics i afegir inhibidors de la bomba de protons al TES.
- c) Retirar el gluten de la dieta.
- d) Sol·licitar marcadors tumorals (CA 19-9 i CEA).

- 11. A causa de la insuficiència pancreàtica exocrina, aquest pacient...**
- a) ...presenta més risc de càncer de còlon.
 - b) ...no presenta més risc d'esdeveniments cardiovasculars.
 - c) ...presenta més risc d'hipercresiment bacterià en l'intestí prim (SIBO).
 - d) ...presenta el mateix risc de mortalitat que un pacient sense IPE.
- 12. Senyalau la resposta correcta respecte al monitoratge de la resposta al tractament enzimàtic substitutiu:**
- a) És suficient la millora simptomàtica i la normalització dels paràmetres nutricionals.
 - b) Ha de fer-se una determinació d'elastasa fecal cada mes.
 - c) Després de la millora inicial, s'ha de retirar el TES per confirmar l'empitjorament dels símptomes si es retira.
 - d) S'ha de fer una TC abdominal per comprovar si han millorat les calcificacions pancreàtiques.
- 13. Com es recomana l'*screening* de càncer de pàncrees en aquest pacient?**
- a) Per mitjà d'una TC abdominal cada tres mesos.
 - b) No hi ha una estratègia definida per a la detecció del càncer de pàncrees en aquests pacients.
 - c) Per mitjà de la determinació de CA 19-9 cada dos mesos.
 - d) Per mitjà de la determinació de paràmetres nutricionals cada tres mesos.

22 mesos després del diagnòstic el pacient ingressa per icterícia conjuntival i cutània amb xifres de bilirubina de 9 mg/dl (de predomini directe) i colèstasi marcada a l'analítica. Una ecografia abdominal a urgències mostra una dilatació de la via biliar extrahepàtica.

- 14. Què s'ha de considerar en el diagnòstic diferencial de la icterícia en aquest pacient?**
- a) Coledocolitiasi.
 - b) Càncer de pàncrees.
 - c) Estenosi biliar benigna.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

Una TC abdominal amb protocol pancreàtic objectiva una lesió sòlida en el cap del pàncrees de 2,7 x 2,5 cm amb dilatació de la via biliar extrahepàtica de 13 mm. No s'observen lesions hepàtiques ocupants d'espai. La lesió està en contacte amb l'artèria mesentèrica superior en més de 180° amb presència d'una trombosi portal.

15. Què s'ha de sol·licitar com a primera estratègia per drenar inicialment la via biliar?

- a) Drenatge per via transparietohepàtica amb col·locació d'un drenatge metàl·lic no recobert.
- b) CPRE amb col·locació d'un drenatge metàl·lic no recobert.
- c) CPRE amb citologia de colèdoc i col·locació d'un drenatge biliar de plàstic.
- d) Drenatge intern-extern per via transparietohepàtica i col·locació posterior d'un drenatge biliar de plàstic per via endoscòpica.

16. Senyalau la resposta correcta en relació amb el diagnòstic de la massa o lesió pancreàtica:

- a) S'ha de sol·licitar una ecoendoscòpia amb aspiració d'agulla fina (PAAF) o *fine needle biopsy* (FNB) de la lesió.
- b) Una determinació de CA 19-9 és diagnòstica si els nivells dupliquen el valor normal.
- c) La vigilància de la lesió per TC és suficient atès que probablement és una lesió inflamatòria.
- d) Si la citologia de colèdoc és negativa i el CA 19-9 normal es pot descartar amb seguretat un adenocarcinoma pancreàtic.

17. Quin patró qualitatiu s'ha d'obtenir a l'elastografia qualitativa, com a tècnica complementària a l'ecoendoscòpia, per orientar cap a la naturalesa inflamatòria de la lesió?

- a) Un patró heterogeni predominantment verd.
- b) Un patró verd homogeni.
- c) No ens ofereix cap orientació quant a la naturalesa histològica de la lesió.
- d) Un patró heterogeni predominantment blau.

- 18. Quin ha de ser el següent pas si es confirma la malignitat de la lesió (adenocarcinoma pancreàtic)?**
- a) Amb les dades de què disposam s'ha d'indicar una duodenopancreatectomia cefàlica.
 - b) S'ha de valorar la resecabilitat de la lesió basant-se en la seva grandària.
 - c) Ha de valorar-se la resecabilitat de la lesió basant-se en l'afectació vascular arterial i venosa.
 - d) Ha d'indicar-se una intervenció de Frey al més aviat possible.
- 19. Amb les dades de la TC, de quin tipus de tumor ha de considerar-se que es tracta?**
- a) Resecable.
 - b) *Borderline*.
 - c) Localment avançat.
 - d) Metastàtic.
- 20. Senyalau la resposta falsa en relació amb el marcador tumoral CA 19-9 en l'adenocarcinoma de pàncrees:**
- a) Els nivells de CA 19-9 es relacionen amb la grandària del tumor, la presència de metàstasi i el pronòstic del pacient.
 - b) El monitoratge del CA 19-9 és útil per avaluar la resposta al tractament, especialment en pacients amb nivells elevats.
 - c) Un 75 % de la població no expressa l'antigen Lewis per la qual cosa els nivells de CA 19-9 no són informatius en aquests pacients.
 - d) Els nivells de CA 19-9 poden elevar-se en malalties pancreatobiliars benignes i en casos d'obstrucció biliar.



Preguntes de reserva

- 21. Quina altra complicació pot presentar aquest pacient en relació amb la seva patologia de base?**
- a) Pseudoquist de pàncrees.
 - b) Estenosi biliar benigna.
 - c) Trombosi esplènica.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 22. Senyalau la resposta correcta respecte al tractament del dolor sever en aquest pacient:**
- a) El paracetamol sol ser suficient.
 - b) El tractament enzimàtic substitutiu ha demostrat un clar benefici en la reducció del dolor.
 - c) En el dolor neuropàtic, l'evidència quant a la millora del dolor és clara per a tècniques com el bloqueig del plexe celíac, l'estimulació de la medul·la espinal o l'acupuntura.
 - d) La gabapentina pot ser útil en el tractament del dolor neuropàtic.
- 23. Senyalau la resposta falsa en relació amb la TC abdominal en l'avaluació d'un pacient amb sospita d'adenocarcinoma de pàncrees:**
- a) En un protocol pancreàtic és la prova d'elecció per a l'avaluació d'un pacient amb sospita d'adenocarcinoma pancreàtic.
 - b) En comparació de la ressonància magnètica, ofereix més detalls anatòmics de la relació del tumor amb la vascularització.
 - c) Normalment apareix com una lesió hiperdensa comparada amb el parènquima pancreàtic adjacent.
 - d) La PET/TC no s'utilitza habitualment en el diagnòstic, però pot ser útil en la detecció de malaltia metastàtica oculta.
- 24. Quina de les respostes següents es considera un factor de risc per desenvolupar una pancreatitis crònica?**
- a) Alcohol i tabac.
 - b) Fibrosi quística.
 - c) Pancreatitis hereditària.
 - d) Totes les respostes anteriors són certes.

Cas 4

Dona de 18 anys sense antecedents personals ni familiars d'interès i sense hàbits tòxics. Ingressa per febre, pèrdua de pes associada a hiporèxia, diarrea d'inici recent sense productes patològics i dolor abdominal de dues setmanes d'evolució.

Exploració. Temperatura: 37,6 °C; TA: 100/60 mmHg; conscient, orientada, eupneica; pes: 40 quilos, talla: 155 cm, prima, retard del desenvolupament puberal, pal·lidesa discreta, ben hidratada i perfosa. No es palpen adenopaties. L'auscultació cardiorespiratòria és normal i l'exploració abdominal no mostra troballes d'interès. En la inspecció anal s'observa una hemorroide sentinella i una fissura anal en el rafe posterior.

En l'analítica destaquen hemoglobina: 9,9 g/dl; hematòcrit: 34 %; VCM: 81 fl; leucòcits: 15.600 / μ l (82 % neutròfils); plaquetes: 699.000 / μ l; VSG: 41; Fe: 15 μ g/dl; ferritina: 247 ng/ml; proteïna C reactiva: 9,7 mg/dl.

Els coprocultius i els paràsits en femta van ser negatius.

En la colonoscòpia s'explora fins al cec i es va fer una ileoscopia dels últims 10 cm. En tot el trajecte explorat es van apreciar úlceres profundes serpiginoses entre àrees de mucosa sana i es van prendre mostres per a biòpsia.

Les biòpsies de l'ili i el còlon van ser compatibles amb una inflamació crònica activa.

1. Quin és el diagnòstic més probable?

- a) Tuberculosi intestinal.
- b) Colitis microscòpica.
- c) Malaltia de Crohn.
- d) Colitis ulcerosa.

2. El diagnòstic d'una malaltia inflamatòria intestinal es realitza per...

- a) ...criteris clínics.
- b) ...endoscòpia.
- c) ...anatomia patològica.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 3. Quina d'aquestes afirmacions és falsa?**
- a) La malaltia de Crohn pot afectar qualsevol part del tub digestiu.
 - b) En la colitis ulcerosa sempre hi ha afectació rectal.
 - c) En la malaltia de Crohn i en la colitis ulcerosa pot haver-hi manifestacions extraintestinals.
 - d) En la colitis ulcerosa la inflamació intestinal és transmural.
- 4. Per valorar la severitat de la malaltia amb algun dels índexs d'activitat clínica, quin paràmetre no s'ha de tenir en compte?**
- a) Edat.
 - b) Estat general.
 - c) Dolor abdominal.
 - d) Nombre de deposicions.
- 5. Quins estudis complementaris s'han de fer?**
- a) Rx de tòrax i prova de Mantoux.
 - b) Estudis microbiològics.
 - c) TC abdominal.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 6. Quina d'aquestes proves diagnòstiques és la més útil per valorar l'existència de complicacions abdominals com a abscessos i fístules?**
- a) Colonoscòpia.
 - b) Ecografia abdominal.
 - c) Ressonància magnètica.
 - d) Trànsit intestinal.
- 7. Senyalau quin d'aquests factors predictius no es considera un factor predictiu de pitjor pronòstic en la malaltia de Crohn:**
- a) Presència de malaltia perianal.
 - b) Edat jove d'inici.
 - c) Sexe masculí.
 - d) Necessitat de corticoides en el primer brot.



8. Si A és «edat al diagnòstic», L «localització de la malaltia» i B «patró de comportament», quina és l'opció correcta per a aquesta pacient segons la classificació de Mont-real?
- a) A1 L2 B2.
 - b) A2 L3 B1.
 - c) A3 L3 B2.
 - d) A2 L1 B3.
9. Quin ha de ser el tractament inicial d'aquesta pacient?
- a) Antibiòtics d'ampli espectre.
 - b) Immunosupressors com l'azatioprina.
 - c) Corticoides.
 - d) 5-ASA.
10. Quin és l'objectiu del tractament de la malaltia de Crohn?
- a) Curació mucosa.
 - b) Tancament de fístules.
 - c) Millorar la qualitat de vida.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
11. Senyalau l'afirmació falsa respecte als corticoides:
- a) Els corticoides sistèmics són útils per a la inducció de la resposta i la remissió clínica en la malaltia de Crohn activa moderada-greu.
 - b) Els corticoides s'utilitzen com a tractament de manteniment en la malaltia de Crohn.
 - c) La budesonida és útil per induir la remissió clínica en pacients amb malaltia de Crohn lleu-moderada limitada a l'ili i/o al còlon ascendent.
 - d) Els pacients que prenen corticoides en dosis altes tenen més risc d'infeccions.



- 12. Quina d'aquestes afirmacions és veritable respecte a l'azatioprina?**
- a) L'azatioprina s'utilitza en monoteràpia per induir la remissió en el brot moderat-greu de la malaltia de Crohn.
 - b) Està contraindicada en l'embaràs.
 - c) Sempre s'ha de monitoritzar la tiopurina metiltransferasa.
 - d) L'azatioprina està recomanada per al manteniment de la remissió en pacients amb malaltia de Crohn corticodepenent.
- 13. Quin d'aquests estudis no és necessari abans de començar un tractament biològic?**
- a) Determinació de Mantoux i QuantiFERON®.
 - b) Hemograma i bioquímica completa.
 - c) Calprotectina fecal.
 - d) Serologies infeccioses.
- 14. Quin d'aquests tractaments biològics no està indicat en la malaltia de Crohn?**
- a) Tofacitinib.
 - b) Ustekinumab.
 - c) Vedolizumab.
 - d) Infliximab.
- 15. Senyalau la resposta incorrecta respecte al tractament anti-TNF α :**
- a) La presència de l'al·lel HLA-DQA1*05 confereix major risc d'immunogenicitat.
 - b) L'associació amb azatioprina disminueix el risc d'immunogenicitat.
 - c) Sempre s'han de monitoritzar els nivells de biològics.
 - d) Els pacients tractats amb anti-TNF α tenen més risc d'infeccions.

- 16. Senyalau la resposta falsa respecte a la malaltia de Crohn perianal:**
- a) En ocasions la malaltia perianal pot precedir l'inici de símptomes intestinals.
 - b) El tractament quirúrgic és el tractament d'elecció de les fístules.
 - c) Els índexs d'activitat clínica de la malaltia de Crohn (CDAI, Harvey-Bradshaw, Van Hees) no reflecteixen la gravetat de les lesions perianals per la qual cosa es requereixen índexs específics.
 - d) Els tractaments anti-TNF α són eficaços en el tractament de les fístules.
- 17. Quina d'aquestes opcions de tractament no és vàlida en el tractament de les fístules perianals sense proctitis?**
- a) Antibiòtics.
 - b) Immunosupressores.
 - c) Tractament amb anti-TNF α .
 - d) Tractament amb cèl·lules mare.
- 18. Quin factor no s'ha relacionat amb la recurrència postquirúrgica en la malaltia de Crohn?**
- a) Fumador.
 - b) Tipus de cirurgia.
 - c) Patró penetrant.
 - d) Malaltia perianal.
- 19. En el seguiment de la malaltia de Crohn, després d'una resecció intestinal, quan s'ha de recomanar una ileocolonoscòpia?**
- a) Als 3 mesos.
 - b) Als 6 mesos.
 - c) Als 12 mesos.
 - d) No és necessari realitzar una ileocolonoscòpia després de la cirurgia.

20. A què fa referència l'índex endoscòpic de Rutgeer i2 de recurrència postquirúrgica?

- a) Ileítis aftosa difusa amb mucosa difusament inflamada.
- b) Presència de menys de cinc aftes a l'ili distal.
- c) Més de cinc aftes o lesions ulcerades amb mucosa normal entre les lesions a menys d'1 cm de l'anastomosi.
- d) Mucosa normal.

Preguntes de reserva

21. Senyalau la resposta falsa pel que fa a la malaltia inflamatòria intestinal i la gestació:

- a) Existeix més risc de complicacions gestacionals en les pacients amb malaltia de Crohn activa durant l'embaràs.
- b) Els corticoides són segurs en l'embaràs.
- c) La utilització de metotrexat està absolutament contraindicada durant l'embaràs.
- d) Totes les dones amb malaltia inflamatòria intestinal tenen menys fertilitat que la població general.

22. Quin d'aquests fàrmacs no és útil en la prevenció de la recurrència postquirúrgica?

- a) Budesonida.
- b) Tractament amb anti-TNF α .
- c) Antibiòtics.
- d) Tiopurines.

23. Senyalau la resposta falsa respecte al vedolizumab en el tractament de la malaltia de Crohn:

- a) La inducció es fa per via endovenosa.
- b) Durant el tractament amb vedolizumab es poden administrar vacunes de virus vius.
- c) És més eficaç en pacients naïf d'anti-TNF α .
- d) La immunogenicitat o formació d'anticossos és infreqüent.



24. Quin és el mecanisme d'acció de l'ustekinumab?

- a) Inhibeix el $TNF\alpha$.
- b) S'uneix a una integrina de l'endoteli intestinal.
- c) Inhibeix els receptors JAK1 i JAK3.
- d) S'uneix a la subunitat p40 de la interleuquina12/23.

Cas 5

Home de 32 anys sense hàbits tòxics ni al·lèrgies medicamentoses conegudes i sense antecedents familiars d'interès.

Com a únic antecedent patològic destaca una rectosigmoiditis ulcerosa diagnosticada dos anys abans després d'una història de diarrea sanguinolenta intermitent i un tenesme discret. En aquell moment es va fer una colonoscòpia completa amb biòpsia que va mostrar una afectació del recte sigma fins a uns 15 cm del marge anal en forma de mucosa eritematosa friable amb sagnat amb el freqüència mínim predominant en el recte distal. Es van descartar processos infecciosos intestinals. Les úniques alteracions analítiques ressenyables en el moment del diagnòstic van ser que era positiu de P-ANCA i tenia una calprotectina fecal de 450 µg/g. Es va pautar un tractament amb ènemes de mesalazina.

1. Senyalau l'afirmació falsa pel que fa a la definició de la colitis ulcerosa (CU)?

- a) La CU és un procés inflamatori crònic que característicament afecta tot l'espessor de la paret colònica.
- b) L'afectació del recte es dona en la majoria dels pacients.
- c) L'afectació de l'ili no descarta el diagnòstic de CU.
- d) Pot afectar la totalitat del còlon en general de manera contínua.

2. Senyalau la resposta falsa en referència a l'epidemiologia de la CU:

- a) L'afectació és similar tant en dones com en homes.
- b) L'edat de debut més freqüent són la segona i la tercera dècada de la vida.
- c) La prevalença és diferent segons el grup ètnic estudiat.
- d) La prevalença és més important en els països subdesenvolupats.

3. Senyalau la resposta correcta respecte als factors de risc de la CU:

- a) L'afectació de familiars de primer grau augmenta el risc de desenvolupar la patologia.
- b) S'han detectat antígens alimentaris específics involucrats en la patogènia.
- c) El tabac es considera un factor de risc.
- d) Les respostes a) i b) són certes.

4. **Senyalau la resposta correcta respecte al diagnòstic del cas comentat:**
- a) El diagnòstic de la CU s'estableix per la suma de criteris clínics, analítics, endoscòpics i histològics.
 - b) La detecció d'ANCA+ per si sola confirma de forma absoluta el diagnòstic.
 - c) La presència del citomegalovirus detectat per immunohistoquímica i PCR en les biòpsies descarta el diagnòstic de CU .
 - d) Les opcions a) i c) són correctes.
5. **Assumint el diagnòstic de rectosigmoïditis ulcerosa en activitat lleu-moderada en el moment del diagnòstic, quina de les propostes següents es considera la més indicada com a primera opció de tractament?**
- a) Esteroides tòpics per induir la remissió i no pautar un tractament de manteniment perquè és el primer brot.
 - b) Mesalazina en ènemes per induir la remissió i pautar-la com a tractament de manteniment.
 - c) Mesalazina en ènemes per induir la remissió i no pautar tractament de manteniment perquè és el primer brot.
 - d) Prednisona oral per a la remissió i mesalazina oral per al manteniment.

El pacient va seguir sent asimptomàtic des del diagnòstic seguint controls en consultes i amb compliment terapèutic. Va contactar amb el seu servei de digestiu de referència per presentar, en les dues setmanes prèvies, un augment del nombre de deposicions amb entre quatre i sis deposicions al dia desfetes amb restes hemàtiques fresques en la majoria d'elles, amb urgència, sense respectar el descans nocturn i amb dolor abdominal previ a la deposició. No hi havia afectació de l'estat general. El mes previ a l'inici de la simptomatologia digestiva va iniciar una lumbàlgia intermitent, en ocasions intensa, i es va automedicar amb ibuprofèn en comprimits de 600 mg de forma puntual.

L'exploració física va ser normal i es va sol·licitar una analítica completa en la qual destacava HB: 12,5 gr/dl, VSG i PCR normals, calprotectina: 675 µg/g, FA: 270 UI/L, GGT: 65 UI/L, Bil. total: GOT i GPT normals, ferropenia discreta, resta de paràmetres nutricionals normals.

6. Senyalau l'afirmació falsa:

- a) L'extensió de l'afectació mucosa es dona en un 20 % dels pacients en els cinc primers anys des del diagnòstic.
- b) Els medicaments antiinflamatoris no esteroides (AINES) estan completament contraindicats en la CU.
- c) Un 20 % dels pacients de CU tindran manifestacions extraintestinals al llarg de la seva vida.
- d) Les manifestacions extraintestinals poden aparèixer abans que la malaltia intestinal.

7. Senyalau l'afirmació correcta respecte als marcadors no invasius d'activitat inflamatòria en la CU :

- a) La PCR no és un marcador sensible d'activitat inflamatòria en la CU.
- b) Uns nivells de calprotectina fecal normals al cap de tres mesos d'aconseguir una resposta al tractament indiquen, molt probablement, la curació mucosa.
- c) Uns nivells elevats de calprotectina fecal en un pacient asimptomàtic solen anticipar l'activitat clínica de la CU.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

8. Senyalau l'afirmació veritable en el cas que es comenta després de conèixer els resultats exposats:

- a) Pot assumir-se que està en activitat moderada i que es poden iniciar esteroides sistèmics via oral per induir-ne la remissió.
- b) La presència de colèstasi dissociada fa sospitar la colangitis esclerosant primària (CEP) com a manifestació extraintestinal ja que és la més freqüent en la CU.
- c) En aquest cas s'ha de completar l'estudi amb una nova colonoscòpia o una rectosigmoidoscòpia amb biòpsia i s'han de descartar infeccions per citomegalovirus (CMV) o *Clostridium*.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.

En el cas presentat es va fer una colonoscòpia completa que va mostrar una progressió a pancolitis ulcerosa, es va assumir el diagnòstic de brot moderat sever i es va controlar de manera ambulatoria.

9. En aquesta situació, senyalau l'afirmació falsa:

- a) Els corticoides sistèmics via oral han de ser la primera opció de tractament amb un fort grau de recomanació en les guies de l'European Crohn and Colitis Organization (ECCO) fonamentat en un nivell alt d'evidència en la literatura.
- b) Infliximab, adalimumab i golimumab no mostren diferències significatives entre ells i són recomanats com a primera opció després d'una fallada o una intolerància als esteroides.
- c) Vedolizumab, tofacitinib i ustekinumab estan indicats per induir la remissió en determinats supòsits.
- d) L'ustekinumab inhibeix la bioactivitat de les interleucines humanes 12 i 23.

10. En cas d'induir la remissió amb esteroides, quina opció de tractament és l'adequada per mantenir la remissió?

- a) Mesalazina oral amb dosis baixes d'esteroides sistèmics.
- b) Tiopurines.
- c) Fàrmacs anti TNF.
- d) Les respostes b) i c) són correctes.



- 11. En cas de necessitar qualsevol dels fàrmacs indicats per induir la remissió després del fracàs als esteroides, quina de les següents afirmacions és falsa respecte al tractament de continuació?**
- a) S'aconsella mantenir el tractament que ha aconseguit induir la remissió.
 - b) Per induir la remissió, vedolizumab és superior a qualsevol anti TNF.
 - c) Factors com l'edat, antecedents personals o comorbiditats (cardiopatia, neoplàsies o infeccions greus) han de tenir-se en compte a l'hora de decidir el tractament per induir la remissió i el manteniment en la CU moderada-greu.
 - d) En el cas dels fàrmacs anti TNF s'aconsella afegir tiopurines per millorar la resposta i la durada del tractament.
- 12. Senyalau la resposta correcta respecte als fàrmacs aprovats en l'actualitat per al tractament de manteniment de la CU:**
- a) Es disposa d'evidència científica per afirmar que els fàrmacs anti TNF són millors per induir la remissió i mantenir la resposta que vedolizumab, ustekinumab i tofacitinib.
 - b) El perfil de seguretat de tofacitinib és superior al de vedolizumab i ustekinumab.
 - c) Vedolizumab i ustekinumab tenen menys risc d'infeccions greus que els anti TNF.
 - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

El pacient va rebre un tractament amb adalimumab per aconseguir la remissió i es va pautar com a tractament de manteniment. Se li va associar, inicialment, azatioprina que va ser retirada per un episodi de pancreatitis lleu.

13. Davant un alt grau de sospita de colangitis esclerosant primària (CEP), quina ha de ser l'actitud?

- a) Fer una ecografia i, en cas d'absència de dades suggestives, fer controls analítics ambulatoris i valorar una altra exploració si la colèstasi progressa.
- b) Fer una ecografia i, si és normal, sol·licitar un estudi amb colangioressonància. Si no hi ha lesions cal fer un seguiment ambulatori.
- c) Fer una ecografia i, si és normal, sol·licitar un estudi amb colangioressonància. Si no hi ha lesions ha de fer-se una colangiografia retrograda endoscòpica.
- d) Si l'ecografia i la colangioressonància són normals ha de fer-se una biòpsia hepàtica.

14. Senyalau l'afirmació falsa:

- a) La localització i l'extensió de la CU associada a la CEP és diferent a la de la CU sense CEP.
- b) Es recomana als pacients diagnosticats de CEP fer una colonoileoscòpia amb presa de mostra per a biòpsia malgrat l'absència de lesions macroscòpiques atès que entre el 50 % i el 80 % estan afectades també d'aquesta malaltia inflamatòria intestinal.
- c) Els fàrmacs anti TNF utilitzats en els pacients amb CU i CEP han demostrat una millora en la colèstasi crònica i en l'evolució de la CEP.
- d) El risc de càncer de còlon augmenta de forma significativa en la CU associada a CEP.

Es va descartar la CEP i es va mantenir en remissió clínica i biològica en els següents vuit mesos en monoteràpia amb adalimumab a dosis habituals de 40 mg cada dues setmanes. A partir d'aquesta data, de forma progressiva, refereix un augment del nombre de deposicions passant d'una a cinc o sis, amb sagnat amb la femta en la majoria de les deposicions, cert tenesme i dolor còlic previ a la deposició. Va referir una afectació de la seva qualitat de vida, però no del seu estat general. Es va fer un estudi de femta amb coprocultius negatius, *Clostridium* negatiu i calprotectina de 540 µg/g. L'analítica de sang, l'hemograma, el VSG, la PCR i els paràmetres nutricionals van ser normals. Es va decidir fer una rectosigmoidoscòpia que va evidenciar mucosa amb eritema intens friable amb alguna erosió aïllada des del recte que afectava de forma difusa tota la mucosa valorada. Es van prendre mostres per a biòpsia per conèixer el grau d'activitat histològica i la presència de citomegalovirus (CMV).

15. Senyalau l'afirmació veritable en referència als diferents índexs o escales clíniques i/o endoscòpiques per establir el grau d'activitat de la CU:

- a) Malgrat el seu ús generalitzat, cap índex clínic ha estat validat.
- b) L'índex de Mayo és àmpliament usat per la seva aplicació fàcil i inclou variables clíniques i endoscòpiques.
- c) Segons l'índex de Mayo és d'un grau d'activitat moderat.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.

16. Senyalau l'afirmació falsa en referència a la relació de la CU amb el citomegalovirus:

- a) Segons diferents estudis, en un 5 % dels pacients amb CU es detecta la presència de CMV a la mucosa colònica.
- b) El millor mètode diagnòstic per al CMV en la colitis ulcerosa és la PCR o la immunohistoquímica específica per CMV en teixit colònic.
- c) L'edat avançada, la colitis extensa i l'exposició a corticoides o tiopurines són factors de risc per la colitis per CMV.
- d) La infecció per CMV és més freqüent en pacients amb colitis ulcerosa que en els afectats per la malaltia de Crohn.

- 17. En el cas clínic comentat, la biòpsia va mostrar índex de Rutter 3. La immunohistoquímica per a CMV va ser negativa i la PCR per CMV positiva.**

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) La disparitat dels resultats respecte a una infecció per CMV obliga a repetir la presa de mostres i a fer un nou estudi histològic i microbiològic.
- b) S'ha d'assumir la reactivació del CMV i s'ha d'afegir al tractament valganciclovir via oral durant sis setmanes.
- c) S'ha d'assumir una infecció crònica per CMV sense influència en l'activitat inflamatòria i únicament ha de tractar-se el brot de colitis.
- d) S'ha d'assumir una infecció crònica per CMV, no s'ha de tractar la infecció però s'ha de suspendre el tractament anti TNF per evitar-ne la reactivació.

- 18. Senyalau l'afirmació vertadera en referència a la reactivació de la CU en aquest pacient:**

- a) Probablement sigui una colitis per reactivació del CMV.
- b) El tractament amb anti TNF ha perdut eficàcia, situació que es dona en el 90 % dels casos en el primer any de tractament si no s'associa a tiopurines.
- c) La pèrdua d'eficàcia de la combinació amb anti TNF més tiopurines abans de l'any d'inici del tractament es dona en menys de l'1 % dels casos.
- d) La presència del CMV empitjora el pronòstic de la colitis ulcerosa.

- 19. Si s'assumeix que hi ha hagut una pèrdua d'eficàcia del tractament de manteniment, quina actitud és l'adequada?**

- a) S'ha d'iniciar el tractament amb esteroides orals, s'ha de suspendre l'adalimumab i s'ha d'iniciar el tractament amb infliximab per induir de nou la remissió.
- b) Si es disposa de nivells de fàrmac i títols d'anticossos contra el fàrmac s'ha d'intensificar el tractament en cas de nivells baixos de fàrmac i absència d'anticossos contra el fàrmac.
- c) Amb presència d'anticossos anti adalimumab i nivells baixos del fàrmac, s'ha d'insistir en l'adalimumab intensificant i s'ha d'afegir el tacrolimús com a immunosupressor.
- d) Totes les respostes anteriors són adequades.

20. Senyalau la resposta correcta en cas de canvi de tractament:

- a) L'infliximab ha de ser la primera opció ja que tindrà un 75 % de possibilitats de recuperar la resposta.
- b) El canvi de diana terapèutica tindrà més possibilitats d'èxit.
- c) S'ha d'iniciar el vedolizumab perquè s'ha demostrat que és més eficaç que l'ustekinumab.
- d) Les respostes b) i c) són certes.

Preguntes de reserva

21. Senyalau la resposta correcta respecte al maneig hospitalari de la colitis ulcerosa greu:

- a) Els antibiòtics d'ampli espectre estan indicats en tots els pacients.
- b) S'ha d'administrar profilaxi per tromboembolisme venós en tots els pacients.
- c) La dieta absoluta amb nutrició parenteral està indicada en tots els pacients.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

22. Senyalau l'afirmació vertadera respecte al tractament mèdic de la colitis ulcerosa greu:

- a) Els esteroides sistèmics són el tractament inicial i s'ha d'afegir una segona línia de tractament si no hi ha resposta set dies després d'iniciar el tractament esteroïdal.
- b) En cas de requerir una segona línia s'ha d'indicar infliximab perquè ha demostrat que és més eficaç i segur que la ciclosporina en aquests pacients.
- c) Si als cinc dies de la primera dosi d'infliximab no hi ha resposta, s'ha d'administrar una segona dosi a 10 mg/kg.
- d) La ciclosporina sempre és la primera elecció en cas de fracàs dels esteroides.

- 23. Quin factor de risc de la colitis ulcerosa no s'ha associat a un augment del risc?**
- a) Gastroenteritis.
 - b) Privació del son.
 - c) Apendicectomia.
 - d) Fàrmacs com AINES, antibiòtics o anticonceptius orals.
- 24. Senyalau la resposta correcta en referència a la història natural de la colitis ulcerosa:**
- a) Entre un 20 % i un 30 % dels pacients de CU requeriran una colectomia per complicacions agudes o per fracàs del tractament mèdic.
 - b) L'apendicectomia en pacients joves prèvia al diagnòstic de la CU s'ha associat a un risc inferior de colectomia.
 - c) La curació mucosa aconseguida amb un tractament mèdic s'associa a un menor risc de colectomia.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

Cas 6

Pacient de 62 anys amb els antecedents següents:

No al·lèrgies.

Exfumador: tabaquisme actiu des de la joventut fins als 58 anys.

Habitualment té tos.

Consum diari d'alcohol des de fa més de deu anys. Consumeix dues canyes de cervesa, quatre gots de vi i dos rebentats al dia. El cap de setmana pren alguna cervesa més en festes i celebracions i un o dos gintònics.

Diu que no pren drogues.

Diu que no té antecedents patològics rellevants. No fa controls amb el seu metge de capçalera. Mai va al metge.

Malaltia actual: consulta per distensió abdominal molesta, un augment del perímetre abdominal progressiu de dues setmanes d'evolució i cames inflades.

Exploració física: ben acolorit, subicterícia conjuntival dubtosa, aranyes vasculars i telangièctasi al tronc, eritema palmar i hipertròfia parotídia.

Cardiocirculatori: polsos rítmics 90 bpm, buf sistòlic plurifocal, no ingurgitació jugular, edemes mal·leolars moderats.

Respiració: espiració una mica allargada, algun roncus disseminat.

Abdomen: molt distès; indolor a la pressió o a la descompressió; sense defensa; matitat en flancs; la matitat canvia amb els canvis posturals; signe de l'ona; hepatomegàlia de tres travessos, llisa i indolora; esplenomegàlia dubtosa, difícil de delimitar; petita protrusió umbilical; no reflux hepatojugular.

Radiografia del tòrax: elevació de tots dos hemidiafragmes.

Radiografia de l'abdomen: augment difús de la densitat, s'aprecia perfil hepàtic i esplènic.

Electrocardiograma normal.

Analítica:

Leucòcits: $3.100/\text{mm}^3$ (3.000-10.000); Hto: 39 % (40-46); Hb: 12,1 g/dl (12-15); VCM: 105 fl (80-100); plaquetes: $105.000/\text{mm}^3$ (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); bilirubina 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).

La resta de l'analítica bàsica és normal.

Ecografia abdominal: líquid lliure molt abundant, fetge d'ecogenicitat augmentada difusament, heterogeni, difícil de veure per l'ascites. Forma hepàtica irregular amb bonys, macronodular. Vena porta permeable, dilatada. Venes

suprahepàtiques permeables, no dilatades. Via biliar intrahepàtica i extrahepàtica normal. Vesícula amb litiasi múltiple, no distesa i no edematosa. Melsa lleugerament augmentada de grandària (15 cm de longitud màxima). La resta no té alteracions. Pàncrees no vist per interposició d'aire.

1. Quina prova diagnòstica cal fer en aquest moment, en primer lloc?

- a) Paracentesi diagnòstica.
- b) Paracentesi evacuadora.
- c) TC abdominal.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

2. Quines determinacions cal fer sempre en una paracentesi en una ascites de debut?

- a) Determinació de glucosa, proteïnes, albúmina i lactat-deshidrogenasa (LDH).
- b) Recompte de cèl·lules (hematies i leucòcits amb recompte diferencial).
- c) Cultiu en un flascó d'hemocultiu.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

Es fa una paracentesi (diagnòstica i evacuadora), i s'obtenen 6.000 ml d'ascites.

Anàlisi del líquid ascític:

- Glucosa: 120 mg/dl.
- Proteïnes: 1,0 g/dl.
- Albúmina: 0,8 g/dl.
- LDH: 40 ui/ml.
- Hematies: 100 /mm³.
- Leucòcits: 220 /mm³.

3. Quins càlculs cal fer amb els resultats d'aquesta anàlisi del líquid ascític?

- a) Cal calcular el gradient d'albúmina entre sèrum i ascites (GASA) per determinar si l'ascites és per hipertensió (HT) portal.
- b) Cal fixar-se en el recompte de leucòcits polinuclears per valorar si el líquid està infectat.
- c) Les respostes a) i b) són correctes.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

4. **Calculau el GASA en aquest pacient. Què significa en aquest pacient el resultat del càlcul del GASA?**
- a) Que l'ascites no està causada per una malaltia neoplàsica.
 - b) Que l'ascites no està causada per hipertensió portal.
 - c) Que l'ascites està causada per hipertensió portal.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.
5. **Què significa el recompte de leucòcits en l'ascites, en aquest pacient?**
- a) Que té una peritonitis bacteriana espontània.
 - b) Que té una peritonitis bacteriana secundària.
 - c) Que té una bacterioascites.
 - d) Que no té una peritonitis bacteriana espontània.
6. **Quin tractament cal administrar sempre després d'una paracentesi evacuadora per prevenir la disfunció circulatòria i la insuficiència renal postparacentesi?**
- a) Albúmina IV sempre.
 - b) Albúmina IV, però només en cas que en la paracentesi s'evacuin més de cinc litres d'ascites.
 - c) Expansors del plasma sempre.
 - d) Expansors del plasma, però només en cas que a la paracentesi s'evacuin més de cinc litres d'ascites.
7. **Quina dosi d'albúmina es recomana actualment per prevenir la disfunció circulatòria i la insuficiència renal postparacentesi?**
- a) Depèn del nivell d'albúmina en sang del pacient.
 - b) 8 g d'albúmina per litre d'ascites evacuat.
 - c) Depèn de la funció renal del pacient.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 8. Com cal interpretar el consum diari habitual d'alcohol d'aquest pacient?**
- a) El pacient beu una quantitat d'alcohol moderada que no suposa un risc significatiu per a la seva salut.
 - b) El pacient beu una quantitat d'alcohol excessiva que suposa un risc significatiu de patologia orgànica relacionada amb l'alcohol.
 - c) El pacient beu una quantitat d'alcohol possiblement excessiva, però el risc de patologia orgànica relacionada amb l'alcohol depèn del seu pes i de la seva comorbiditat.
 - d) Amb les dades actuals no podem jutjar si el consum d'alcohol d'aquest pacient és excessiu o no.
- 9. Quin diagnòstic de malaltia hepàtica es pot fer en aquest moment amb aquestes dades clíniques?**
- a) Ascites per HT portal i edema.
 - b) Cirrosi hepàtica amb HT portal i etiologia de la cirrosi per determinar.
 - c) Insuficiència hepàtica: coagulació (activitat de protrombina) alterada.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 10. Quin tractament s'ha d'iniciar en aquest cas?**
- a) Abstinència absoluta d'alcohol.
 - b) Dieta baixa en sal.
 - c) Espironolactona, associada o no a furosemida.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 11. Quines altres proves cal fer a partir d'ara per completar l'estudi de l'hepatopatia?**
- a) Gastroscòpia.
 - b) Estudi etiològic de l'hepatopatia.
 - c) Elastografia (Fibroscan®).
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.

- 12. Quins scores cal utilitzar en aquest cas per avaluar la gravetat de la malaltia hepàtica?**
- a) Child-Pugh.
 - b) MELD score.
 - c) MELD-Na score.
 - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 13. Quines proves serològiques són necessàries en primer lloc per investigar si l'hepatopatia crònica d'aquest pacient és 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. Quina probabilitat hi ha que aquest pacient tingui hepatitis alcohòlica?**
- a) Segur que no en té perquè no té icterícia.
 - b) És possible però si en té és una hepatitis alcohòlica sense criteris de gravetat, perquè no té icterícia i l'alteració de la coagulació és moderada.
 - c) És molt probable perquè beu molt d'alcohol.
 - d) És segur que té hepatitis alcohòlica, perquè tots els individus que beuen més de 60 g d'alcohol al dia tenen sempre cert grau d'hepatitis alcohòlica.
- 15. Si tingués una hepatitis alcohòlica, quina afirmació seria falsa?**
- a) Cal recomanar abstinència total i definitiva d'alcohol.
 - b) Cal assegurar una aportació nutricional i vitamínica adequada.
 - c) Cal iniciar un tractament amb corticoides.
 - d) Cal valorar la gravetat de l'hepatitis alcohòlica mitjançant scores específics abans de valorar el tractament que necessita.



- 16. Es repeteix l'analítica en aquest pacient per descartar una malaltia hepàtica autoimmunitària o metabòlica. Es detecta ferritina 350 ng/ml i un índex de saturació de transferrina del 33 %. La resta de les determinacions metabòliques i immunològiques són negatives.**

Senyalau l'afirmació correcta:

- a) Aquest pacient té una sobrecàrrega patològica de ferro per hemocromatosi.
- b) Cal fer un test genètic (detecció de mutacions C282Y i H63D) per confirmar la sospita d'hemocromatosi hereditària.
- c) Aquestes anàlisis no suggereixen que el pacient té hemocromatosi.
- d) Per confirmar si té hemocromatosi cal fer una biòpsia hepàtica.

- 17. Senyalau la resposta correcta en cas que fos necessari fer una biòpsia hepàtica a aquest pacient:**

- a) Es pot fer la biòpsia hepàtica percutània sense problemes, sempre que sigui amb control ecogràfic.
- b) Per fer la biòpsia hepàtica percutània és necessari evacuar l'ascites primer.
- c) Per fer la biòpsia hepàtica amb seguretat és necessari administrar plasma fresc i plaquetes.
- d) En aquest pacient només és possible fer la biòpsia hepàtica per via transjugular.

Es fa una gastroscòpia. El pacient té varices esofàgiques grans amb punts vermells i gastropatia per HT portal lleu-moderada.

- 18. Quin tractament cal recomanar en primera instància al pacient després de la gastroscòpia?**

- a) Iniciar profilaxi farmacològica amb blocadors beta, si no té contraindicació.
- b) Iniciar profilaxi farmacològica amb nitrats, si no té contraindicació.
- c) Iniciar profilaxi farmacològica amb blocadors beta i nitrats, si no té contraindicació.
- d) S'ha de fer una lligadura profilàctica de les varices esofàgiques.

19. Quin medicament no s'utilitza per a la profilaxi de l'hemorràgia per varices esofàgiques en el pacient cirròtic?

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

Als cinc dies de l'ingrés se li dona l'alta d'hospitalització.

Als deu dies de l'alta el pacient acudeix a urgències amb malestar general, inapetència, febrícula (37,6 °C), molèsties abdominals difuses, novament distensió abdominal i augment de pes (hi ha una reaccumulació evident d'ascites a l'exploració física), malgrat complir bé el tractament amb dieta sense sal i amb diürètics. Diu que no beu alcohol.

Es fa una nova paracentesi (diagnòstica i evacuadora).

S'evacuen 2 L d'ascites.

Anàlisi del líquid ascític:

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

20. Com s'interpreta aquest resultat?

- a) Té ascites transsudativa no complicada.
- b) Té peritonitis bacteriana espontània (PBE).
- c) Té peritonitis bacteriana secundària.
- d) Té bacterioascites.

Preguntes de reserva

21. Què cal fer a partir d'aquest moment?

- a) S'ha de remetre una mostra d'ascites per a cultiu (en flascó d'hemocultiu).
- b) S'han de cursar hemocultius.
- c) S'han d'esperar els resultats dels cultius per decidir si està indicat iniciar un tractament antibiòtic
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

22. Quin tractament cal iniciar després d'aquest diagnòstic?

- a) Cefalosporina de 3a generació, IV, almenys set dies.
- b) Albúmina IV, 1,5 g/kg en el primer dia i 1 g/kg en el tercer dia de tractament.
- c) Suspensió del tractament diürètic.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

El pacient millora i desapareixen la febre i les molèsties abdominals en les següents 24 h. A les 48 h es fa una altra paracentesi. S'evacuen 2 L d'ascites.

Anàlisi del líquid ascític:

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

El cultiu d'ascites és positiu de *E. coli*, sensible a les cefalosporines i a la resta d'antibiòtics habituals (ampicil·lina, quinolones, cotrimoxazole i aminoglicòsids). Es manté el tractament, amb bona evolució. Les serologies virals són negatives. Els estudis de causes metabòliques i immunològiques (autoimmunes) de l'hepatopatia crònica són negatius. Molt probablement té una cirrosi hepàtica per alcohol. Als set dies es repeteix la paracentesi diagnòstica.

Anàlisi del líquid ascític:

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

23. Quin tractament cal iniciar ara, després de completar i finalitzar el tractament i resoldre el cas clínic?

- a) Levofloxacina.
- b) Rifaximina.
- c) Norfloxacina.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

24. Senyalau la resposta correcta respecte a la possibilitat d'indicar un trasplantament hepàtic en aquest pacient:

- a) Aquest pacient no té cap indicació de trasplantament hepàtic perquè és alcohòlic.
- b) Aquest pacient no té indicació de trasplantament hepàtic perquè la funció hepàtica no està prou alterada.
- c) Aquest pacient té indicació de trasplantament hepàtic perquè té ascites i ha tingut PBE.
- d) Abans d'indicar i de fer un trasplantament hepàtic és necessari que el pacient aconseguixi i mantingui l'abstinència completa d'alcohol.

Cas 7

Dona de 56 anys que arriba a urgències amb el 061 perquè una hora abans ha presentat un episodi d'hematèmesi de sang vermella associat a un mareig sense pèrdua del nivell de consciència.

A la valoració del 061 presenta TA: 80/40 i FC: 120 ppm. Es fa un electrocardiograma on s'aprecia una taquicàrdia sinusal sense alteració de la repolarització. S'inicia la ressuscitació hemodinàmica i s'administren cristal·loides, un tractament antisecretor amb omeprazole i un tractament vasoactiu amb somatostatina per via endovenosa.

EXPLORACIÓ A URGÈNCIES:

- Conscient i orientada, sense *flapping*.
- TA: 90/60 i FC: 100 ppm. Afebril. IMC: 24.
- Ben hidratada i perfosa. Color normal. Estigmes cutanis d'hepatopatia amb aranyes vasculares a les galtes i l'escot, eritrosi palmar i circulació col·lateral abdominal discreta.
- ACR: tons rítmics sense bufes i bon murmuri vesicular sense sorolls sobreafegits.
- Abdomen: a l'altura del tòrax, tou i depressible, indolor, hepatomegàlia de dos travessos de dit de vores llises i esplenomegàlia de tres travessos de dit de vores llises.
- Tacte rectal amb femta normal.
- Extremitats inferiors sense edemes ni lesions cutànies.

ANTECEDENTS PERSONALS:

- No té al·lèrgies medicamentoses conegudes.
- Antecedents familiars: mare morta per hepatocarcinoma.
- Bona qualitat de vida prèvia a l'episodi actual amb *performance status* 0 i amb funcions neurològiques conservades.
- No consum d'alcohol. Fumadora d'uns 10 cigarrets al dia des dels 20 anys.
- HTA en tractament amb enalapril 20 mg cada dia.
- Cefalea migranyosa en tractament amb ibuprofèn 600 mg a demanda.
- Osteoporosi en tractament amb Fosamax[®] 70 mg cada setmana i Ideos Unidía 1.000/880 UI cada dia.
- Hepatitis crònica per infecció pel VHB diagnosticada amb 35 anys. Es va recomanar que es fes una biòpsia hepàtica però no es va fer i no va continuar el seguiment en consultes.
- Apendicectomitzada als 15 anys.
- No segueix altres tractaments addicionals.

PROVES COMPLEMENTÀRIES A URGÈNCIES:

- Analítica urgent:
 - Hemograma. Hb: 9 g/dl; hematòcrit: 27 %; VCM: 90 fl; leucòcits: 5.400; 40.000 plaquetes.
 - Coagulació. TP: 56 %; INR: 1,1.
 - Bioquímica. Glucosa: 120 mg/dl; urea: 56 mg/dl; creatinina: 0,9 mg/dl; bilirubina total: 2,2 mg/dl; bilirubina directa: 1,5 mg/dl; GOT: 46 U/L; GPT: 64 U/L; Na: 138 mEq/L; K: 4,2 mEq/L; proteïna C reactiva: 1,2 mg/dl.
- Electrocardiograma: ritme sinusal a 100 QRS per minut sense alteracions en la repolarització.
- Rx PA portàtil: sense alteracions.

EVOLUCIÓ A URGÈNCIES:

Després de l'estabilització hemodinàmica de la pacient es contacta amb l'endoscopista de guàrdia i es decideix fer una endoscòpia oral:

- Esòfag amb restes hemàtiques vermelloses escasses. Des de 30 cm de l'arcada dentària es visualitzen diversos cordons varicosos grans amb múltiples taques de color vermell cirera i a 35 cm de l'arcada dentària un mugró vermell sobre un dels cordons varicosos. Càrdies a 38 cm de l'arcada dentària a l'altura de l'empremta hiatal.
- Estómac amb restes hemàtiques vermelloses. Per retroversió, no s'aprecia una prolongació subcardial de les varices esofàgiques ni la presència de varices fúndiques. Es visualitza el cos gàstric amb un patró en mosaic i taques de color vermell cirera. Incisió i antre gàstric sense lesions.
- Duodè amb bulb i segona porció amb escasses restes hemàtiques vermelloses i sense lesions.

Després de fer el tractament endoscòpic amb èxit, es decideix observar en la unitat de crítics on queda ingressada durant 24 hores sense presentar signes de recidiva hemorràgica ni complicacions associades, i es decideix passar a la planta d'hospitalització.

EVOLUCIÓ A LA PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ

A la planta d'hospitalització segueix estable sense signes de recidiva hemorràgica.

PROVES COMPLEMENTÀRIES A LA PLANTA D'HOSPITALITZACIÓ:

- Analítica:
 - Hemograma. Hb: 8,5 g/dl; hematòcrit: 25 %; VCM: 91 fl; 7.500 leucòcits; 65.000 plaquetes.
 - Coagulació. 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; bilirubina total: 2,5 mg/dl; bilirubina 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; proteïna C reactiva: 0,9 mg/dl; AFP: 25 ng/ml.
 - Serologia. AgHBs +; AchBs -; AchBc +; AgHBe -; AchBe +; DNA VHB: 2.500 O/ml; AC VHC - i AC VIH -.
 - Immunoglobulines normals.

- ANOES negatius.
- Fe, ferritina i IST normals.
- Ceruloplasmina normal.
- Càlcul del MELD: 10 punts.
- Ecografia de l'abdomen: fetge d'aspecte cirròtic amb una lesió en el segment VI de 3 cm d'aspecte hiperecoic. Vena porta de calibre lleugerament per sobre del normal i permeable. Esplenomegàlia homogènia i quantitat lleugera d'ascites perihepàtica. Sense dilatació de les vies biliars. Resta de l'estudi normal.
- TC abdomen amb contrast multifase: fetge d'aspecte cirròtic, es confirma la presència d'una lesió en el segment VI de 3 cm que presenta un realç a la fase arterial i un rentat del realç en fase tardana. Vena porta lleugerament dilatada sense signes de trombosi. Esplenomegàlia homogènia i lleugera quantitat d'ascites perihepàtica. Sense dilatació de les vies biliars. Resta de l'estudi normal.

Després d'una setmana d'ingrés hospitalari en el qual no hi ha una recidiva hemorràgica, després d'instaurar els tractaments recomanats i a l'espera de la valoració del comitè de tumors hepàtics, és donada d'alta per a control ambulatori.

- 1. Quina de les següents actuacions està recomanada en aquesta pacient després de l'exploració i l'analítica d'urgències?**
 - a) Transfusió de plaquetes.
 - b) Transfusió de concentrats d'hematies.
 - c) Administració de 250 mg d'eritromicina endovenosa entre 30 i 120 minuts abans de l'endoscòpia.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.

- 2. Senyalau la resposta correcta pel que fa a una endoscòpia oral en un pacient amb sospita d'hemorràgia per varices esofàgiques:**
 - a) Ha de fer-se al més aviat possible, independentment de l'estat hemodinàmic del pacient.
 - b) Ha de fer-se en les primeres dotze hores des de la presentació del pacient després de la correcta ressuscitació hemodinàmica.
 - c) Abans de fer l'endoscòpia oral ha de fer-se una intubació orotraqueal a tots els pacients amb sospita d'hemorràgia per varices esofàgiques.
 - d) Les respostes b) i c) són correctes.



- 3. En quina de les següents situacions s'ha d'assumir l'origen varicos de l'hemorràgia durant una endoscòpia?**
- a) Variça esofàgica gran amb taques vermelles i un tap plaquetari o murgó.
 - b) Varices esofàgiques grans amb taques vermelles abundants, sense sagnat actiu ni signes d'hemostàsia recent i presència de restes hemàtiques a l'estómac. No s'observen altres lesions potencialment sagnants en l'estudi endoscòpic.
 - c) Varices esofàgiques petites sense signes vermells i sense sagnat actiu ni signes d'hemostàsia recent sobre les varices i sense restes hemàtiques en l'estómac.
 - d) Les respostes a) i b) són correctes.
- 4. Quin ha de ser el tractament endoscòpic?**
- a) Lligadura amb bandes.
 - b) Escleroteràpia.
 - c) Hemospray®.
 - d) Injecció de cianoacrilat.
- 5. Dels següents factors, quin no és útil per predir el risc de ressagnat precoç en un pacient amb sagnat per varices?**
- a) Nivell de consciència.
 - b) Presència de sagnat actiu durant l'endoscòpia.
 - c) Gradient de pressió venosa hepàtica.
 - d) Puntuació de Child-Pugh.
- 6. Quina puntuació de Child-Pugh té aquest pacient?**
- a) Child-Pugh A6.
 - b) Child-Pugh B8.
 - c) Child-Pugh C10.
 - d) Child-Pugh B9.

- 7. Després del tractament endoscòpic del pacient, quina de les següents mesures no està recomanada?**
- a) Mantenir antibioteràpia amb ceftriaxona 1 gr cada 24 h endovenosa fins a completar set dies de tractament.
 - b) Col·locar un TIPS (de l'anglès *transjugular intrahepatic portosystemic shunt*) en les primeres 72 hores després de l'episodi de sagnat.
 - c) Mantenir el tractament vasoactiu amb somatostatina durant cinc dies i després de la suspensió iniciar el tractament amb blocadors beta.
 - d) Administració de lactulosa oral o en ènemes.
- 8. Senyalau la resposta correcta pel que fa a la profilaxi secundària de l'hemorràgia digestiva per varices esofàgiques:**
- a) La pauta de tractament recomanada és l'ús de blocadors beta (propranolol o carvedilol) en combinació amb el tractament endoscòpic.
 - b) En pacients amb cirrosi hepàtica i Child-Pugh B o C l'ús de blocadors beta està contraindicat.
 - c) El tractament endoscòpic ha de fer-se per mitjà d'una lligadura endoscòpica amb bandes amb un interval d'entre una i quatre setmanes fins a l'erradicació de les varices.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.
- 9. Senyalau la resposta correcta si durant l'endoscòpia oral s'inicia un sagnat varicos que no pot ser controlat amb el tractament hemostàtic endoscòpic:**
- a) Està indicat intentar controlar l'hemorràgia mitjançant un tamponament esofàgic amb una pilota de Sengstaken-Blakemore o col·locar una pròtesi metàl·lica completament recoberta, en funció de la disponibilitat i l'experiència en l'ús de cadascuna d'aquestes dues opcions, en el centre en el qual es trobi el pacient, com a teràpia pont a la col·locació d'un TIPS de rescat.
 - b) El tamponament amb una pilota de Sengstaken-Blakemore és un procediment segur i permet demorar fins a set dies la col·locació del TIPS de rescat.
 - c) La col·locació d'un stent metàl·lic completament recobert autoexpansible és molt més efectiu que el tamponament amb una pilota de Sengstaken-Blakemore per al control inicial de l'hemorràgia.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.

- 10. Senyalau l'afirmació falsa respecte a la història natural de la infecció de VHB:**
- a) L'edat d'adquisició de la infecció pel VHB és un factor que prediu l'evolució a la cronicitat.
 - b) És més freqüent que es cronifiqui la infecció adquirida en l'edat adulta que la infecció perinatal.
 - c) La fase d'infecció crònica AgHBe positiu (fase d'immunotolerància) es caracteritza per nivells molt elevats de DNA VHB i una progressió lenta o nul·la de la fibrosi.
 - d) Els pacients que estan anys en la fase d'hepatitis crònica AgHBe positiu tenen més risc de desenvolupar cirrosi i hepatocarcinoma.
- 11. Quin dels següents no és un objectiu del tractament de la infecció per VHB?**
- a) Reduir el risc de descompensació en pacients amb cirrosi hepàtica.
 - b) Reduir el risc de desenvolupament d'un hepatocarcinoma.
 - c) Reduir el risc de recurrència de l'hepatitis B posttrasplantament.
 - d) Tots els anteriors són objectius esperables del tractament de la infecció per VHB.
- 12. Quina de les següents no és una indicació de tractament antiviral en pacients amb una infecció per VHB?**
- a) Cirrosi hepàtica compensada amb DNA VHB 200 UI/ml.
 - b) Hepatitis crònica AgHBe negatiu i AchBe positiu amb transaminases elevades tres vegades per sobre del valor normal, DNA VHB 40.000 UI/ml i fibrosi F2 en l'escala Metavir.
 - c) Cirrosi hepàtica descompensada amb DNA VHB indetectable.
 - d) Infecció crònica AgHBe negatiu (portador inactiu) que precisa tractament amb prednisona durant una setmana per una reagudització d'una malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC).
- 13. Quin és el tractament d'elecció per a la infecció pel VHB en aquest pacient?**
- a) Lamivudina.
 - b) Adefovir dipivoxil.
 - c) Entecavir.
 - d) Interferó.



14. Senyalau l'afirmació falsa en relació amb el tractament de la infecció per VHB en aquest pacient:

- a) Ha d'iniciar-se el tractament amb anàlegs nucleòsids i nucleòtids al més aviat possible.
- b) Els anàlegs nucleòsids i nucleòtids indicats en aquesta situació són entecavir o tenofovir disoproxil fumarato (TDF).
- c) Atès que la pacient presenta osteoporosi és preferible emprar tenofovir disoproxil fumarato (TDF).
- d) El tractament de la infecció per VHB pot reduir el risc de recurrència de l'hepatocarcinoma posttrasplantament hepàtic.

15. Senyalau la resposta falsa pel que fa al diagnòstic d'hepatocarcinoma en pacients amb cirrosi hepàtica:

- a) El diagnòstic d'hepatocarcinoma ha de basar-se en les troballes típiques en les tècniques d'imatge i/o troballes anatomopatològiques.
- b) En pacients amb una cirrosi hepàtica i una lesió hepàtica superior a 1 cm, el diagnòstic pot basar-se únicament en la presència de les troballes típiques de les tècniques d'imatge (TC amb contrast multifase o RM amb contrast multifase).
- c) El diagnòstic requereix una biòpsia en tots els casos.
- d) Les troballes típiques a la TC amb contrast multifase són la presència de realç de la lesió en la fase arterial i rentat del realç en la fase venosa o tardana.

16. Senyalau la resposta correcta en el cas de detectar una lesió hepàtica inferior a 1 cm en un pacient amb cirrosi hepàtica durant un ecografia de cribratge:

- a) La majoria de les lesions hepàtiques inferiors a 1 cm detectades per una ecografia en pacients cirròtics són hepatocarcinomes.
- b) Per poder fer un diagnòstic correcte és recomanable biopsiar la lesió.
- c) És recomanable fer un seguiment de la lesió amb ecografies cada tres o quatre mesos durant un o dos anys i, en cas d'estabilitat de la lesió durant aquest període, tornar al cribratge habitual.
- d) Les respostes a) i b) són correctes.

- 17. Quina és l'actitud recomanada en el cas que a la TC de l'abdomen amb contrast multifase la lesió hepàtica no presenti les troballes típiques de l'hepatocarcinoma?**
- a) Fer una biòpsia de la lesió hepàtica.
 - b) Fer una RM amb contrast multifase.
 - c) Tornar als controls ecogràfics semestrals.
 - d) Fer una PET/TC.
- 18. Dels següents factors, quin no es considera un factor pronòstic en un pacient amb cirrosi hepàtica a qui s'ha diagnosticat un hepatocarcinoma?**
- a) Nombre i grandària dels nòduls.
 - b) Funció hepàtica.
 - c) Etiologia de la cirrosi hepàtica.
 - d) *Performance status*.
- 19. En quin estadi de la classificació BCLC es classifica aquest pacient?**
- a) Estadi 0.
 - b) Estadi D.
 - c) Estadi B.
 - d) Estadi A.
- 20. Quin és el tractament recomanat per a l'hepatocarcinoma que presenta aquest pacient?**
- a) Resecció quirúrgica.
 - b) Trasplantament hepàtic.
 - c) Ablació tèrmica per radiofreqüència.
 - d) Químioembolització.

Preguntes de reserva

- 21. Senyalau la resposta correcta respecte al risc de ressagnat precoç per varices esofàgiques:**
- a) El millor predictor de ressagnat precoç és el mesurament del gradient de pressió venosa hepàtica (GPVH).
 - b) Un GPVH de 12 indica un alt risc de ressagnat.
 - c) Aquest pacient no presenta un risc alt de ressagnat.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.
- 22. Quin dels següents no és un factor de risc per al desenvolupament d'un hepatocarcinoma?**
- a) Cirrosi hepàtica.
 - b) Exposició a l'aflatoxina B1.
 - c) Consum de cafè.
 - d) Infecció crònica de VHB.
- 23. Senyalau la resposta correcta pel que fa a fer un tractament neoadjuvant en el cas que s'indiqui un trasplantament hepàtic com a tractament de l'hepatocarcinoma i el temps estimat en llista d'espera sigui superior a sis mesos:**
- a) El tractament neoadjuvant podria reduir el risc d'exclusió de la llista de trasplantament per creixement tumoral i el risc de recidiva posttrasplantament.
 - b) La quimioembolització seria l'opció de tractament neoadjuvant recomanada en aquest pacient.
 - c) L'ablació mitjançant radiofreqüència seria l'opció de tractament neoadjuvant recomanada en aquest pacient.
 - d) Les respostes a) i c) són correctes.



- 24. En el cas que aquest pacient sigui trasplantat i arribi al trasplantament amb DNA VHB indetectable, quina ha de ser la pauta de tractament recomanada per evitar la recurrència de l'hepatitis B posttrasplantament?**
- a) Anàlegs nucleòsids i nucleòtids + gammaglobulina hiperimmune anti hepatitis B durant quatre setmanes i continuar amb anàlegs nucleòsids i nucleòtids indefinidament.
 - b) Anàlegs nucleòsids i nucleòtids + gammaglobulina hiperimmune anti hepatitis B durant quatre setmanes.
 - c) Anàlegs nucleòsids i nucleòtids + gammaglobulina hiperimmune anti hepatitis B durant un any i continuar amb anàlegs nucleòsids i nucleòtids indefinidament.
 - d) Anàlegs nucleòsids i nucleòtids + gammaglobulina hiperimmune anti hepatitis B durant un any.



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

