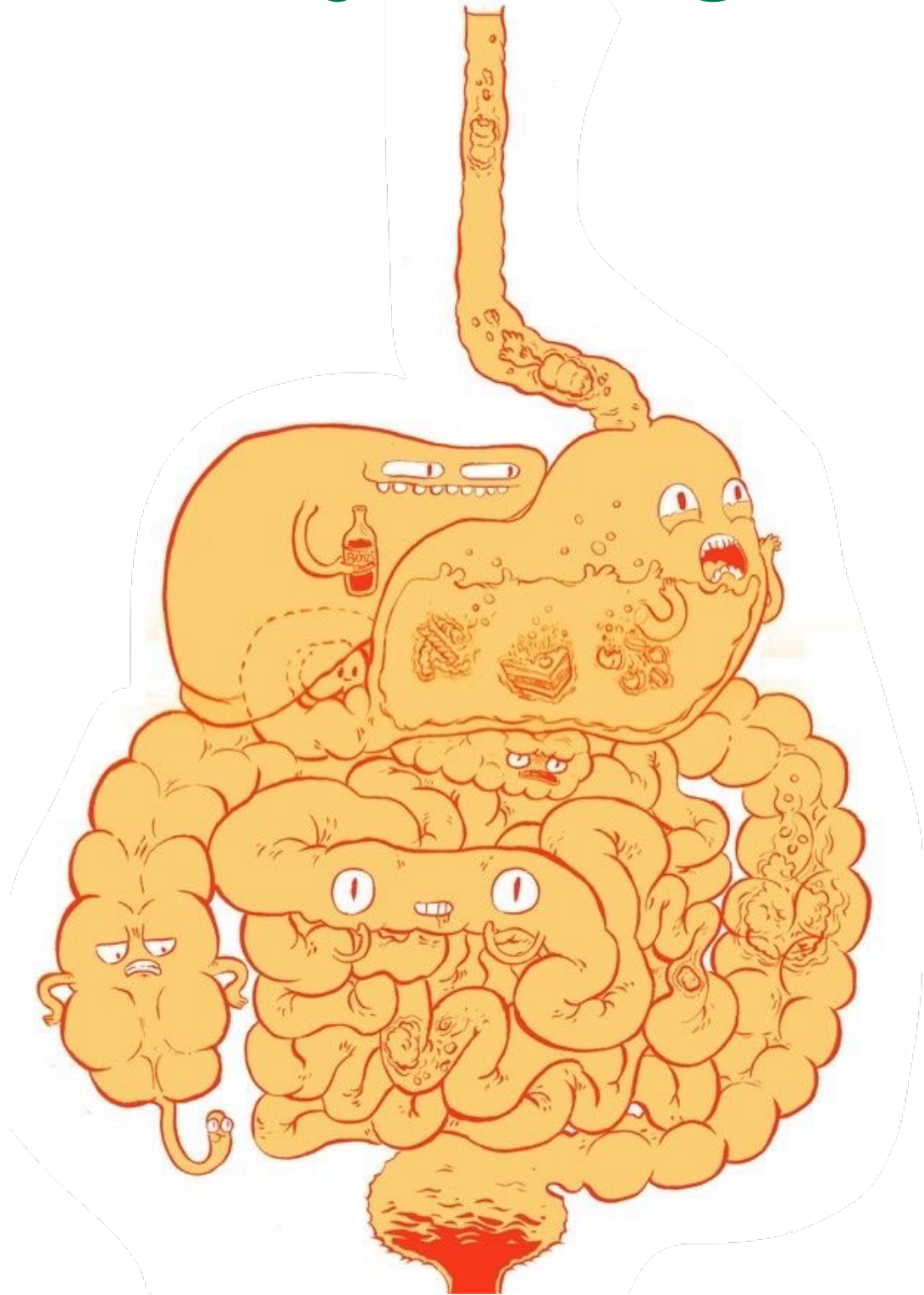


DIGESTIVO



2024-25

1	Cirugía de las hernias	FERNÁNDEZ
2	Trastornos motores del esófago	DOMÍNGUEZ
3	Enfermedad por reflujo gastroesofágico	DOMÍNGUEZ
4	Cirugía ERGE, hernia de hiato, trast motores esófago y divertíc esofágicos	PARADA
5	Tumores: tumores benignos y cáncer de esófago	PARADA
6	Gastritis. Infección por helicobacter pylori. Úlcera péptica	DOMÍNGUEZ
7	Gastropatías. Gastropatía por fármacos gastrolesivos	DOMÍNGUEZ
8	Cirugía de las complicaciones de la úlcera péptica	PARADA
9	Tumores benignos y cáncer de estómago	PARADA
10	Síndromes de malabsorción	DOMÍNGUEZ
11	Enfermedad celíaca	DOMÍNGUEZ
12	Gastroenteritis y enterocolitis. Diarrea infecciosa	BARREIRO
13	Trast motilidad intestinal y colónica. Pseudobstrucción. Estreñimiento	DOMINGUEZ
14	Alteraciones funcionales del tracto superior. Dispepsia funcional	DOMÍNGUEZ
15	Alteraciones funcionales tracto inferior. SII	DOMÍNGUEZ
16	EII I: enfermedad de Crohn	BARREIRO
17	EII II: Colitis ulcerosa	BARREIRO
18	Cirugía EII	PAREDES
19	Apendicitis aguda. Divertículo de Meckel	FERNÁNDEZ
20	Obstrucción intestinal	FERNÁNDEZ
21	Poliposis y síndrome de cáncer colorrectal hereditario	PAREDES
22	Enfermedad diverticular	PAREDES
23	Cáncer de colon	PAREDES
24	Introducción proctología: semiología y exploración de la patología ano-rectal	PAREDES
25	Hemorroides y fisura anal	PAREDES
26	Patología perianal. Prolapso rectal e incontinencia fecal	PAREDES
27	Cáncer de recto. Tumores del ano	PAREDES
28	Hepatitis víricas	CASTROAGUDIN
29	Heptopatía alcohólica	CASTROAGUDIN
30	Hepatomatía metabólica	CASTRGUDIN
31	Enfermedades hepáticas autoinmunes	CASTROAGUDIN

32	Enfermedades hepáticas medicamentosas y por depósito	CASTROAGUDIN
33	Cirrosis hepática	CASTROAGUDIN
34	Complicaciones de la cirrosis	CASTROAGUDIN
35	Tumores hepáticos	VARO
36	Quistes hepáticos. Absceso hepático	VARO
37	Trasplante hepático y multivisceral	VARO
38	Cirugía de la litiasis biliar y sus complicaciones	GONZÁLEZ
39	Colangitis primaria y secundarias	DOMÍNGUEZ
40	Tumores de la vesícula y la vía biliar	VARO
41	Pancreatitis aguda	DOMÍNGUEZ
42	Pancreatitis crónica	DOMÍNGUEZ
43	Cirugía de la pancreatitis aguda y crónica	VARO
44	Cáncer de páncreas y otros tumores sólidos	VARO
45	Tumores quísticos de páncreas	DOMÍNGUEZ
46	Trasplante de páncreas. Indicaciones quirúrgicas esplenectomía	VARO

SEMINARIOS DE DIGESTIVO

1	Abdomen agudo	GONZÁLEZ
2	Traumatismo abdominal	FERNÁNDEZ
3	Patología vascular abdominal: isquemia mesentérica	FERNÁNDEZ
4	Estomas	FERNÁNDEZ
5	Reintervenciones en cirugía abdominal	GONZÁLEZ
6	Sarcomas partes blandas	GONZÁLEZ
7	Técnicas endoscópicas del tubo digestivo	IGLESIAS
8	Técnicas endoscópicas de la vía biliar y páncreas	IGLESIAS
9	Exploración funcional del tubo digestivo	DOMÍNGUEZ
10	LOE. hepática	CASTROAGUDIN
11	Alteraciones bioquímicas hepáticas	CASTROAGUDIN

DIGESTIVO

1. CIRUGÍA DE LAS HERNIAS

. ¿Cómo se denomina la hernia inguinal que contiene en su interior el apéndice cecal? (2024 mayo)

- a) Hernia de Amyand. *
- b) Hernia de Richter.
- c) Hernia incarcerada.
- d) Hernia de Garengot.
- e) Hernia de McBurney.

→ hernia Amyand = apéndice cecal x orificio inguinal (dentro saco herniano inguinal).

*¡cuidado! Hernia Garengot = apéndice cecal x orificio crural (dentro hernia crural/femoral)

. El signo predominante de una hernia inguinal incarcerada es: (2014 mayo)

- a) Masa dolorosa en la ingle.
- b) Obstrucción intestinal.
- c) Vómitos.
- d) Dolor en el testículo del mismo lado.
- e) Crepitación en el orificio herniario.

→ hernias complicadas (NO reductible) - incarceración = bulto generalmente doloroso que no se reduce y que da clínica obstrucción intestinal [ausencia tránsito intestinal (no emite heces/gases) = retroceso contenido boca (vómitos) + distensión abdominal + dolor cólico]

*correcta: a

. Una paciente mujer de 68 años de edad, con antecedentes de HTA, EPOC y estreñimiento. Acude a urgencias por síntomas de distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia del tránsito digestivo de 24 horas de evolución. ¿De los siguientes, cuál sería primer procedimiento diagnóstico que realizaría? (2024 mayo)

- a) TAC abdomeno-pélvico.
- b) Colonoscopia.
- c) Exploración física de la región inguino-crural.
- d) Test de sangre oculta en heces.
- e) Indicaría reposo digestivo, sueroterapia y vigilancia clínica durante 24 horas.

→ diagnóstico hernia = diagnóstico fundamentalmente clínico = exploración física + anamnesis

→ Dx hernia - apoya en pruebas complementarias si: (1. ECO / 2. TAC)

- dolor sin precordiales hernia
- obesos (pliegues inguinales con mucho lapon no permiten apreciar hernias pequeñas)
- DD adenopatía inguinal
- paciente describe tumoración no objetivamos

*correcta: c

. Paciente de 20 años, deportista, presenta un dolor inguinal derecho y a la exploración inguinal una pequeña punta de hernia. ¿Cuál es la exploración más importante para confirmar el diagnóstico? (2014 mayo)

- a) TAC?
- b) RMN.
- c) Radiología simple.
- d) PET.
- e) Ecografía.

→ hernia - Dx = exploración física + anamnesis

- pruebas complementarias = ECO (+) utilizada

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes no es un elemento anatómico integrante del conducto inguinal? (2020 julio)

- a) Triángulo de Hasselbach.
- b) Vasos epigástricos superficiales.

- c) Tendón de inserción muscular conjunto del musculo transverso asociado al oblicuo en pubis.
- d) Fascia de Gerrota.
- e) Fascia Transversalis.

→ conducto inguinal - relaciones:

- triángulo Hasselbach = hernias inguinales directas (parte medial vasos epigástricos)
- vasos epigástricos superficiales (ceranos a la región aunque los más importantes en esta estructura son los inferiores)
- pared posterior - medial = tendón conjunto músculo oblicuo interno y transverso
- pared posterior = fascia transversalis

*fascia Gerona = fascia retroperitoneal - rodea riñón.

*correcta: d

. El perfeccionamiento del abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal lo ha convertido en la técnica "gold estándar" - técnica oro -. Indique qué afirmación es verdadera: (2020 mayo)

- a) En la colocación protésica hemos de intentar ocupar el espacio de Hasselbach, así como el orificio obsturatriz
- b) El abordaje trans-peritoneal (TAPP) implica la colocación de la malla a nivel intra-abdominal
- c) La principal ventaja del abordaje tipo TAPP o TEP es la necesidad de la anestesia general y el sondaje vesical
- d) El abordaje extra-peritoneal (TEP) es el más indicado para el tratamiento de las hernias inguinales bilateral en las mujeres
- e) El abordaje preperitoneal, por laparotomía anterior, no viola el abordaje tipo TEP.

. El perfeccionamiento del abordaje laparoscópico en el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal lo ha convertido en la técnica "gold estándar" - técnica oro -. Indique qué afirmación es verdadera: (2020)

- a) En la colocación protésica hemos de intentar ocupar el espacio de Hasselbach, así como el orificio obsturatriz
→ reparación laparoscópica de la hernia inguinal, el espacio de Hesselbach (triángulo inguinal directo) sí se cubre con la malla, pero no se busca ocupar el orificio obturador, ya que este es anatómicamente diferente y relacionado con otro tipo de hernia (hernia obturatriz)
- b) El abordaje trans-peritoneal (TAPP) implica la colocación de la malla a nivel intra-abdominal *
→ necesidad de anestesia general + sondaje vesical = desventaja (no una ventaja del abordaje laparoscópico (TAPP / TEP))
- c) La principal ventaja del abordaje tipo TAPP o TEP es la necesidad de la anestesia general y el sondaje vesical.
→ necesidad de anestesia general + sondaje vesical = desventaja (no una ventaja del abordaje laparoscópico (TAPP / TEP))
- d) El abordaje extra-peritoneal (TEP) es el más indicado para el tratamiento de las hernias inguinales bilateral en las mujeres.
→ TEP indicado en hernias bilaterales ¡pero! no hay indicación especial para mujeres (en mujeres con sospecha de hernia femoral, el abordaje TAPP es preferido porque permite visualizar bien el anillo femoral).
- e) El abordaje preperitoneal, por laparotomía anterior, no viola el abordaje tipo TEP.
→ un paciente ya ha tenido una cirugía abierta preperitoneal, la anatomía estará alterada por cicatrices y adherencias en ese espacio, dificultando una futura cirugía TEP

. En un paciente de 40 años con diagnóstico de Hernia inguinal. ¿Cuál es actualmente el tratamiento quirúrgico más eficaz y que reduce el número de recidivas?: (2014 mayo)

- a) Herniorrafia T. de Bassini.
- b) Herniorrafia de T. de Shouldice o Canadiense.
- c) Hernioplastia con Malla (Técnica de Linschestein).
- d) TEP. Laparoscopia preperitoneal.
- e) T. de Nyhus

→ hernias - tto Qx:

- vía anterior -hernioplastia = técnica Liechtenstein (Cx abierta) = GOLD abiertas → muy pocas recidivas + complicaciones
- reparación laparoscópica GOLD = TAPP + TEP (hernias bilaterales)

*yo hubiese puesto la d pero según chatGPT la clave es "mas eficaz y reduce recidivas" por lo que sería hernioplástia con malla (Lichtestein = hernia unilateral sin recidivas). Si dijese bilatera o recidivas la correcta sería TEP

*correcta: c

. Un paciente de 40 años con una hernia inguinal izquierda desde hace varios años que se le indica intervención quirúrgica. Se le informa sobre la intervención. Sólo una respuesta no es valida. (2014 mayo)

- a) Uso de braguero preoperatorio.
- b) Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA).
- c) Anestesia local, epidural o general.

- d) Consentimiento informado.
- e) Hernioplastia con colocación de una prótesis.

*correcta: a

→ chatGPT: braguer era usado históricamente para sostener la hernia, pero no se recomienda actualmente salvo en casos muy seleccionados o diferimiento quirúrgico

*. En el tratamiento quirúrgico de la patología hernia de la pared abdominal, la tendencia es al uso sistematizado de prótesis. A su juicio, y en función de sus conocimientos, ¿Cuál le parece la ubicación con mayores riesgos de inducir complicaciones fistulosas? (2020 mayo)

- a) Intra-abdominal, asociado al abordaje laparoscópico.
- b) Pre-peritoneal, delante de la grasa que tapiza externamente al peritoneo.
- c) Pre-fascial, apoyada sobre la fascia anterior de los músculos abdominales.
- d) Sub-cutáneo, bajo tejido celular subcutáneo y la piel.
- e) Retro-muscular, entre el vientre del recto anterior y la fascia posterior de éste.

*correcta: a

*. El tratamiento quirúrgico de la patología hernia de la pared abdominal la tendencia es al uso sistematizado de prótesis. A su juicio, y en función de sus conocimientos, ¿Cuál te parece la ubicación con menor riesgo de inducir complicaciones fistulosas intestinales? (2020 julio)

- a) Restromuscular, entre el vientre del recto anterior y la fascia posterior de éste.
- b) Prefascial, apoyada sobre la fascia anterior de los músculos abdominales.
- c) Ninguna.
- d) Todas.
- e) Pre-peritoneal, delante de la grasa que tapiza externamente al peritoneo.

*correcta: e

*. ¿Cuál de los siguientes no es un factor que se relaciona con el desarrollo de hernias incisionales también llamadas "eventraciones"? (2020 mayo)

- a) La sobrepresión abdominal, asociada a la más creciente frecuencia de obesidad mórbida.
- b) La infección del sitio quirúrgico cada vez menos frecuente.
- c) Los enfermos diagnosticados de EPOC.
- d) Aparece más frecuentemente en varones de edad avanzada promovida por el sobre-esfuerzo miccional asociado a las hipertrofia benigna de próstata.
- e) La alta prevalencia en la población de diabetes mellitus.

→ hernia ventral incisional = mala cicatrización Cx previa

*correcta: b

[MIR]

. ¿En cuál de las siguientes técnicas quirúrgicas para la reparación de una hernia inguinal NO se emplea una malla protésica? (MIR 2025)

- 1. Shouldice.
- 2. Lichtenstein.
- 3. Reparación laparoscópica TEP (totalmente extraperitoneal).
- 4. Reparación laparoscópica TAPP (transabdominal preperitoneal).

→ técnicas reparación quirúrgica - x vía anteriores => técnica Shouldice = herniorrafia -> poco uso, st en urgencia con riesgo infección prótesis

*correcta: 1

. Mujer de 60 años que tras un esfuerzo refiere la aparición de una tumoración en la zona inguino-crural derecha no reductible y muy dolorosa. Acude a urgencias con un cuadro de vómitos con dolor y distensión abdominal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (MIR 2025)

- 1. Hernia inguinal directa.
- 2. Hernia inguinal indirecta.

3. Hernia obturatriz

4. Hernia crural.

→ Explicación:

- Mujer 60 años = hernias crurales (+) frec en mujeres x pelvis (+) ancha.
- Aparición tras un esfuerzo = sugiere una hernia.
- Ubicación inguino-crural = la región crural (femoral) es clave.
- No reductible y muy dolorosa = hernia encarcelada/estrangulada (hernias inguinal-crurales son ls que más frecuentemente sufren encarcelación/estrangulación)
- Vómitos, dolor y distensión abdominal = posible obstrucción intestinal - complicación frecuente de hernia crural.

→ Hernia crural (femoral):

- Se produce a través del canal femoral, debajo del ligamento inguinal.
- Más común en mujeres (especialmente mayores).
- Mayor riesgo de encarcelamiento y estrangulación.
- Puede confundirse con hernias inguinales, pero se localiza más inferior y lateral.
- Diagnóstico: Clínica + Ecografía o TAC si hay dudas.
- Tratamiento: Cirugía urgente si hay signos de estrangulación u obstrucción.

Descartando las otras opciones:

1. Hernia inguinal directa → Más frecuente en hombres, no suele estrangularse.
2. Hernia inguinal indirecta → Se localiza más alta, en el canal inguinal, y es más frecuente en jóvenes.
3. Hernia obturatriz → También más común en mujeres, pero da síntomas más sutiles como dolor en el muslo (signo de Howship-Romberg), sin tumoración evidente.

*correcta: 4

. ¿Cuál de las siguientes hernias de la pared abdominal se presenta con mayor frecuencia? (MIR 2018)

1. Hernia umbilical.
2. Hernia inguinal.
3. Hernia crural o femoral.
4. Hernia de Spiegel.

*correcta: 2

. En el tratamiento quirúrgico de la patología hernia de la pared abdominal, la tendencia es al uso sistematizado de prótesis. A su juicio, y en función de sus conocimientos, ¿Cuál le parece la ubicación con mayores riesgos de inducir complicaciones fistulosas? (2020)

- a) Intra-abdominal, asociado al abordaje laparoscópico.
- b) Pre-peritoneal, delante de la grasa que tapiza externamente al peritoneo.
- c) Pre-fascial, apoyada sobre la fascia anterior de los músculos abdominales
- d) Sub-cutáneo, bajo tejido celular subcutáneo y la piel.
- e) Retro-muscular, entre el vientre del recto anterior y la fascia posterior de este.

*correcta: a

2. TRASTORNOS MOTORES ESÓFAGO

. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el espasmo esofágico difuso es falsa: (2015 junio)

- a) El dolor torácico puede ser desencadenado por estrés emocional.
- b) El dolor torácico se irradia a epigastrio lo cual lo diferencia de la angina de pecho.
- c) El dolor torácico puede aparecer a la vez que la disfagia.
- d) En la radiología con bario el esófago puede tener un aspecto como de sacacorchos o cuentas de rosario.
- e) El comportamiento manométrico del EEI es normal.

→ trastornos motores esófago - espasmo esofágico distal/difuso

- trastorno motor
- contracciones prematuras intermitentes = disfagia
- pueden ser contracciones de alta amplitud = dolor
- EEI normal

*chatGPT: El dolor torácico del espasmo esofágico puede simular completamente una angina de pecho, incluyendo irradiación al brazo, cuello, mandíbula o epigastrio. Por eso es tan difícil diferenciarlo clínicamente.

→ al hablar de espasmo esofágico difuso pensabas que hablaba de acalasia tipo III y por eso ponías como falsa la e pero habla de espasmo esofágico difuso como alteración del peristaltismo

→ acalasia tipo III = contracciones vigorosas espontáneas (espásticas) = dolor

- manometría = EEI NO relaja + contracción simultánea potente que produce dolor
- esofagograma = imagen "en sacacorchos" / "pico ave"

*correcta: b

*. Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la acalasia es falsa. (2015 junio)

- a) La acalasia primaria es menos frecuente que la secundaria.
- b) La infiltración de la pared esofágica por un carcinoma gástrico es una de las causas de acalasia secundaria.
- c) La enfermedad de Chagas se observa, sobre todo, en Brasil.
- d) La irradiación esofágica por un tumor mediastínico es una de las causas de acalasia secundaria.
- e) Las toxinas o algunos medicamentos pueden producir acalasia secundaria.

→ acalasia

- concepto = trastorno motor esofágico primario (NO secundario a ninguna patología conocida)
- etiología = desconocida → posible origen autoinmune + infeccioso (HSV-1) + degeneración neurológica → causa conocida: enfermedad Chagas

*correcta: a

. ¿Cuáles son las dos características manométricas que definen a la acalasia? (2018 junio)

⇒ Ausencia de peristaltismo y de relajación del esfínter esofágico inferior.

→ acalasia - concepto:

- trastorno motor esofágico primario = propulsión bolo alterada = hipomotilidad esofágica
- ausencia peristaltismo + alteración/ausencia relajación EEI

. Mecanismo fisiopatológico principal de la acalasia: (2023 julio)

⇒ Destrucción progresiva del plexo mientérico

→ acalasia - fisiopatología =

- alteración innervación inhibitoria músculo liso (esófago + EEI) = plexo mientérico ⇒ al tragar NO onda inhibitoria
- proceso inflamatorio = infiltración células T en plexo mientérico de cuerpo esofágico y EEI = destrucción progresiva células ganglionares en plexo mientérico cuerpo esófago + EEI = NO liberación NT inhibitorios (NO + VIP) = ML cuerpo esofágico + EEI NO se relajan = NO onda inhibitoria

. ¿Cuál es la primera prueba a realizar en una mujer de 45 años, sin antecedentes clínicos de interés, que refiere disfagia progresiva para sólidos y líquidos de 2 años de evolución, regurgitación ocasional de alimentos y pirosis, con ausencia de pérdida de peso? (2024 mayo)

- a) Manometría esofágica.
- b) Endoscopia digestiva alta.
- c) pH-metría esofágica.
- d) Tratamiento empírico con un inhibidor de la bomba de protones.
- e) TAC tóraco-abdominal.

→ acalasia

- clínica = disfagia mixta para sólidos y líquidos + regurgitación de comida no digerida (no ácida) + pérdida peso + (x disfagia y sitofobia) + pirosis (poco frecuente, x sonreinfección).

- dx = paciente con disfagia siempre indicado endoscopia → endoscopia normal + clínica acalasia = manometría (dx)

*correcta: b

. ¿Cuál es el diagnóstico más probable en la paciente de la pregunta anterior? (2024 mayo)

a) Acalasia.

b) Cáncer de esófago.

c) Esofagitis eosinofílica.

d) Enfermedad por reflujo gastroesofágico.

e) Estenosis péptica esofágica.

*correcta: a

. El diagnóstico más probable en un paciente varón de 52 años sin antecedentes de interés, que refiere disfagia progresiva para sólidos y líquidos de larga evolución, regurgitación ocasional de alimentos, pirosis que no mejora con IBPs y pérdida de peso no cuantificada en los últimos 6 meses. (2023 mayo)

a) Enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada.

b) Acalasia.

c) Esofagitis eosinofílica.

d) Cáncer de esófago.

→ acalasia - clínica = disfagia mixta sólidos/líquidos progresiva + regurgitación de comida NO digerida + pérdida peso + pirosis (NO x ERGE = NO responde a IBPs)

*correcta: b

. Analice la siguiente historia clínica: Una mujer de 46 años presenta desde hace 2 años episodios de disfagia para sólidos o líquidos. El primero de estos episodios ocurrió con la ingestión de agua, un día que estaba nerviosa. A lo largo del tiempo se fueron haciendo más frecuentes y en la actualidad ocurren siempre que come o bebe, necesitando beber mucho líquido para que finalmente el bolo llegue al estómago. ¿Qué enfermedad le sugiere? (2016 julio)

a) Cáncer de esófago.

b) Cáncer de cardias.

c) Úlcera péptica esofágica.

d) Acalasia clásica.

e) ERGE.

→ importante recordar: disfagia sólidos = cáncer (porque produce estenosis luz que permite paso líquidos, no sólidos) / disfagia sólidos + líquidos = acalasia

→ acalasia - clínica = disfagia sólidos/líquidos - empeoramiento lento y progresivo

*correcta: d

. En el caso anterior cuál de las siguientes pruebas cree que dará más información como prueba inicial. (2016 julio)

a) La radiografía de tórax.

b) El TAC torácico.

c) El estudio radiológico con contraste baritado de esófago y estómago.

d) La endoscopia digestiva alta.

e) La pHmetría esofágica.

→ persona viene con disfagia → siempre 1º = endoscopia digestiva alta (descartar organicidad = cáncer)

*correcta: d

. Primera prueba a solicitar ante un paciente con disfagia progresiva. (2023 julio)

⇒ EDA

→ paciente con disfagia = 1. endoscopia → 2. manometría

. Paciente varón de 75 años de edad que presenta disfagia retroesternal progresiva de 3 meses de evolución ¿Qué prueba diagnóstica indicaría en primer lugar? (2022 mayo)

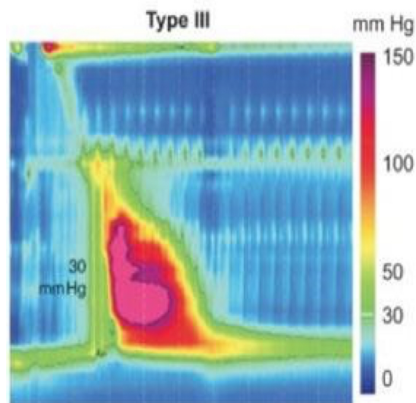
a) Endoscopia digestiva alta.

b) Esófagograma con bario.

- c) Manometría esofágica.
- d) Phmetría de 24 horas.

*correcta: a

. Paciente con disfagia mixta para sólidos y líquidos y dolor torácico. Se realiza EDA que muestra estenosis de la unión esófago-gástrica y manometría que muestra: (2021 mayo)



=> acalasia tipo III

(he cogido la foto de los apuntes)

-> manometría - acalasia tipo III = paciente targa -> EEI NO relaja -> contracción simultánea potente (pero ineficaz) = dolor

=> trayecto esófago rojo intenso (presiones >100mmHg)

. El informe de una manometría esofágica indica: El EEI no se relaja con la deglución y se registran contracciones terciarias, de gran intensidad en los 2/3 inferiores del esófago. El diagnóstico más probable es: (2016 julio)

- a) Acalasia vigorosa.
- b) Esclerodermia.
- c) Espasmo esofágico difuso.
- d) Acalasia clásica.
- e) Esofagitis péptica.

-> acalasia - tipos:

- tipo I = ausencia total contracción = (+) grave = NO respuesta tto
- tipo II = contracciones débiles simultáneas no peristálticas
- tipo III = contracciones vigorosas simultáneas (espásticas)

-> acalasia - manometría:

- acalasia I = EEI NO relaja + NO contracción simultánea
- acalasia II = EEI NO relaja + contracción simultánea débil
- acalasia III = EEI NO relaja + contracción simultánea potente

. Paciente con acalasia de cardias y megaesófago no tratado previamente. Señale el tratamiento de primera elección: (2022 mayo)

- a) Operación de Heller y funduplicatura parcial.
- b) Miotomía endoscópica (POEM).
- c) Dilatación endoscópica.
- d) Esofaguetomía.

Tipo de acalasia	Tratamiento preferido	Comentario
Tipo I	Heller + funduplicatura o POEM	Menor tasa de éxito de dilatación
Tipo II	Dilatación neumática o Heller	Mejor respuesta a cualquier tratamiento
Tipo III	POEM	Es el mejor porque permite miotomía más extensa (hasta 12 cm)

*correcto: a

• Edad y comorbilidades:

- >60 años o no quirúrgicos -> Dilatación neumática o toxina botulínica.
- <60 años, saludables -> Heller o POEM según el tipo.

• Presencia de megaesófago o esófago sigmoidizado:

- Heller + funduplicatura en estadio avanzado.
- Esofaguetomía si el esófago está muy dilatado y disfuncional.

• Acceso a tecnología y experiencia local:

- POEM requiere entrenamiento específico, no siempre disponible.

Resumen práctico:

Situación clínica	Tratamiento
Acalasia tipo II	Dilatación o Heller
Acalasia tipo III	POEM
Acalasia con megaesófago	Heller + funduplicatura
Paciente frágil	Toxina botulínica o dilatación
Fracaso de tratamiento	Esofaguetomía

. Señale la respuesta incorrecta en relación a la achalasia de cardias: (2021 mayo)

- a) La técnica más efectiva para tratar la achalasia es la miotomía endoscópica (POEM) porque no solo permite resolver la disfagia sino que los actuales avances en endoscopia terapéutica permiten asociar un procedimiento antirreflujo eficaz
- b) La achalasia es un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de carcinoma epidermoide de esófago.
- c) Las diferentes modalidades terapéuticas de la achalasia pueden ocasionar un aumento en el riesgo de adenocarcinoma de esófago.
- d) La miotomía de Heller laparoscópica paso el tratamiento de la achalasia puede ocasionar reflujo gastroesofágico por eso debe ir asociada siempre a una funduplicatura tipo Nissen

→ achalasia:

- factor de riesgo = carcinoma epidermoide esófago (x inflamación crónica)
- tto endoscópico - POEM (Per-oral Endoscopic Myotomy) = técnica (+) eficaz largo plazo ¡pero! NO permite hacer funduplicatura (o procedimiento antirreflujo) durante procedimiento (porque es endoscopia y no laparoscopia)
- tto Qx = miotomías Heller - efecto adverso (+)frec = reflujo → convertir analiza en ERGE xq deja EEI sin presión
- ERGE = metaplasia = adenocarcinoma

*correcta: a (+ d)

. Señale la respuesta correcta en relación con la achalasia del cardias: (2020)

- a) La principal ventaja de la miotomía por vía endoscópica (POEM) es que no ocasiona reflujo gastroesofágico.
- b) La achalasia es un factor de riesgo para el desarrollo de un adenocarcinoma de esófago.
- c) Siempre se debe asociar una funduplicatura de 360° (operación de Nissen) para evitar el reflujo secundario tratamiento quirúrgico de la achalasia.
- d) La miotomía quirúrgica conocida como operación de Heller por vía laparoscópica es una técnica muy efectiva para la enfermedad cuando es realizada por cirujanos expertos.
- e) La principal ventaja de la miotomía endoscópica (POEM) respecto a la realizada por vía laparoscópica es permite asociar una técnica antirreflujo.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos presenta una mayor eficacia en pacientes con achalasia? (2017 junio)

- a) Nitratos vía oral.
- b) Antagonistas del calcio vía oral.
- c) Inyección endoscópica de toxina botulínica en esfínter esofágico inferior.
- d) Dilatación neumática endoscópica del esfínter esofágico inferior.
- e) Miotomía quirúrgica.

*correcta: e

→ ante la duda de si es de elección POEM o miotomía chatGPT dice:

Generalmente hoy día, POEM se considera el tratamiento de elección en centros con experiencia, especialmente en:

- Achalasia tipo III.
- Pacientes jóvenes o con buena expectativa de vida.
- Casos recurrentes tras Heller.

La miotomía de Heller sigue siendo preferida en algunos centros y es estándar en achalasia tipo I y II si POEM no está disponible o si hay contraindicación para endoscopia.

. Mujer de 65 años diagnosticada de Acalasia por tránsito esófago -gástrico, esofagoscopia y manometría. ¿Cuál es el tratamiento de elección? (2014 mayo)

- a) Dilatación esofágica por endoscopia.
- b) Toxina botulínica.
- c) Cardiomiectomía extramucosa o intervención de Heller por Laparoscopia.
- d) Cardiomiectomía extramucosa o intervención de Heller mas Intervención antirreflujo vía abierta.
- e) Cardiomiectomía extramucosa o intervención de Heller mas intervención antirreflujo por vía Laparoscópica.

→ Eficacia técnicas endoscopia = POEM > dilatación neumática > toxina botulínica

*correcta: e

3. ERGE

. Paciente de 48 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a su médico de AP por presentar episodios frecuentes de pirosis y regurgitación ... ? ¿Cuál de los siguientes síntomas o signos asociados NO es indicación de endoscopia digestiva alta? (2023 mayo)

- a) Ausencia de respuesta clínica adecuada tras 2 semanas de tratamiento con Omeprazol 20mg/día.
- b) Disfagia a sólidos.
- c) Pérdida de peso.
- d) Anemia ferropénica.
- e) Dolor epigástrico.

→ endoscopia digestiva alta - indicaciones

- síntomas alarma = disfagia + odinofagia + pérdida peso involuntaria + anemia ferropénica

- ausencia respuesta IBPs

*correcta: e

. (...) de reflujo de larga evolución que refiere disfagia progresiva de 3 meses de evolución. Actualmente solo tolera comida triturada. ¿Qué prueba diagnóstica indicaría en primer lugar? (2023 mayo)

- a) Endoscopia digestiva alta.
- b) Esófagograma con bario.
- c) Manometría esofágica de alta resolución.
- d) TC torácico.
- e) PHmetría de 24 horas.

→ disfagia => endoscopia (y punto).

. Paciente con sintomatología típica de ERGE al que se le solicita la realización de endoscopia digestiva alta por pobre respuesta al tratamiento antisecretores. El informe endoscópico establece el diagnóstico de esofagitis grado C. ¿Qué hallazgo endoscópico define este grado de esofagitis? (2018 junio)

=> Erosiones continuas entre dos o más pliegues esofágicos (en esófago distal, sin llegar a afectar a la totalidad de la circunferencia).

→ clasificación de los Ángeles (longitud y anchura erosiones - esofagitis)

- A = 1/+ erosiones <5mm + lineales + limitadas crestas/pliegues

- B = 1/+ erosiones >5mm + lineales + limitadas crestas pliegues

- C = erosiones anchas-continuas entre 2/+ pliegues (afectando crestas-valles) + abarcan parte circunferencia esófago

- D = erosiones anchas afectan toda circunferencia esofágica.

. ¿Cuál es el diagnóstico final en un paciente con pirosis que presenta una hernia de hiato por deslizamiento y mucosa esofágica normal en la endoscopia, un tiempo de pH<4 de 2.1% y score de DeMeester de 8.2 en la pH-metría esofágica y una impedanciometría patológica? (2023 mayo)

- a) ERGE complicada.
- b) ERGE con reflujo ácido patológico.
- c) ERGE con reflujo no ácido patológico.
- d) ERGE erosiva.
- e) Pirosis funcional.

→ pHmetría => se considera normal cuando pH<4 se da <4.5% del día

→ ERGE - espectro clínico => endoscopia normal = impedanciometría patológica con pH metría normal = ERGE con reflujo ácido patológico

*cuidado que te lías al leer pH<4 2.1% y piensas que es patológico (pensando en ERGE con reflujo ácido) pero para que la pHmetría sea patológica el pH<4 tiene que durar >4.5% del día.

*correcta: c

. Paciente con sintomatología compatible con enfermedad por reflujo gastroesofágico que presenta una endoscopia digestiva alta normal, una pH-metría esofágica normal y una impedancia esofágica patológica. ¿Cuál es el diagnóstico en este paciente? (2018 junio)

=> ERGE con reflujo no ácido patológico.

. ¿Cuál es el diagnóstico en un paciente con cuadros frecuentes de pirosis y regurgitación ácida, cuya endoscopia digestiva no muestra alteraciones significativas, al que se le realiza una pH-metría esofágica que muestra un porcentaje total de tiempo con $\text{pH} < 4$ de un 4% y cuya impedanciometría esofágica es patológica? (2017 junio)

- a) Enfermedad por reflujo gastroesofágico complicada.
- b) Esofagitis.
- c) Enfermedad por reflujo gastroesofágico con reflujo ácido patológico.
- d) Enfermedad por reflujo gastroesofágico con reflujo no ácido patológico.
- e) Pirosis funcional.

*correcta: d

. En una endoscopia alta realizada a un paciente de 76 años por pirosis que no responde adecuadamente al tratamiento empírico con omeprazol se objetiva hernia de hiato por deslizamiento y erosiones lineales de más de 5 mm de longitud proximales a la unión esofagogástrica ¿Cuál es el diagnóstico en este paciente? (2024 mayo)

- a) ERGE complicada.
- b) ERGE con reflujo no-ácido patológico.
- c) ERGE erosiva. *
- d) ERGE con reflujo ácido patológico.
- e) Pirosis funcional.

→ ERGE - endoscopia digestiva alta = normalmente no se hace - indicada si: ausencia respuesta IBPs (para hacer dx dif)

- 60% normal + 40% patológica → 40% patológico = (+) frec: esofagitis crónica → clasificación Los Angeles (en base longitud y anchura erosiones)

→ ERGE - espectro clínico ⇒ endoscopia patológica = erosiones (esofagitis) + complicaciones (esófago Barret, úlcera, estenosis, ...)

- esofagitis = ERGE erosiva

- esófago Barret / úlcera / estenosis / adenocarcinoma = ERGE complicada

4. CIRUGÍA RGE, HERNIA HIATO, TRASTORNOS MOTORES ESÓFAGO Y DIVERTICULOS ESOFÁGICOS

. Señale la respuesta correcta: (2022 mayo)

- a) El nervio recurrente izquierdo se origina del nervio vago a nivel intratorácico, rodea el cayado de la aorta y asciende adyacente a la tráquea y el esófago hasta su entrada en la laringe.
- b) El conducto torácico asciende desde el diafragma en el ángulo que forma la aorta y la vena ácigos, cruza hacia el lado izquierdo por detrás del esófago por encima del cayado de la vena ácigos y desemboca a ese nivel en la vena cava superior.
- c) El esófago se relaciona en su recorrido con la parte anterior de la tráquea, en íntimo contacto con la parte membranosa de la misma.
- d) El acceso quirúrgico al esófago es más difícil por el lado derecho porque en su recorrido se interpone el cayado de la aorta.

→ anatomía Qx esófago

- esófago se encuentra en mediastino posterior = x delante en íntimo contacto con parte post membranosa tráquea
- hacia lado izq = relaciona con cayado aorta
- acceso Qx = (+) fácil x lado drch (excepto en unión gastroesofágica donde aorta se sitúa posterior y diafragma más bajo)
- esófago cervical = nervio vago → nervios recurrentes → izq = rodea cayado aorta y asciende
- esófago torácico = conducto torácico: atraviesa diafragma → asciende desde abdomen x ángulo vena ácigos-esófago → cruza x = detrás esófago + encima cayado vena ácigos

*correcta: a

. Todo lo siguiente es falso, excepto: (2022 mayo)

- a) La mucosa esofágica es de color rosa pálido y se continua macroscópicamente, de forma invisible, con la mucosa gástrica.
- b) El divertículo de Zenker protruye por una zona débil posterior situada inmediatamente por debajo del músculo cricofaríngeo que se denomina triángulo de Laimer.
- c) Ante la presencia de un cáncer, las rutas linfáticas preferenciales se pueden alterar ya que la obstrucción de los canales linfáticos por el mismo tumor puede permitir el flujo retrógrado.
- d) Los canales linfáticos en la submucosa del esófago son escasos por lo que esta no es una vía predominante de diseminación en los carcinomas de esófago.

. Todo lo siguiente es falso, excepto: (2022 mayo)

- a) La mucosa esofágica es de color rosa pálido y se continua macroscópicamente, de forma invisible, con la mucosa gástrica.
→ epitelio: esofágico = estratificado / gástrico = columnar => endoscopia: aprecia cambio coloración xq epitelio gástrico (+) rojizo = zona separación: línea Z
- b) El divertículo de Zenker protruye por una zona débil posterior situada inmediatamente por debajo del músculo cricofaríngeo que se denomina triángulo de Laimer.
→ divertículo Zenker (faringoesofágico) = evaginación en unión faringoesofágica a nivel triángulo Kilian (zona debilidad x orientación oblicua constrictor de faringe)
- c) Ante la presencia de un cáncer, las rutas linfáticas preferenciales se pueden alterar ya que la obstrucción de los canales linfáticos por el mismo tumor puede permitir el flujo retrógrado.
→ tumor puede alterar distribución drenaje linfático = obstruye conductos linfáticos + diseminación en cualquier dirección
- d) Los canales linfáticos en la submucosa del esófago son escasos por lo que esta no es una vía predominante de diseminación en los carcinomas de esófago.
→ esófago - drenaje linfático = rica red linfática submucosa a través de la cual pueden diseminar tumores a mucha distancia

*correcta: c

. Señale la afirmación correcta en relación con las hernias de hiato tipo III: (2023 mayo)

- a) Suelen diagnosticarse en paciente de edad avanzada con múltiples comorbilidades asociadas.
- b) La enfermedad por reflujo no suele ser el síntoma predominante. Pueden presentar síntomas asociados a la compresión de estructuras torácicas y a la compresión a nivel del anillo herniario de las vísceras abdominales herniadas.
- c) La cirugía es más compleja y se produce un porcentaje mayor de recidiva tras la cirugía que en las hernias tipo I.
- d) Todas las anteriores son correctas.

→ hernias paraesofágicas:

- pacientes suelen ser ancianos con pluripatologías
 - clínica reflujo poco habitual → síntomas x compresión: estructuras torácicas + vísceras abdominal contenidas en saco herniano
 - Cx único tto posible Iperol alta incidencia recidivas anatómicas
- *correcta: d

. La respuesta correcta en relación con las hernias de hiato por deslizamiento (tipo I): (2023 mayo)

- a) Suelen diagnosticarse en pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades asociadas.
 - b) La enfermedad por reflujo no suele ser el síntoma predominante. Los síntomas suelen estar relacionados con la compresión de estructuras torácicas o con la compresión a nivel del anillo herniario de las vísceras abdominales herniadas.
 - c) La cirugía es más compleja y hay un mayor porcentaje de recidivas tras la cirugía que en las hernias tipo III.
 - d) Los pacientes en los que se espera un mejor resultado quirúrgico son aquellos que han tenido una buena respuesta al tratamiento médico en cuanto al control del reflujo ácido pero continúan presentando regurgitaciones nocturnas.
 - e) La constitución física del paciente no influye en el resultado de la cirugía.
- hernias de hiato esofágico - tipos I = hernia x deslizamiento:
- clínica fundamental = enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE)
 - raro clínica x compresión mecánica
 - aumentada frecuencia x elevada prevalencia obesidad (= aumenta presión intraabdominal)
- enfermedad por reflujo gastroesofágico - Cx
- indicaciones = mejor candidato: paciente con IBP = NO reflujo ácido pero / SÍ regurgitación contenido alimentario a esófago (IBP NO controla volumen refluído)
 - ventajas = curativa (en un acto se resuelve problema) = paciente NO tendrá (+) reflujo = controla: volumen regurgitado + reflujo biliar
 - desventaja = indicación en pacientes obesos → obesidad NO funduplicatura x recidivas herniaria elevada → pacientes deben perder peso antes Cx y mantener pérdida
- *correcta: d

. Señale la respuesta falsa en relación con las hernias de hiato: (2024 mayo)

- a) Son las hernias diafragmáticas más frecuentes.
 - b) En las hernias por deslizamiento existe un gran saco herniario en el que se ha deslizado el estómago y a veces otros órganos abdominales, con mayor frecuencia por su movilidad, el colon transverso y el epiploon.
 - c) Los mejores candidatos quirúrgicos son los pacientes en los que el IBP controla la pirosis pero continúan presentando regurgitaciones alimentarias no ácidas.
 - d) En los pacientes con obesidad hay una mayor probabilidad de recidiva del reflujo tras la cirugía antirreflujo.
 - e) En los pacientes con trastornos motores esofágicos no se aconseja realizar una funduplicatura de Nissen.
- hernia diafragmática = traumáticas (<5%) + no traumáticas (>95%)
- hernias diafragmáticas NO traumáticas = 90% de hiato esofágico
- hernias de hiato esofágico
- (+) frec = 90% hernias diafragmáticas
 - tipo I = por deslizamiento ⇒ unión gastro-esofágicos + parte prox estómago → desplazan hacia tórax SIN que exista un verdadero saco herniano/peritoneal
 - tipo IV = unión esófago-gástrica + estómago → desplazados hacia arriba x orificio grande → además prolapsan otras vísceras abdominales = (+) frec: epiploon mayor + colon transgresivo + intestino delgado (xq son las partes más móviles)
- ERGE - Cx
- indicaciones = mejor candidato: paciente con IBP que ya no tiene reflujo ácido pero sigue teniendo regurgitación de contenido alimentario hacia esófago
 - desventajas = pacientes obesos → Cx antirreflujo clásica pierde eficacia a largo plazo x mucha presión intraabdominal = recidivas herniaria muy elevadas
 - técnicas - Nissen (Gold) = NO en pacientes con trastornos motores del esófago con disfagia
- *correcta: b

. Señala la respuesta correcta en relación a las hernias diafragmáticas. Seleccione unha: (2020)

- a) Las hernias diafragmáticas traumáticas suelen producirse a través del hiato diafragmático por ser la zona de mayor debilidad.

- b) Las hernias de Morgagni se localizan a nivel posterior del diafragma y son más frecuentes las del lado izquierdo porque el diafragma no está protegido por el hígado.
 - c) Las hernias de Bochdalek se localizan en posición anterior, paraesternal y son más frecuentes las del lado derecho.
 - d) Las hernias más frecuentes son las que se producen a través del diafragma esofágico, por deslizamiento del estómago proximal.
 - e) Todas las anteriores son correctas.
- hernias diafragmáticas
- traumáticas = (+) comunes lado izq → derecho protegido x hígado
 - NO traumáticas = se produce a través zonas debilidad diafragma
- hernias diafragmáticas traumáticas
- hiato esofágico (+frec) = hernias x deslizamiento + hernias paraesofágicas + hernias mixtas
 - paraesternales = hernias Morgani-Larrie
 - lumbocostales = hernias Bontanes
- *correcta: d

. En relación con la cirugía antirreflujo señale la respuesta correcta: (2020)

- a) En casi todas las hernias de hiato por deslizamiento se debe asociar un alargamiento esofágico tipo Collis para prevenir la frecuente recidiva herniaria postquirúrgica.
 - b) Las funduplicaturas parciales tipo Dor o Toupet están indicadas cuando hay trastornos de la motilidad esofágica asociados.
 - c) La operación de Toupet es una funduplicatura parcial anterior (de aproximadamente 180°) que se asocia a la miotomía de Heller para prevenir el reflujo en la cirugía de la achalasia.
 - d) En las hernias paraesofágicas nunca está indicado hacer un alargamiento esofágico.
 - e) Actualmente, la técnica quirúrgica de primera elección es una operación de Nissen (funduplicatura de 360°) por vía laparotómica.
- ERGE - técnicas Qx
- la mejor operación para reflujo = técnica de Nissen (funduplicatura de 360°)
 - técnica de Nissen (funduplicatura 360°) laparoscopia = GOLD → NO: pacientes trastornos motores esófago con disfagia
 - pacientes con trastornos motores esófago con disfagia → funduplicatura parcial = técnica Dor (180°) + técnica Toupet (270° x detrás)
- hernias paraesofágicas
- tto Cx (único posible) → funduplicatura = 50% recidivas x esófago corto → alargamiento esofágico (operación de Collis)
- *correcta: b

. Señale la respuesta correcta en relación con la achalasia del cardias: (2020)

- a) La principal ventaja de la miotomía por vía endoscópica (POEM) es que no ocasiona reflujo gastroesofágico.
 - b) La achalasia es un factor de riesgo para el desarrollo de un adenocarcinoma de esófago.
 - c) Siempre se debe asociar una funduplicatura de 360° (operación de Nissen) para evitar el reflujo secundario tratamiento quirúrgico de la achalasia.
 - d) La miotomía quirúrgica conocida como operación de Heller por vía laparoscópica es una técnica muy efectiva para la enfermedad cuando es realizada por cirujanos expertos.
 - e) La principal ventaja de la miotomía endoscópica (POEM) respecto a la realizada por vía laparoscópica es permite asociar una técnica antirreflujo.
- achalasia
- miotomía (operación de Heller) = técnica delicada (difícil seccionar todas las fibras sin abrir mucosa) pero tiene pocas complicaciones si es realizada por manos expertas
 - POEM = NO permite asociar funduplicatura = pacientes alto riesgo ERGE
 - complicaciones = enfermedad premaligna - aumenta x10-50 riesgo padecer cáncer epidermoide de esófago
- *correcta: d

. Paciente con achalasia de cardias y megaesófago no tratado previamente. Señale el tratamiento de primera elección: (2023 mayo)

- a) Operación de Heller y funduplicatura parcial.
- b) Miotomía endoscópica (POEM).
- c) Dilatación endoscópica.

d) Esofagectomía.

→ acalasia - complicaciones = megaesófago → único tto eficaz = miotomía Qx

*correcta: a

. Señale la respuesta correcta en relación con los divertículos esofágicos: (2024 mayo)

- a) El más frecuente es de localización distal supradiafragmática (epifrénico).
- b) En los divertículos de Zenker sintomáticos, la disfagia no suele ser el síntoma predominante.
- c) Los divertículos mediotorácicos o parabronquiales suelen asociarse a trastornos motores.
- d) En los divertículos de Zenker no está indicado el tratamiento quirúrgico aunque sean sintomáticos si son de pequeño tamaño.
- e) En los divertículos epifrénicos, la cirugía idealmente se realizará por laparoscópica y consiste en la disección/extirpación del divertículo, miotomía esofágica distal al mismo y funduplicatura parcial.

→ divertículos esofágicos

- divertículos Zenker/faringoesofágicos:

- (+) común
- clínica disfagia retro esternal alta (80-90%)
- tto únicamente Qx = deben operarse todos divertículos sintomáticos - independientemente tamaño

- divertículos mediotorácicos (parabronquiales) = asintomáticos (divertículos pequeños cuello ancho = comida entra u sale sin generar clínica)

- divertículos epifrénicos
- suelen asociarse a trastorno motor primario
- tto = divertículos sintomáticos + gold standard laparoscopia
 - I. diverticulectomía = disecciona divertículo - seccionando cuello para resecarlo
 - II. miotomía extramucosa amplia/completa = desde borde inferior divertículo - pasando unión gastroesofágico 2-3cm - hasta 2 primeros cm estómago (para evitar que se forme x presión otro divertículo)
 - III. funduplicatura (intervención antireflujo) = NO completa (provocar disfagia)

*correcta: e

. En relación a los divertículos esofágicos, señala la respuesta falsa: (2023 mayo)

- a) Los divertículos faringoesofágicos son más frecuentes en varones mayores de 60 años.
- b) El síntoma predominante en el divertículo de Zenker es la disfagia retroesternal alta.
- c) La prueba diagnóstica de elección ante la sospecha de un divertículo de Zenker es el esofagograma con bario.
- d) Los divertículos esofágicos más frecuentes son los epifrénicos y se suelen asociar a un trastorno motor del esófago.
- e) El tratamiento quirúrgico de un divertículo esofágico epifrénico incluye la diverticulectomía, miotomía esofágica distal al cuello del divertículo y una funduplicatura parcial.

. En relación a los divertículos esofágicos, señala la respuesta falsa: (2023 mayo)

- a) Los divertículos faringoesofágicos son más frecuentes en varones mayores de 60 años.
→ divertículos faringoesofágico / de Zenker = (divertículo esofágico (+)frec) (+)frec varones >60a
- b) El síntoma predominante en el divertículo de Zenker es la disfagia retroesternal alta.
→ divertículo de Zenker/faringoesofágicos - clínica = disfagia retroesternal alta (80-90%)
- c) La prueba diagnóstica de elección ante la sospecha de un divertículo de Zenker es el esofagograma con bario.
→ divertículo de Zenker - dx => prueba imagen: tránsito esofágico con bario = prueba elección paciente con disfagia alta
- d) Los divertículos esofágicos más frecuentes son los epifrénicos y se suelen asociar a un trastorno motor del esófago.
→ divertículos de Zenker/faringoesofágicos = (+) frec
→ divertículos epifrénicos = suelen asociarse a trastorno motor primario esófago (acalasia, trastorno motor x ERGE, ...)
- e) El tratamiento quirúrgico de un divertículo esofágico epifrénico incluye la diverticulectomía, miotomía esofágica distal al cuello del divertículo y una funduplicatura parcial.
→ divertículos epifrénicos - tto = diverticulectomía + miotomía (extramucosa amplia o completa) + funduplicatura (o intervención antirreflujo).

*correcta: d

. Con respecto a los divertículos esofágicos, señale la respuesta falsa: (2020)

- a) La prueba diagnóstica de elección en los divertículos de Zenker es la endoscopia.
- b) Los divertículos parabronquiales suelen ser asintomáticos.
- c) La vía de abordaje quirúrgica ideal para los divertículos epifrénicos es la laparoscopia. La cirugía consiste en la diverticulectomía, miotomía distal al divertículo y funduplicatura.

- d) Esta indicado el tratamiento quirúrgico de todos los divertículos esofágicos sintomáticos.
- e) Los divertículos epifrénicos suelen asociarse a un trastorno motor.
 - divertículo de Zenker
 - Dx - técnicas imagen:
 - tránsito esofágico con bario (esofagograma) = prueba elección
 - endoscopia = NO imprescindible para su diagnóstico - debe realizarse con sumo cuidado x alto riesgo perforación
 - tto = deben operarse todos los divertículos sintomáticos
 - divertículo medio torácico / parabronquial
 - suelen asociarse a trastorno motor
 - clínica = en general son divertículos pequeños de cuello ancho y por tanto asintomáticos (comida entra y sale sin generar clínica)
 - tto = tratar sólo cuando supe vuelven sintomáticos → abordaje: 1. toracoscopia / 2. toracotomía → Cx: diverticulectomía (+ sección cuello sin miotomía)
 - divertículos epifrénicos
 - clínica = 90% sintomáticos (disnea retroesternal baja)
 - tto (sintomáticos) = laparoscopia - GOLD = diverticulectomía + miotomía extramucosa amplia/completa + funduplicatura parcial (intervención antirreflujo)
- *correcta: a

. Paciente de 45 años que acude a Urgencias por disfagia brusca después de comer. No refiere antecedentes personales ni familiares de interés. A su llegada al hospital presenta la exploración física es normal, sin presentar disnea, ni fiebre, ni otros datos de alarma, salvo por la dificultad incluso para tragar la saliva. En la anamnesis dirigida refiere que empezó después de estar en una comida familiar y con la ingesta de carne. En este momento, ¿cuál es la mejor estrategia? (2024 mayo)

- a) Dejar al paciente en observación, probando de forma progresiva tolerancia a la dieta, esperando la resolución automática del proceso.
- b) Mi sospecha es que el paciente tiene un cuerpo extraño, indicaría la realización de una endoscopia digestiva alta para confirmarlo y que se intente la extracción del mismo.
- c) Comentaría con radiología para que le realizasen al paciente un estudio baritado esófago-gastro-duodenal.
- d) Llamaría a la guardia de cirugía general, para comentar el caso, ante la disfagia brusca, seguramente será un candidato a tratamiento quirúrgico.
- e) Solicitaría la realización de un TAC torácico urgente, mi primera hipótesis diagnóstica es que se trate de un proceso tumoral.

→ endoscopia = indicada en disfagia brusca que haga sospechar de impactación de cuerpo extraño (permitiría su retirada = método dx+terapéutico) [tb indicada si en pruebas imagen sospecha malignización]

*correcta: b

. Paciente varón de 75 años de edad que presenta disfagia retroesternal progresiva de 31 meses de evolución. ¿Qué prueba diagnóstica indicaría en primer lugar? (2023 mayo)

- a) Endoscopia digestiva alta.
- b) Esofagograma con bario.
- c) Manometría esofágica.
- d) Phmetría de 24 horas.

*correcta: a

5. TUMORES ESOFÁGICOS

. Paciente varón de 50 años de edad, asintomático, que presenta una tumoración de 5 cm, bien delimitada y móvil, con mucosa normal que la recubre en esófago medio diagnosticada incidentalmente en una endoscopia realizada por dispepsia. Se realiza ecoendoscopia y TC estableciendo la hipótesis diagnóstica de leiomioma. ¿Cuál es la técnica quirúrgica que considera más indicada para la resección? (2023 mayo)

- a) Enucleación de la tumoración idealmente por toracoscopia.
- b) Esofaguetomía mínimamente invasiva tipo Ivor Lewis.
- c) Esofaguetomía mínimamente invasiva tipo McKeown.
- d) Resección de la tumoración con margen de al menos 1 cm y anastomosis.

→ tumores esofágicos - leiomioma esofágico

- x consenso se extirpan solo los leiomiomas sintomáticos

- tto Qx = toracoscopia → enucleación tumoración (no se retira tejido sano alrededor x ser benigno procurando no fístula)

*correcto: a

. El cáncer de esófago. Seleccione una: (2020)

- a) Su pico de incidencia está en la 4ª- 5ª década de la vida y es más frecuente en varones.
- b) En algunos países la incidencia de adenocarcinoma de esófago está superando a la del carcinoma de células escamosas debido a la alta prevalencia de obesidad y reflujo gastroesofágico.
- c) En la mayor parte de los países el diagnóstico es precoz gracias a la generalización de los programas de screening.
- d) Es uno de los tumores malignos del aparato digestivo que tiene mejor pronóstico ya que responde muy bien a la radioterapia.
- e) La achalasia, la esofagitis por cáusticos y los divertículos esofágicos aumentan la incidencia de adenocarcinoma de esófago.

→ cáncer de esófago

- mal pronóstico porque su inicio es silente (asintomático)

- epidemiología = H/M 5:1 → raro <40a → pico incidencia 70-80a

- factores de riesgo

- epidermoide / células escamosas = lesiones precancerous = acalasia + esofagitis x cáusticos + divertículos

- adenocarcinoma = RGE + esófago de Barret + obesidad (lesiones relacionadas con RGE - ppl factor predisponente)

*correcta: b

. Señale la respuesta correcta respecto al diagnóstico en el cáncer de esófago: (2022 mayo)

- a) El síntoma principal es la disfagia orgánica, de carácter paradójico, intermitente y no progresiva.
- b) Ante un paciente con disfagia y factores de riesgo para un cáncer de esófago se debe indicar siempre un TC para confirmar el diagnóstico y valorar la extensión de la enfermedad.
- c) Si el paciente presenta una tumoración estenosante y ulcerada visible en la endoscopia es suficiente para confirmar el diagnóstico, no es necesaria la confirmación histológica.
- d) Si el paciente presenta metastasis hematógenas confirmadas en TC en el momento del diagnóstico, la Ecoendoscopia y PET pueden obviarse porque no van a cambiar la estrategia terapéutica.

→ cáncer de esófago

- clínica = síntoma fundamental: disfagia progresiva

- TAC cervico-toraco-abdominal = excluir metástasis a distancia x vía hematógena - NO informa grado invasión tumor pared ni metástasis linfáticas

- Tto - M1 (metástasis a distancia) = paliativo

*correcta: d

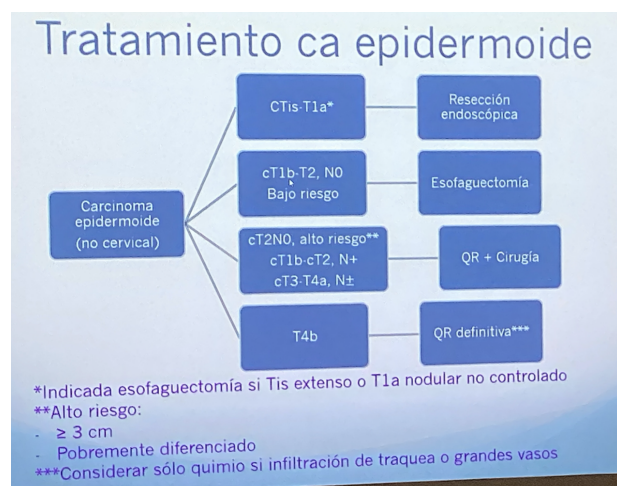
. Paciente varón de 65 años de edad, fumador de 20 c/día desde hace 40 años y bebedor habitual de medio litro de vino al día y 1-2 cervezas. Es diagnosticado de carcinoma epidermoide de tercio medio de esófago cT3N1MO. ¿Cuál considera el enfoque terapéutico más adecuado si el estado fisiológico del paciente lo permite?: (2024 mayo)

- a) Esofaguetomía en dos tiempos tipo Ivor Lewis.
- b) Quimioterapia perioperatoria con esquema FLOT y esofaguetomía.
- c) Esofaguetomía en 3 tiempos tipo McKeown.
- d) Neoadyuvancia con quimio-radioterapia y posterior esofaguetomía.
- e) Radioterapia y posterior esofaguetomía.

→ cáncer esófago - tto enfermedad localmente avanzada - carcinoma epidermoide ⇒ quimioradioterapia neoadyuvante + cirugía

→ cáncer esófago - tto carcinoma epidermoide => T3/4a +/- N = QR + Cx

*al ppio pensabas que la correcta era la a x = carcinoma epidermoide tercio inferior = tumores con margen suficiente para esofagectomía en dos campos (operación Ivor-Lewis)



. Paciente varón de 66 años de edad, con antecedentes de consumo excesivo de tabaco y alcohol, es diagnosticado de carcinoma de células escamosas de tercio medio de esófago torácico. En el estudio de extensión presenta un tumor que infiltra hasta la capa submucosa (T1b) y no se evidencian metástasis a distancia. ¿Cuál considera la intervención quirúrgica más adecuada? (2022 mayo)

- Esofagectomía en dos tiempos tipo Ivor Lewis mínimamente invasiva (laparoscopia y toracoscopia) y anastomosis en ápex de tórax.
- Esofagectomía en dos tiempos tipo Ivor Lewis por vía abierta (laparotomía y toracotomía) y anastomosis en ápex de tórax.
- Esofagectomía en tres tiempos tipo McKeown con anastomosis cervical.
- Esofagectomía transhiatal con anastomosis cervical, operación de Orringer.

→ carcinoma epidermoide - tercio medio torácico => operación en tres tiempos = toracoscopia con movilización esófago + gastroplastia + anastomosis en el cuello.

→ cáncer esófago - tto enfermedad limitada:

- T1a (in situ) <3cm = resección endoscópica
- T1b + T3 = resección quirúrgica (esofagectomía) [importante! sin tto neoadyuvante previo]

→ tto Ca epidermoide - T2 = esofagectomía

→ cáncer esófago - tto → esofagectomía

- técnica Orringer = NO se usa
- técnica Ivor-Lewis = dos tiempos: abordaje abdominal (laparotomía) + torácico drch (toracotomía/toracoscopia) + anastomosis intratorácica alta
- técnica McKeown = triple abordaje x vía abdominal + torácica drch + cervical izq → indicada para tumores tercio proximal + medio-cranial

*correcta: c

. Señale la respuesta correcta en relación con la reconstrucción tras esofagectomía: (2023 mayo)

- La técnica de reconstrucción más rápida y sencilla es la gastroplastia.
- En todos los casos es mejor realizar la sustitución utilizando colon izquierdo porque tiene mejor vascularización.
- La reconstrucción con colgajo libre de yeyuno y anastomosis microvasculares es la técnica de elección porque el calibre del intestino delgado es similar al del esófago.
- La vía de ascenso de la plastia habitual es retroesternal.
- Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

→ reconstrucción esofágica = [after] esofagectomía (disecar alguna parte esófago)

- gastroplastia = técnica elección (más eficaz y segura)
 - coloplastia = Cx (+) larga-complicada (ventaja: colon más largo) => colon vascularización < estómago → prefiere colon izq
 - colgajo libre yeyuno = peor opción → [need] anastomosis microvasculares
- vías ascenso plastia

- mediastino posterior = ligar ideal x ser (+) corto-recto
- retroesternal = camino (+) largo
- subcutánea = poco habitual

*correcta: a

. Señale la respuesta correcta en relación a la cirugía del cáncer de esófago: (2022 mayo)

- a) Al realizar una esofagectomía, la técnica de reconstrucción más rápida y sencilla es la gastroplastia.
- b) Al realizar una esofagectomía, es mejor realizar la reconstrucción utilizando colon izquierdo porque tiene una mayor longitud para alcanzar el cuello en las anastomosis cervicales.
- c) Al realizar una esofagectomía, es mejor realizar la reconstrucción utilizando colon derecho porque tiene una mayor longitud para alcanzar el cuello en las anastomosis cervicales.
- d) La mejor técnica para reconstruir el esófago es el colgajo libre de yeyuno con anastomosis microvasculares.

*correcta: a

6. GASTRITIS

. Sobre el helicobacter pylori es cierto que: (2009 junio)

- a) Es el factor etiológico hasta en el 50% de las úlceras duodenales.
- b) La mitad de las personas infectadas por helicobacter pylori van a desarrollar ulcera péptica.
- c) Es un bacilo Gram Positivo.
- d) Tiene forma espiral y flagelos.
- e) Causa un tercio de los casos de gastritis crónica.

→ gastritis - x bacterias = Helicobacter pylori = causa (+) frec gastritis aguda/crónica (hasta 99%)

→ gastritis x Helicobacter Pylori = bacteria gram negativa espiral multiflagelada

*correcta: d

. En relación a la infección por Helicobacteri Pylori ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2017 junio)

- a) Por su especificidad de adhesión al epitelio gástrico, la afectación de otros segmentos del tubo digestivo es excepcional.
- b) La transmisión persona-persona es frecuente.
- c) La capacidad de colonización del epitelio gástrico es menor en cepa CagA negativas.
- d) Dentro de los métodos no invasivos para el diagnóstico de la infección por Helicobacter Pylori destaca el test rápido de la ureasa.
- e) Tanto el test de alimentación con ¹³C -urea como el test de antígenos en heces son adecuadas para comprobar la eficacia del tratamiento erradicador.

→ gastritis x Helicobacter

- solo puede producir gastritis (no esofagitis, colitis, ...) x especificidad adhesinas a epitelio gástrico

- transmisión fecal-oral

- factores virulencia - factores lesión tirulato = CagA / factores colonización = actividad ureasa + motilidad flagelar + factores adherencia

→ H.Pylori - Dx

- métodos directos (asociados endoscopia) = rápido ureasa + histología

- métodos indirectos (no invasivos) = test aliento urea marcada con C-13 + test antígenos H.Pylori en heces

→ test antígenos H.Pylori en heces = NO sirve para evaluar eficacia tto erradicador (a diferencia test aliento) xq paciente sigue eliminando Ag Helicobacter muerto x heces hasta 3 meses (12 semanas).

. En relación a la infección por Helicobacter pylori, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2015 junio)

- a) Como concepto, todos los sujetos con infección por Helicobacter pylori presentan una gastritis crónica.
- b) La vía de transmisión habitual de la infección es fecal-oral.
- c) Helicobacter pylori tiene especificidad de adhesión al epitelio gástrico.
- d) Dentro de los métodos invasivos para el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori destacan el test rápido de ureasa y el estudio histológico de biopsias de la mucosa gástrica.
- e) El antígeno CagA es el principal factor de colonización del germen.

→ gastritis x Helicobacter Pylori

- hay autores que establecen que podría haber Helicobacter que sean buenos para el huésped (esto me ha hecho pensar que la a era la falsa)

- mucha especificidad x epitelio mucosa gástrico xq tiene adhesinas específicas para el mismo

- solo puede producir gastritis (no se une a otros epitelios)

- transmisión fecal-oral

- factores virulencia - factores mediadores lesión tisular = antígeno asociado a citoxina (CagA)

- Helicobacter Pylori produce gastritis crónica siempre (he dejado de pensar un la a era falsa)

- Dx - métodos directos = test rápido actividad ureasa + histología (tinción Warthin-Starry/plata)

*correcta: e

. ¿Cuáles son los factores principales de virulencia del Helicobacter pylori? (2018 junio)

=> Motilidad flagelar, actividad ureasa, factores de adherencia, VacA, CagA (OipA, lipopolisacárido, heat-shock proteins)

. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de colonización de H Pylori? (2016 mayo)

- a) Motilidad flagelar
- b) Actividad ureasa.

- c) Factores de adherencia
- d) Antígeno asociado a la citotoxina CagA.
- e) Todos los anteriores se consideran factores de colonización.

→ H.Pylori - factores virulencia

- factores colonización = actividad ureasa + motilidades flagelar + factores adherencia
- factores lesión tisular = citoxina vacuolizante (VacA) + antígeno asociado a citoxina (CagA)

*cuidado que tu hubieses puesto en un principio la d, así que importante entender cuáles son los factores colonizadores (aquellos que permiten a la célula introducirse en la mucosa gástrica) y los factores que producen lesión tisular (los que hacen pupa a la mucosa)

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes no es un factor de virulencia de Helicobacter pylori? (2015 julio)

- a) Actividad flagelar.
- b) Antígeno CagA.
- c) Actividad ureasa.
- d) Factores de adherencia.
- e) Todos los anteriores son factores de virulencia.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes mecanismos de defensa de la mucosa gástrica se ve alterado por la presencia de infección por Helicobacter pylori? (2017 junio)

- a) Capa de moco y bicarbonato.
- b) Membrana celular apical.
- c) Uniones intercelulares.
- d) Todas las anteriores son correctas.
- e) Solo a y c son correctas.

→ H.Pylori - mecanismos defensa mucosa gástrica

- pre-epiteliales = barrera moco + bicarbonato (actividad fosfolipasa Helicobacter se la come)
- epiteliales = membrana apical celular + uniones intercelulares + bombas iones (CagA rompe uniones)
- post-epiteliales = irrigación sanguínea se lleva HCl- expulsado + aporta HCO₃⁻

*correcta: d

. Paciente de 62 años sin antecedentes clínicos de interés ni tratamientos farmacológicos, que acude a la consulta de Aparato Digestivo remitido por su médico de Atención Primaria por presentar dolor epigástrico de 3 semanas de evolución y anemia ferropénica: ¿Cuál de los siguientes métodos emplearía para el diagnóstico de la infección por Helicobacter pylori en este paciente? (2024 mayo)

- a) Test de aliento con 13C-urea.
- b) Test rápido de la ureasa.
- c) Serología.
- d) Cuantificación de antígenos de Helicobacter pylori en heces.
- e) Cualquiera de los métodos anteriores es adecuado en este paciente.

→ gastritis - dx = 1º ¿endoscopia si o no? → no dice nada de indicación de endoscopia = métodos indirectos => test de aliento de la urea / urea marcada con C-13 (mejor test para dx H.Pylori).

→ JAJA venga guapa que te las has dado e lista

Endoscopia digestiva alta - indicaciones => síntomas alarma = anemia ferropénica

Gastritis - dx - sí endoscopia => métodos directos = test rápido ureasa

*correcta: b

. Paciente de 34 años de edad con sintomatología de dolor epigástrico de meses de evolución. No síntomas ni signos de alarma. Se decide testar para H. pylori. ¿Qué métodos son de elección en este caso? (2018 junio)

=> Test de aliento con 13C-urea y test de antígenos de HP en heces.

→ NO síntomas/signos alarma = NO indicación endoscopia = métodos indirectos

→ úlcera péptica - Dx - métodos indirectos:

- gets aliento urea / urea marcada C-13 = mejor test dx H.Pylori
- detección antígenos Helicobacter pylori en heces = test muy sensible y específico

- serología = medición Ac-anti helicobacter = NO dx x baja especificidad

. A un paciente con antecedentes de alergia a la penicilina, le han diagnosticado una infección de la mucosa gástrica por *Helicobacter pylori*. ¿Qué tratamiento erradicador de los siguientes le prescribiría? (2024 mayo)

- a) Omeprazol 20 mg/12h + claritromicina 500 mg/12 h + amoxicilina 1 g/12 horas + metronidazol 500 mg/12 h. durante 14 días.
- b) Lansoprazol 30 mg/día + claritromicina 500 mg/12h + amoxicilina 1 g/8 h + metronidazol 500 mg/8 h. durante 14 días.
- c) Pantoprazol 40 mg/12 h + subcitrate de bismuto 120 mg/6 h + tetraciclina 500 mg/6h + metronidazol 500 mg/8 h durante 14 días.
- d) Esomeprazol 40 mg/12 h + levofloxacino 500 mg/12 h + amoxicilina 1 g/12 h + subcitrate de bismuto 240 mg/12 h. durante 14 días.
- e) Las pautas a y b son adecuadas.

→ ¡amigo mío! Alérgica a penicilina = NO amoxicilina

→ gastritis - tto => terapia cuádruple con bismuto = IBP 2/día + bismuto 120mg/6h + tetraciclina 500mg/6h + metronidazol 500mg/8h -> durante 14 días (*terapia simplificada con Pylera que contiene los 3 ATB).

*correcta: c

. En un área en la que la resistencia doble de *H. pylori* a claritromicina y metronidazol es del 12%, ¿cuál de los siguientes NO es un tratamiento erradicador adecuado para *Helicobacter pylori*? (2023 mayo)

- a) Omeprazol 20 mg/12h + claritromicina 500 mg/12 h + amoxicilina 1 g/12 horas + metronidazol 500 mg/12 h. durante 14 días.
- b) Lansoprazol 30 mg/día + claritromicina 500 mg/12h + amoxicilina 1g/8h + metronidazol 500mg/8 h durante 14 días.
- c) Pantoprazol 40 mg/12 h + subcitrate de bismuto 120 mg/6 h + tetraciclina 500mg/6 h + metronidazol 500 mg/8 h, durante 14 días.
- d) Esomeprazol 40 mg/12 h + levofloxacino 500 mg/12h + amoxicilina 1g/12 h + bismuto 240mg/ 12 h durante 14 días
- e) Las pautas a y b no son adecuadas en esa área.

→ resistencia dual C+M = baja <15% => terapia cuádruple con bismuto (IBP-BTM) / claritromicina (IBP-CAM)

→ terapia cuádruple con claritromicina = IBP + claritromicina 500mg + amoxicilina 1g + metronidazol 500mg -> 2 veces/día x 14 días.

→ terapia cuádruple con bismuto = bismuto 120mg/6h + tetraciclina 500mg/6h + metronidazol 500mg/8h + IBP 2 veces/día -> 14 días

→ terapia cuádruple con levofloxacino = IBP + levofloxacino 500mg + amoxicilina 1g + bismuto 240mg -> 2 veces al día x 14 días.

→ cosas importantes a la hora de enfocar esta pregunta:

1. Pregunta x tto NO erradicador
2. IBP = 1 cada 12h (= 2x día)
3. terapia IBP + CAM = todo casa 12h / 2 veces día

*correcta: b

. Paciente de 45 años, alérgica a la penicilina que tiene sangrados digestivos por úlcera péptica, se quiere testar *H. Pylori*. ¿cómo harías el diagnóstico? (2019 mayo)

=> En este caso, al estar indicada una biopsia, esta será la técnica de elección.

→ indicaciones endoscopia = hemorragia digestiva alta

→ *H. Pylori* - Dx = métodos directos asociados endoscopia = a rápido actividad ureasa + histología (abos con biopsia gástrica)

. ¿Qué tratamiento erradicador del *H. Pylori* usarías en el paciente anterior? (2019 mayo)

=> Cuádruple terapia con bismuto (IBP+metronidazol+bismuto+tetraciclina)

→ importante alergia penicilina = NO tto amoxicilina

→ *H. Pylori* - tto = terapia cuádruple con bismuto

7. GASTROPATÍAS

. Lista de AINEs para elegir cuál tiene más actividad anti-COX1: (2023 julio)

=> ketorolaco

-> AINEs (+) inhibición COX-1 (+gastrolesivos) = ketorolaco (el que más)

. ¿Cuál de los siguientes NO es criterio para realizar gastroprotección en un paciente al que se le va a prescribir tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideos (AINE)? (2024 mayo) (2023 julio)

- a) Edad superior a 65 años.
- b) Antecedentes de úlcera péptica gastroduodenal.
- c) Necesidad de altas dosis de AINE.
- d) Infección por *Helicobacter pylori*. *
- e) Tratamiento antiagregantes con ácido acetilsalicílico.

-> gastroprotección = se gastroprotegerá a pacientes con >1 FR para hemorragia digestiva / perforación

- AINE/AAS + >65a
- AINE/AAS + historia previa de úlcera péptica
- dosis altas AINEs
- asociación gastrolesivos = AINE + antiagregantes (AAS/clopidogrel), glucocorticoides, IRSS, anticoagulantes, AINE
- x2 antiagregación = aspirina + clopidogrel

. En cuál de las siguientes situaciones clínicas requiere un paciente gastroprotector con un inhibidor de la bomba de protones? (2023 mayo)

- a) Prescripción de un antiinflamatorio en un paciente de 48 años.
- b) Antiagregación con AAS + clopidogrel.
- c) Prescripción de prednisona en un paciente a tratamiento crónico con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.
- d) Prescripción de un ...

-> gastroprotección a:

- AINE (AAS) + >65a
- AINE + antiagregante (AAS +/- clopidogrel)
- AINE + corticoides / IRSS

*correcta: b

. Paciente al que se le prescribe tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo no selectivo. ¿Qué criterios indicarían la indicación de gastroprotección? (2018 junio)

=> Edad >65 años, altas dosis de AINE, historia de úlcera péptica, uso concomitante de antiagregantes (o doble antiagregación), SSRI, corticoides o anticoagulantes.

. De las siguientes situaciones clínicas ¿en cuál de las siguientes se debe realizar gastroprotección? (2017 junio)

- a) Paciente de 45 años que requiere antiagregación con AAS y clopidogrel.
- b) Paciente de 48 años con antecedentes de gastritis crónica que requiere tratamiento con corticoides a dosis plenas.
- c) Paciente de 52 años plurimedcado con AAS, atorvastatina, metformina, ansiolítico y antidepresivo tricíclico.
- d) Paciente de 72 años que requiere tratamiento anticoagulante.
- e) Todas las anteriores son correctas.

correcta: a ()

. ¿Cuál de los siguientes pacientes al que le tiene que prescribir un antiinflamatorio no esteroideo tiene indicación de gastroprotección con un IBP? (2016 mayo)

- a) Paciente de 59 años de edad a tratamiento con atorvastatina, enalapril y metformina.
- b) Paciente de 59 años de edad a tratamiento con atorvastatina, ácido acetil salicílico a dosis antiagregante y enalapril.
- c) Paciente de 59 años de edad a tratamiento con atorvastatina y paroxetina.
- d) Los pacientes a y b tienen indicación de gastroprotección.
- e) Los pacientes b y c tienen indicación de gastroprotección.

-> gastroprotección

- AINE + antiagregantes (AAS + clopidogrel)
- AINE + IRSS

→ Paroxetina = inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina

*correcta: e

. De las siguientes situaciones clínicas, ¿en cuál de ellas se debe realizar gastroprotección? (2015 junio)

- a) Paciente de 48 años con antecedentes de gastritis crónica y hernia de hiato que requiere tratamiento con un antiinflamatorio no esteroideo (AINE).
- b) Paciente de 52 años a tratamiento antiagregante con AAS que requiere tratamiento antibiótico.
- c) Paciente de 45 años que requiere antiagregación con AAS y clopidogrel.
- d) Paciente de 68 años a tratamiento con corticosteroides inhalados que requiere tratamiento anticoagulante.
- e) Paciente de 72 años que requiere tratamiento anticoagulante.

*correcta: a/c (creo)

. (...) patología osteoarticular. ¿Cuál es la actitud correcta? (2023 mayo)

- a) Evitar la prescripción del antiinflamatorio.
- b) Prescribir diclofenaco asociado a omeprazol 20 mg/día.
- c) Prescribir celecoxib.
- d) Prescribir celecoxib asociado a omeprazol 20 mg/día.
- e) Prescribir naproxeno asociado a omeprazol 20 mg/día.

→ suponemos que RCV alto pero RGI más alto = celecoxib + IBP

(Jugamos al adivina la pregunta)

*correcta: d

. Paciente 62 años, anticoagulado por FA paroxística, con antecedentes de hemorragia digestiva alta por toma de aines. Se le realizó tratamiento erradicador de H.pylori. Nuevamente necesita tratamiento con AINES, ¿cuál sería el mas adecuado? (2019 mayo)

=> Coxib + IBP.

→ historia úlcera péptica complicada = alto riesgo GI

→ alto riesgo = coxib + IBP

→ RCV alto + RGI alto => no posible evitar AINEs = coxib (RGI>) / naproxeno (RCV>) + IBP

. Paciente de 62 años de edad, anticoagulado por FA paroxística, con antecedentes de hemorragia digestiva alta secundaria a la toma de AINEs. En ese momento se realizó tratamiento erradicador de H. Pylori. Nuevamente precisa tratamiento con AINEs. ¿Qué tratamiento sería el más apropiado? (2018 junio)

=> Coxib + IBP

. Paciente mujer de 52 años de edad con sobrepeso, con antecedente de diez años antes de hemorragia digestiva por úlcera gástrica en relación a la toma de ibuprofeno, a tratamiento anticoagulante desde hace un año por fibrilación auricular, que acude a su medico de atención primaria por un problema inflamatorio osteoarticular agudo. De los siguiente, ¿qué tratamiento es el mas adecuado para este paciente? (2017 junio)

- a) Celecoxib.
- b) Celecoxib asociado a un inhibidor de la bomba de protones.
- c) Naproxeno asociado a un inhibidor de la bomba de protones.
- d) Diclofenaco.
- e) b y c son correctas.

*correcta: b

. Un paciente varón de 59 años de edad, con antecedentes de doble stent coronario y a tratamiento con doble antiagregación, requiere tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, ¿qué tratamiento seria mas adecuado? (2016 mayo)

- a) Celecoxib.
- b) Naproxeno.
- c) Ibuprofeno mas gastroproteccion con un IBP.
- d) Naproxeno mas gastroproteccion con un IBP.
- e) a y b son correctas.

→ estrategia gastroprotección - RCV alto (a tto AAS) = naproxeno + IBP

*correcta: d

. Paciente varón de 62 años de edad, con infarto agudo de miocardio dos años antes como único antecedente de interés, que acude a su médico de atención primaria por un problema inflamatorio osteoarticular agudo. De los siguientes, ¿qué tratamiento es el más adecuado para este paciente? (2015 julio)

- a) Celecoxib.
- b) Rofecoxib asociado a un inhibidor de la bomba de protones.
- c) Naproxeno asociado a un inhibidor de la bomba de protones.
- d) Ibuprofeno.
- e) Cualquiera de los tratamientos anteriores es adecuado para este paciente.

→ estrategia gastroprotección

- RCV moderado-alto + RGI bajo = naproxeno

- RCV alto + RGI bajo = naproxeno + IBP

*correcto: c

8. CX COMPLICACIONES ÚLCERA PÉPTICA

. En la hemorragia por úlcera péptica gastroduodenal, señale cuál de los siguientes criterios NO se considera indicativo de requerir cirugía urgente o urgente diferida: (2024 mayo)

- a) Transfusión de 8 concentrados de hematies en las primeras 24 horas.
- b) Shock al ingreso.
- c) Úlcera duodenal de cara anterior.
- d) Recidiva hemorrágica en las primeras 48 horas tras hemostasia endoscópica.
- e) Forrest Ia o IIa.

→ hemorragia - criterios Cx urgente

- 1. >65a (toleran peor alteraciones hemodinámicas)
- 2. shock al ingreso
- 3. úlcera >2cm
- 4. úlceras alto riesgo = Forrest Ia/IIa (x alto riesgo resangrado)
- 5. úlcera duodenal cara posterior (afecta páncreas = arteria gastroduodenal = difícil endoscopia)
- 6. transfusión >6 concentrados hematies durante primeras 24h
- 7. recidiva hemorragia tras terapia endoscópica efectiva <48h

*correcta: c

. Complicación más frecuente úlcera péptica: (2023 julio)

⇒ Hemorragia de la úlcera.

. En la hemorragia por úlcera péptica gastroduodenal, señale cuál de los siguientes criterios NO se considera indicativo de requerir cirugía urgente o urgente diferida: (2023 mayo)

- a) Transfusión de más de 6 concentrado de hematies en las primeras 24 horas.
- b) Tamaño de la úlcera mayor de 2 cm.
- c) Úlcera duodenal de cara posterior.
- d) Recidiva hemorrágica en las primeras 48 horas tras hemostasia endoscópica.
- e) Forrest IIc o III.

→ ¡Cuidado que no la veáis! Forrest IIc/III = bajo riesgo ⇒ Forrest Ia/Ib/II = alt riesgo (resangrado) = indicación Cx urgente diferida

*correcta: e

. En la perforación por ulcus gastroduodenal, señala la respuesta falsa: (2023 junio)

- a) Las úlceras gástricas y el retraso en la cirugía más de 12 horas condicionan un peor pronóstico.
- b) Un alto índice de sospecha basado en la clínica, la exploración física y la radiología simple permiten diagnosticar a la mayor parte de los pacientes.
- c) La perforación duodenal se asocia a una neoplasia subyacente en un porcentaje elevado de los casos por lo que se debe realizar siempre biopsia intraoperatoria.
- d) Actualmente, el tratamiento quirúrgico de la perforación duodenal consiste en la sutura de la perforación y lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal.
- e) La complejidad de una perforación a nivel de estómago puede condicionar la necesidad de una gastrectomía.

→ complicaciones úlcera péptica - perforaciones

- factores pronósticos = retraso dx/qx >12h (cada hora retraso aumenta morbimortalidad)
- clínica = se deben conocer manifestaciones perforación x úlcera péptica para establecer un nivel de sospecha que permita dx lo antes posible
- dx = clínica + EF + Rx simple (neumoperitoneo) = dx 85% pacientes (cuando hay duda → TAC)
- tto = Cx = suturar úlcera + lavada o exhaustivo (de toda la cavidad peritoneal)
- perforación gástrica
 - asociación maligna 4-14% → biopsia para descartar adenocarcinoma subyacente
 - complejidad depende: localización + características úlcera ⇒ condiciona tipo reparación → si no se puede hacer sutura = optar x gastrectomía

*correcta: c

9. TUMORES ESTÓMAGO

. En relación con los tumores del estroma gastrointestinal (GIST), señale la respuesta incorrecta: (2024 mayo)

- a) La localización más frecuente es en el estómago.
- b) Todos los GIST tienen un comportamiento maligno.
- c) Raramente se diseminan por vía linfática.
- d) Está indicada la resección quirúrgica en los tumores mayores de 2 cm o que aumentan de tamaño durante el seguimiento.
- e) Todas las anteriores son correctas.

→ GIST

- localización (+) frec = estómago
- potencial maligno variable = 20% metas
- metas = casi nunca linfáticas (cuidado no liarse que los cáncer de estómago la diseminación ppl es linfática)
- tto - resección Qx = >2cm + síntomas + crecimiento durante seguimiento

*correcta: b

. Localización más frecuente del GIST: (2023 julio)

=> Estómago.

. Señale la respuesta falsa en relación con los tumores neuroendocrinos del estómago (NET): (2023 mayo)

- a) El potencial maligno se relaciona con la tasa de proliferación y el índice Ki67.
- b) Los NET tipo I son los más frecuentes y se asocian a la gastritis crónica autoinmune.
- c) Los NET tipo II son frecuentes en pacientes con Síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1.
- d) En los NET tipo III hay hipergastrinemia con cifras de gastrina muy elevadas generalmente >1000 pg/ml.
- e) En los NET tipo I, el tratamiento suele ser endoscópico.

→ NET

- I = (+)frec (st mujeres) + gastritis crónica autoinmune + aclorhidia + hiperplasia células G + aumento gastrina + pequeños-múltiples + benignos
- II = poco frec + asociados a gastrinoma (sd Z-E) + hipergastrinemia + úlceras duodenales múltiples + frecuente en paciente MEN1
- III = NO asociados a hipergastrinemia + hombres + potencial maligno (50% metástasis)

→ NET I - tto:

- <1cm = resección endoscópica / vigilancia anual
- >1cm = resección endoscópica
- Cx = >2cm + infiltra muscular + invasión linfovascular + G2-G3 + >6lesiones (4 >1cm)

*correcta: d

9. ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

. Señale la respuesta falsa en relación con el plan diagnóstico-terapéutico del adenocarcinoma gástrico: (024 mayo)

- a) El diagnóstico se fundamenta en la endoscopia con toma de biopsias.
- b) La ecoendoscopia permite evaluar la extensión en profundidad del tumor, la presencia y biopsia de adenopatías regionales y evaluar la extensión proximal y distal del tumor en el estómago.
- c) Está indicada la laparoscopia exploradora antes de la neoadyuvancia en tumores T3-4 o con ganglios positivos.
- d) La gastrectomía con linfadenectomía de los ganglios regionales perigástricos es un pilar fundamental del tratamiento en pacientes sin metástasis a distancia.
- e) Todas las respuestas son correctas.

→ adenocarcinoma

- Dx = sospecha cáncer gástrico 1º endoscopia disyuntiva (localización + tamaño) → 2º biopsia (clasificación histológica + molecular = tto)

- estadificación

• TC = meta a distancia + ascitis + resecabilidad (infiltración tumor estructuras próximas y ganglios regionales)

• ecoendoscopia = valorar profundidad + afectación ganglionar

• laparoscopia + lavado peritoneal = indicada: tumor >T1 (>submucosa) / sospecha adenopatías positivas → cuando se vaya a indicar neoadyuvancia (xq debemos asegurar NO carcinomatosis peritoneal antes Cx curativa)

- tto = gastrectomía + linfadenectomía

*correcta: e

*yo al principio dije b porque no consideraba que la eco pudiese ver la extensión a distancia, ¿qué dicen ustedes?

. Afirmaciones acerca del adenocarcinoma gástrico (genética, tipos histológicos): (2023 julio)

→ Adenocarcinoma gástrico - 10% neoplasias hereditarias = cáncer gástrico hereditario difuso (mutación gen cadherina E)

→ adenocarcinoma gástrico - subtipos histológicos

- intestinal = varones >a + metas hematógenas (hígado)

- difuso = mujeres jóvenes + (+) agresivo + componente hereditario (agregación familiar) + (+) tendencia diseminación peritoneal + peor pronóstico

- indeterminado

. Señala la respuesta correcta en relación con los tumores malignos del estómago: (2023 mayo)

a) Los adenocarcinomas representan en torno al 60% de los tumores malignos del estómago.

b) Aproximadamente un 30% de los casos tienen un componente hereditario.

c) En pacientes jóvenes, mujeres y familias con componente de agregación familiar el tipo histológico más frecuente es el intestinal.

d) Los tumores genómicamente estables, según la clasificación molecular, se benefician del tratamiento con inmunoterapia.

e) La laparoscopia exploradora (con lavado peritoneal para realizar citología del líquido) es útil en tumores que presentan ganglios infiltrados en el estudio de extensión, cuando se plantea realizar neoadyuvancia con la finalidad de descartar carcinomatosis peritoneal.

→ tumores gástricos - malignos = adenocarcinomas (90%)

→ adenocarcinoma gástrico ⇒ 10% = componente hereditario

→ adenocarcinoma gástrico - clasificación molecular (TCGA):

- tumores relacionados con virus Epstein-Barr (EBV)

- tumores con inestabilidad microsatélites (MS)

- tumores genómicamente estables (GE)

- tumores cromosómicamente inestables (CIN)

⇒ EBV + MS = responden inmunoterapia → NO: GE + CIN

→ adenocarcinoma - estadificación = TC + ECO +:

- laparoscopia + lavado peritoneal = indicada: tumor >T1 (>submucosa) / sospecha adenopatías positivas → cuando se vaya a indicar neoadyuvancia (xq debemos asegurar NO carcinomatosis peritoneal antes Cx curativa)

*correcta: e

10. SÍNDROMES DE MALABSORCIÓN

. Paciente de 58 años de edad que es derivado al especialista desde atención primaria por presentar anemia con déficit de hierro y déficit de vitamina B12, con buena respuesta al tratamiento oral sustitutivo oral de ambos. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica? (2018 junio)

=> (Pan)gastritis crónica atrófica con hipo-aclorhidria.

-> malabsorción gástrica => se produce en situaciones hipo/aclorhidria = gastritis crónica atrófica (típico) = NO pH ácido:

- pepsinógeno NO = pepsina => NO = digestión proteica / liberación B12-proteína = malabsorción B12
- hierro férrico (Fe^{3+}) NO= ferroso (Fe^{2+}) = malabsorción hierro = ferropenia = anemia ferropénica
- pacientes clínica = malabsorción B12 + malabsorción Fe + sobrecrecimiento bacteriano

-> malabsorción gástrica = déficit B12 y Fe -> tto = Fe vo(iv) + B12 vo(im) + erradicación H.Pylori

. Paciente diagnosticado de enfermedad de Crohn, con antecedentes de resección de íleon terminal. Acude a la consulta refiriendo diarrea con heces de consistencia Bristol 7 de 3 meses de evolución. No refiere fiebre, dolor abdominal, distensión abdominal, flatulencia o sangre en las heces. No pérdida de peso. La analítica estándar muestra hipomagnesemia y déficit de vitamina D como únicos hallazgos patológicos. Hemoglobina, leucocitos, ferritina, albúmina, PCR y calprotectina fecal normales. Test de sangre oculta en heces negativo. ¿Cuál es la causa más probable del cuadro clínico? (2023 mayo)

- a) Brote de enfermedad de Crohn.
- b) Malabsorción de sales biliares.
- c) Malabsorción intestinal.
- d) Cáncer de colon.

-> déficit sales biliares x déficit absorción = enfermedad íleon terminal (Crohn) -> como no se reabsorben se cagan y como se cagan hay que aumentar la síntesis de las mismas (problema x2)

- cursa con maladigestión/malabsorción = grasas + vitaminas liposolubles + Ca^{2+} + Mg^{2+} => hipomagnesemia + déficit vitD
- clínica déficit sales biliares = esteatorrea (grasa + caca) = heces voluminosas-pastosas (bristol6) [el principio pusiste esto pero esta es la clínica de los casos en los que las sales biliares NO llegan siquiera al intestino como el defecto de síntesis hepático y el déficit de secreción por obstrucción biliar] *
- clínica malabsorción sales biliares = diarrea acuosa (sales biliares en colon efecto secretagogo = atraen grandes cantidades agua) = heces acuosas + abrasivas (xq sales biliares son ácidos que queman el culo)

*correcto: b

. Paciente con antecedentes de resección ileal que acude a consulta por diarrea crónica, caracterizada por varias deposiciones acuosas al día, sin distensión abdominal ni flatulencia. Analíticamente destaca la presencia de una concentración sérica de magnesio en el límite bajo de la normalidad y déficit de vitaminas A, D y E. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2018 junio)

=> Malabsorción de sales biliares.

-> déficit sales biliares x déficit absorción = resección íleon terminal

- clínica malabsorción = diarrea acuosa

-> déficit sales biliares = maladigestión/malabsorción: grasas + vitaminas liposolubles (A/D/E) + Ca^{2+} + Mg^{2+}

. ¿Qué tratamiento se debe pautar en el paciente anterior? (2018 junio)

=> Resincolestiramina 4g/6-8h

-> malabsorción sales biliares - tto

- etiológico = tratar enfermedad base si hablamos de Crohn o enteritis
- sintomático => quelantes sales biliares = resincolestiramina (sobre vía oral 4g cada 6-8h => ¡importante! Hablamos de secuestradores de sales biliares, por lo que este tratamiento sirve para la malabsorción de sales biliares x déficit de reabsorción (en los otros casos las sales biliares ni siquiera llegan al colon y si llegan son inactivadas por lo que se secuestrarlas no es solución alguna).

. ¿Cuál de las siguientes NO es causa habitual de insuficiencia pancreática exocrina? (2023 mayo)

- a) Pancreatitis crónica.
- b) Pancreatitis aguda.
- c) Duodenopancreatectomía cefálica.
- d) Cáncer de páncreas.
- e) Todas las anteriores se asocian frecuentemente a insuficiencia pancreática exocrina.

→ insuficiencia pancreática exocrina => habitual en cualquier enfermedad pancreática (pancreatitis aguda, pancreatitis crónica, fibrosis quística, cáncer páncreas) - todas las enfermedades pancreáticas cursan con una disminución de enzimas (la insuficiencia, además, impide correcta digestión).

*correcta: e

. ¿Qué prueba de las siguientes permite evaluar la función pancreática exocrina? (2024 mayo)

- a) Test pancreática del hidrógeno.
- b) Cuantificación de elastasa en muestra aislada de heces.
- c) Test de aliento de ^{13}C -urea.
- d) Análisis de alimentos no digeridos en heces.
- e) Cuantificación de grasa en muestra aislada de heces.

→ cuidado que te has ido a por el test de aliento ^{13}C -urea => mejor test dx H.Pylori

→ insuficiencia pancreática exocrina - dx:

- cuantificación grasa fecal = no se usa en práctica clínica
- test elastasa fecal = (+) usado -> valora función pancreática = Anormal si $<200\text{ug/g}$ -> método screening [before] pruebas imagen

*elastasa = proteasa pancreática que no se degrada x su paso intestino (excelente marcador)

*. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con el sobrecrecimiento bacteriano intestinal? (2024 mayo)

- a) Es una causa frecuente de hinchazón abdominal.
- b) Es una causa frecuente de intolerancia alimentaria.
- c) Es una causa frecuente de diarrea crónica.
- d) Su diagnóstico debe limitarse a pacientes con sospecha de alteración mayor de la motilidad intestinal.
- e) a, b y c son correctas.

* El síndrome de excesiva proliferación bacteriana en el intestino delgado, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa: (2017 junio)

- a) En el análisis de sangre suele haber una concentración elevada de cobalamina y disminuida de ácido fólico.
- b) Una causa es la extirpación de la válvula ileocecal.
- c) La creación de un Asa Ciega quirúrgica puede producir este síndrome.
- d) El déficit de IgA puede ser una causa de este síndrome.
- e) El tratamiento con antibióticos mejora el cuadro clínico.

*correcta: a

*. Un paciente tiene en el análisis de sangre una disminución de cobalamina y un aumento de folato. La grasa fecal es de 12 gr / 100 gr de heces. ¿Cuál de los siguientes procesos es más probable? (2014 mayo)

- a) Enfermedad celiaca.
- b) Anemia perniciosa.
- c) Enfermedad de Whipple.
- d) Síndrome de excesiva proliferación bacteriana en intestino delgado.
- e) Insuficiencia pancreática exocrina

11. ENFERMEDAD CELIACA

. Los linfocitos Intra Epiteliales (L.I.E.): (2015 julio)

- a) Influyen en la patogenia de la acalasia.
- b) Indican la posibilidad de tratar una hepatitis C con interferón y ribavirina.
- c) En la enfermedad de Crohn indican actividad inflamatoria.
- d) Tienen importancia en el diagnóstico de la enfermedad celiaca.
- e) Son positivos en las esofagitis candidiásicas.

→ enfermedad celíaca - histología (biopsia) = infiltrado inflamatorio crónico: linfocitos + células plasmáticas (en lámina propia) ⇒ característica linfocitosis intraepitelial CD3+ (detectable x IHQ).

*correcta: d

. Un paciente tiene unos anticuerpos antitransglutaminasa positivos y en la biopsia duodenal se encuentra una marcada disminución de la altura de las vellosidades intestinales, con aumento de tamaño de las criptas, ¿cuál de los siguientes diagnósticos es más probable? (2017 junio)

- a) Enfermedad de Crohn.
- b) Enteritis eosinofílica.
- c) Enfermedad de Whipple.
- d) Síndrome de asa Ciega.
- e) Enteropatía inducida por el gluten.

→ enfermedad celíaca

- biopsia - histología ⇒ tríada: hipertrofia criptas + atrofia vellositaria + linfocitosis intraepitelial

- Dx serológico = Ac IgA anti-transglutaminasa tisular

*correcta: e

. Una enfermedad celiaca latente se define como: (2024 mayo)

- a) Anticuerpos antitransglutaminasa positivos + HLA-DQ2/DQ8 positivo + mucosa intestinal normal en un sujeto asintomático.
- b) Anticuerpos antitransglutaminasa positivos + atrofia vellositaria intestinal en un sujeto asintomático.
- c) Anticuerpos antitransglutaminasa negativos en un sujeto con atrofia vellositaria intestinal.
- d) Síntomas y signos asociados a la ingesta de gluten en un sujeto sin diagnóstico previo de enfermedad celiaca.
- e) Anticuerpos antitransglutaminasa negativos en un paciente con síntomas y signos no típicos de enfermedad celiaca.

→ enfermedad celíaca - definiciones

- típica = serología (+) + histología (+) + síntomas típicos malabsorción

- atípica = serología (+) + histología (+) + síntomas atípicos

- asintomática/silente = serología (+) + histología (+) + asintomática

- latente = serología (+) + histología (-) + asintomática + estudio genético (+)

*correcta: a

. Una enfermedad celiaca latente se define como: (2023 mayo)

- a) Anticuerpos antitransglutaminasa positivos + DQ2-DQ8 positivos en un sujeto asintomático sin atrofia vellositaria intestinal.
- b) Anticuerpos antitransglutaminasa positivos + atrofia vellositaria intestinal en un paciente con diarrea crónica y malnutrición.
- c) Anticuerpos antitransglutaminasa positivos + atrofia vellositaria intestinal en un sujeto asintomático.
- d) Síntomas y signos asociados a la ingesta de gluten en un sujeto sin diagnóstico previo de enfermedad celíaca.
- e) Anticuerpos antitransglutaminasa positivos + atrofia vellositaria intestinal en un paciente con síntomas y signos no típicos de enfermedad celíaca.

→ enfermedad celiaca latente = serología (+) + estudio genético (+) + asintomático + histología normal

*correcta: a

. ¿Cuál es la estrategia adecuada en un paciente con sospecha clínica de enfermedad celíaca que presenta anticuerpos antitransglutaminasa positivos y ausencia de atrofia vellositaria en las biopsias duodenales? (2024 mayo)

- a) Se deben repetir las biopsias duodenales.
- b) Se puede establecer el diagnóstico de enfermedad celíaca.
- c) Se debe repetir el estudio de anticuerpos antitransglutaminasa.

d) Se debe buscar otra causa de los síntomas.

e) Ninguna de las anteriores es correcta.

→ enfermedad celíaca = serología positiva + histología negativa ⇒ repetir biopsia

*correcta: a

.Cuál es la actitud adecuada en un paciente con sospecha clínica de enfermedad celíaca, en el que los anticuerpos antitransglutaminasa son positivos y las biopsias duodenales no muestran alteraciones relevantes? (2023 mayo)

a) Se debe repetir la endoscopia digestiva alta con toma de nuevas biopsias duodenales.

b) Con esos datos, se puede establecer el diagnóstico de enfermedad celíaca y recomendar dieta sin gluten.

c) Se deben descartar otras enfermedades de intestino delgado.

d) El paciente tiene una enfermedad celíaca silente y, por tanto, no tiene tratamiento.

e) Se debe realizar estudio genético DQ2 -DQ8.

*correcta: a

*visto los visto cualquier pregunta de enfermedad celíaca la respuesta es la a.

. En el diagnóstico de la enfermedad celíaca señalar cual de las siguientes afirmaciones es falsa. (2015 junio)

a) En los pacientes adultos los anticuerpos más importantes para el diagnóstico son Anti-endomisio y Anti-reticulina.

b) En un paciente diagnosticado hace años de enfermedad celíaca el hallazgo de anticuerpos Anti-endomisio negativos indica que está haciendo correctamente la dieta sin gluten.

c) Los familiares de los pacientes con enfermedad celíaca que tengan anticuerpos Anti-endomisio positivos no tienen necesariamente que padecer celíaca.

d) La biopsia característica muestra unas vellosidades alargadas y unas criptas atróficas.

e) La prueba de la xilosa es anormal.

. En el diagnóstico de la enfermedad celíaca señalar cual de las siguientes afirmaciones es falsa. (2015 junio)

a) En los pacientes adultos los anticuerpos más importantes para el diagnóstico son Anti-endomisio y Anti-reticulina.

→ enfermedad celíaca - Dx serológico = en adultos se mide Ac IgA anti-tTG (transglutaminasa tisular)

*dice lo de adultos y niños porque los Ac IgA anti-EMA (endomisio) se usan en niños <2a, ya que son muy sensibles y específicos y así evitamos endoscopia.

*es una pregunta de hace tiempo, los Ac anti-EMA si se usan en dx cuando hay duda o cuándo son niños <2a, pero los anti-reticulínicos están obsoletos.

b) En un paciente diagnosticado hace años de enfermedad celíaca el hallazgo de anticuerpos Anti-endomisio negativos indica que está haciendo correctamente la dieta sin gluten.

→ Ac se negativizan 3-12 meses [after] dieta sin gluten

c) Los familiares de los pacientes con enfermedad celíaca que tengan anticuerpos Anti-endomisio positivos no tienen necesariamente que padecer celíaca.

→ pueden tener serología(+) pero que la enfermedad esté silente [histo(+) + síntomas(-)] / latente [histo(-) + síntomas(-)]

d) La biopsia característica muestra unas vellosidades alargadas y unas criptas atróficas.

→ enfermedad celíaca - histología - triada clásica = hipertrofia criptas + atrofia vellositaria + linfocitosis intraepitelial

e) La prueba de la xilosa es anormal.

→ D-xilosa mide absorción en intestino proximal (donde hay afectación en celiaquía) → puede estar alterada si hay daño severo de la mucosa [no visto este año]

*correcta: b + d

. ¿Qué define la presencia de una enfermedad celíaca refractaria a la dieta estricta sin gluten? (2018 junio)

⇒ Atrofia vellositaria intestinal grave y sintomática que no responde a 6-12 meses de la dieta estricta sin gluten y no explicada por otras enfermedades.

→ enfermedad celíaca refractaria a la dieta sin gluten = atrofia vellositaria grave + sintomática → NO responde a 6-12 meses de dieta estricta sin gluten + NO explicada x otras enfermedades (intolerancia disacáridos/lactosa + SII + sobrecrecimiento bacteriano + alergias + intolerancias alimentarias + insuficiencia pancreática exocrina + ...)

. ¿Cuál de los siguientes alimentos está contraindicado en un paciente con enfermedad celíaca? (2017 junio)

a) La carne de ternera.

b) El tomate crudo.

- c) La cerveza.
 - d) La zanahoria.
 - e) El huevo de gallina.
- fuentes gluten = cebada
- *correcta: c

. Caso de paciente que refería que llevaba un tiempo comiendo con dieta sin gluten, la clínica gástrica mejoró, con genética negativa. Indicar cual era la sospecha clínica, el diagnóstico y dos entidades con las que hacer el Dx diferencial: (2019 mayo)

=> Sospecha de enfermedad celíaca.

=> Para el Dx hay que hacer un test de provocación puesto que los ac se negativizan a los 3-12 meses de la no ingesta de gluten y las lesiones pueden desaparecer. Después de hacerla, sí se pueden llevar a cabo las pruebas dx (serología de Ac anti-TGT y biopsia)

=> Diagnóstico diferencial con malabsorción de carbohidratos y sensibilidad al gluten no celíaca.

→ esto era lo que ponía en el Recopilatorio pero yo no estoy de acuerdo con el dx, pues:

- pacientes dejan gluten → hacer estudio genético = HLA-DQ2/8 (-) = NO celiaco ñ
- estudio genético = NO dx / Sí descarta

12. GASTROENTERITIS Y ENTEROCOLITIS. DIARREA INFECCIOSA

. ¿Cuál es la principal causa de diarrea crónica de origen oscuro en mayores de 50 en nuestro medio? (2024 mayo)

- a) Colitis microscópica.
- b) Enfermedad de Crohn.
- c) Medicamentosa.
- d) Abuso de laxantes.
- e) Tuberculosis intestinal.

→ diarrea crónica de origen oscuro (no conoce causa) - causas:

1º fármacos

2º abuso laxantes (st mujeres mayores)

3º colitis microscópica (normalidad colonoscópica + alteraciones histológicas)

*correcta: c

. ¿Cuál es el microorganismo más común causante de la diarrea del viajero a nivel mundial? (2024 mayo)

- a) Campylobacter jejuni.
- b) Giardia lamblia.
- c) Rotavirus.
- d) Salmonella sp.
- e) Escherichia coli. *

→ diarrea del viajero - microorganismo (+) frec productor cuadro = E.Coli enterotoxigénica.

*(apuntes clase) NO provocará x organismos específico lperol (+) típico E.Coli enterotoxigeno (aunque son muchas las bacterias que pueden desencadenarlo.

*correcta: e

. Agente etiológico principal de la diarrea del viajero: (2023 julio)

=> E. Coli

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en la diarrea del viajero? (2023 mayo)

- a) Metronidazol.
- b) Loperamida.
- c) Albendazol.
- d) Sueroterapia.
- e) Ciprofloxacino

*correcta: e

. Agente etiológico de una diarrea con moco y sangre: (2023 julio)

=> Shigella.

→ infecciones bacterias enteropáticas:

- Campylobacter jejuni = (+)frec diarrea países desarrollados → tto: azitromizina

- Shigella spp = diarrea aguda sangre-moco → tto: ciprofloxacino

- Tuberculosis intestinal = suelen localizarse en íleon y ciego → DD e.Crohn

. ¿Cuál de las siguientes entero-colitis NO pertenece al grupo de las entero-colitis específicas? (2024 mayo)

- a) Colitis isquémica.
- b) Colitis ulcerosa. *
- c) Colitis infecciosa.
- d) Colitis medicamentosa.
- e) Colitis por irradiación.

→ enterocolitis específica - causas = infecciones x Salmonella/Shigella + isquémicas + fármacos/AINEs + lesión física/entero-colitis x irradiación/traumáticas.

→ enterocolitis inespecífica (/ enfermedad inflamatoria crónica intestinal) = enfermedad Crohn + colitis ulcerosa + colitis indeterminada

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes entero-colitis pertenece al grupo de las entero-colitis inespecíficas? (2023 mayo)

- a) Colitis isquémica.
 - b) Colitis ulcerosa.
 - c) Colitis infecciosa.
 - d) Colitis medicamentosa.
 - e) Ninguna de las mencionadas.
- *correcta: b

[Cosas que dijo en clase que entraban en el examen]

→ diarrea:

- ppl causa diarrea crónica = fármacos
 - Dx = hemograma siempre + análisis heces - marcadores dx = calprotectina (marcador enfermedad inflamatoria)
 - DD = signos/alteraciones analíticas organicidad:
 - sangre en heces
 - fiebre
 - pérdida reciente de peso (ausencia sd depresivo)
 - diarrea nocturna
 - persistencia tras desayuno
 - EF: masas / metálicas / adenopatías
 - anemia
 - >VSG/PCR
 - diarrea crónica origen oscuro = no se conoce causa => 1º fármacos / 2º laxantes (mujeres mayores) / 3º colitis microscópica
 - situaciones clínicas + epidemiológicas = origen microbiano:
 - ileitis aguda = Salmonella + Shigella + Yersinia
 - inmunodeprimidos = cryptosporidium
 - diarrea del viajero = E.Coli enterotoxigénica (+frec aunque NO provocada x organismos específicos) → tto: ciprofloxacino
- *caso clínico persona viaja Asia/África/América central o Sur y empieza con diarrea acuosa, ¿qué le damos? Ciprofloxacino

→ diarrea = infecciones x bacterias enteropatógenas:

- Vibrio Cholerae = (E) cólera = epidémico países vías desarrollo → transmisión x agua contaminada
- *esta no la va a preguntar pero la entender contexto siguiente
- Campylobacter Jejuni = causa (+)frec países desarrollados → tto: azitromicina (aunque no tto específico)
- E. Coli = diarrea del viajero
- Shigella spp = diarrea aguda con: sangre + moco → tto: ciprofloxacino
- Tuberculosis intestinal = prácticamente no la vemos en nuestro medio - (+)frec en sudeste Asia → localiza: íleon + ciego = dx diferencial con enfermedad Crohn
- Clostridioides Difficile
- paciente ingresado recibe ATB dañan flora intestinal (tb otras causas) = empieza diarrea (leve-moderada) = colitis pseudo membranosa
- factores riesgo = >65a + hospitalizado + inmunodeprimidos + infección previa + EII
- tto => 1 episodio leve = Vancomicina → recidiva/factores riesgo recurrencia = fidaxomicina

→ diarrea = infecciones intestinales x parásitos

- Giardia Lamblia = (+) frec mundo → (>) riesgo en inmunodeprimidos
- Entamoeba histológica = abscesos/quistes hepáticos
- tto = metronidazol

→ diarreas - tto

- bacterias = ciprofloxacino
- parásitos = metronidazol

*te acuerdas x orden alfabético

→ EII = enfermedad inflamatoria intestinal

- enterocolitis específicas = etiología conocida + comportamiento benigno + tto específico
 - infecciones
 - isquémicas
- fármacos (medicamentosas)
- irradiación
- enterocolitis inespecífica = etiología desconocida + tto NO específico + pronóstico condicionado x cronicidad
- (>) = colitis ulcerosa + Crohn

- Colitis ulcerosa (EII inespecífica) => Idiarrea con sangre (muco-sanguinolenta)!
- extensión => recto -> colon (limitada -> nunca afecta ID)
- afectación => continua (sin áreas sanas)
- visión endoscópica => simétrica (afecta toda mucosa)
- capas tubo digestivo afectadas => mucosa
- Enfermedad Crohn (EII inespecífica) => Úlceras! = dolor abdominal + diarrea crónica
- extensión => boca -> ano => st valcula ileocecal (IG)
- afectación => discontinua / segmentaria
- visión endoscópica => asimétrica
- capas afectadas => transmural (= fisuras/fístulas/abscesos)

→ EII

- epidemiología = 10% población
- etiopatogenia = no se sabe
- Gen = poligenética -> 1er gen relación con EII
- factores inmunológicos = factor necrosis tumoral - sobreproducción => tto = fármacos anti-TNFalfa
- tabaco
- Crohn fumar x2-4 riesgo -> recomienda dejar de fumar = (-) riesgo brotes + Cx
- colitis ulcerosa = tabaco efectos beneficiosos

. ¿Cual de las siguientes afirmaciones es cierta sobre la etiopatogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal? (2016 mayo)

- El tabaco puede resultar beneficioso en algunos pacientes con enfermedad de Crohn.
- La colitis ulcerosa es mas común entre las mujeres que entre los hombres.
- La dieta con alto contenido proteico no ha demostrado ser un factor de riesgo para padecer enfermedad de Crohn.
- La presencia de mutaciones en el gen NOD2 aumenta el riesgo de padecer colitis ulcerosa.
- Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal suelen tener menos anti-TNF en su mucosa que la población normal.

→ EII

- 1er gen relaciona con EII = gen IBD1 (NOD2/CARD15)
- sobreproducción factor necrosis tumoral alfa humana (TNFalfa)
- tabaco = >riesgo Crohn + <riesgo colitis ulcerosa

*colitis ulcerosa = no predominio x sexo

*Crohn = no relacionada con dieta altas proteínas (si alta en grasas + baja fibra) + asociada mutación gen NOD2 (CARD15)

13. TRASTORNOS MOTILIDAD INTESTINO DELGADO Y COLON

. (...) identifique lesión obstructiva intestinal? (2023 mayo)

- a) Suboclusión intestinal.
- b) Dismotilidad intestinal.
- c) Sobrecrecimiento bacteriano intestinal.
- d) Síndrome de intestino irritable.
- e) Pseudo-obstrucción intestinal.

→ tipos alteraciones motoras (intestinales)

- pseudopnstrucción intestinal = [dif obstrucción-suboclusión que son mecanicas] funcional → sujeto con clínica obstructiva (dolor + vómitos + distensión abdominal) y dilatación asas ID - NO hay nada que ocluya luz intestinal.

. ¿Cuál de las siguientes pruebas permite la evaluación del tiempo de tránsito orocecal? (2024 mayo)

- a) Prueba de D-xilosa.
- b) Prueba de aliento con ácido C-octanoico.
- c) Prueba de aliento del hidrógeno con glucosa.
- d) 75SeHCAT test.
- e) Prueba de aliento del hidrógeno con lactulosa.

→ sd malabsorción - déficit sales biliares - Dx:

- respuesta clínica tto empírico (con quelantes sales biliares)

- 75SeHCAT = método elección dx malabsorción

→ sd malabsorción - maladigestión intestinal - deficit disacaridasas - Dx = test de aliento de hidrógeno

→ motilidad intestinal - alteraciones motoras mayores - Dx

- test aliento lactulosa = evalúa velocidad tránsito intestinal (orocecal) → mide cantidad tiempo dese ingiere solución lactulosa hasta que llega al ciego, que se detecta x producción hidrógeno.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes fármacos es capaz de inducir una fase III del complejo motor migratorio intestinal? (2024 mayo)

- a) Metoclopramida.
- b) Domperidona.
- c) Cleboprida.
- d) Prucaloprida.
- e) Eritromicina.

→ alteraciones motilidad intestinal - tto = fármacos para estimular motilidad intestinal

- fármacos inducen fase 3 CMM

- análogos somatostatina = octreótido

- agonistas motilina = eritromicina → agonista puro motilidad xq motilona es hormona peptídica secretada x células muscular intestino delgado = [ON] CMM

- procinéticos

- antagonistas receptores dopamina = metoclopramida + domperidona + cleboprida

- agonistas colinérgico = neostigmina

- agonistas serotoninérgicos 5-HT₄ = prucaloprida

*correcta: e

. Causas dismotilidad intestinal: (2023 julio)

→ causas alteraciones motoras intestino = neuropatía + miopatía

- primaria (congénita/Idiopática) = (+)frec: neuropatía/miopatía visceral

- asociadas a alteraciones sistémicas = DM + párkinson + Sd paraneoplásico + conectivopatías

- infecciones = alteran SN entérico

- iatrogénicas = fármacos + radioterapia

. Una paciente mujer de 68 años de edad, con antecedentes de HTA, EPOC y estreñimiento. Acude a urgencias por síntomas de distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia del tránsito digestivo de 24 horas de evolución. ¿De los siguientes, cuál sería primer procedimiento diagnóstico que realizaría? (2024 mayo)

- a) TAC abdomeno-pélvico.
- b) Colonoscopia.

c) Exploración física de la región inguino-crural.

d) Test de sangre oculta en heces.

e) Indicaría reposo digestivo, sueroterapia y vigilancia clínica durante 24 horas.

→ abordaje paciente con estreñimiento

1. anamnesis = obstructivo + secundario + desde cuando + no ganas + consistencia heces + síntomas alarma

2. pruebas complementarias = analítica + colonoscopias (si síntomas alarma)

*síntomas alarma = sangre en heces + rectorragia + dolor cólico abdominal + pérdida peso + anemia ferropénica + recuento comienzo sin causa justificada

3. exploración motilidad anorrectal en estreñimiento funcional =

- manometría anorrectal = presión canal anal durante esfuerzo defecatorio + reflejo recto-anal inhibitorio

- test expulsión balón

→ buen corazón de melón está pregunta no es de aquí, pero ya que estáis de esta info valiosa. Explicación de la pregunta:

- pacientes con síntomas de obstrucción intestinal, la evaluación inicial debe incluir una exploración física completa, prestando especial atención a la región inguinal para descartar hernias. Las hernias inguinales son una causa frecuente de obstrucción intestinal en adultos mayores y pueden requerir intervención quirúrgica urgente. Identificar una hernia estrangulada o encarcelada en la exploración física permite un diagnóstico rápido y un tratamiento oportuno, mejorando significativamente el pronóstico del paciente.

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes laxantes pertenece al grupo de laxantes osmóticos? (2023 mayo)

a) Plantago ovata.

b) Bisacodilo.

c) Polietilenglicol.

d) Docusato sódico.

e) Metilcelulosa.

→ motilidad colónica - estreñimiento - tto - laxantes

1. Formadores volumen = plantago + agar-agar + metilcelulosa

2. Osmóticos = polietilenglicol (elección)

3. Estimulantes (agentes contacto) = hojas sen + aloe Vera + cáscara sagrada + fármacos polifenólicos (bisacodilo, picosulfato sódico) => efecto 2º: melanosis

4. agentes emolientes = docusato sódico + aceite parafina

5. Enemas (de agua templada) + supositorio (de glicerina)

14. ALTERACIONES FUNCIONALES DEL TRACTO SUPERIOR: DISPEPSIA FUNCIONAL

. Mujer de 42 años que acude a su médico de Atención Primaria refiriendo historia de meses de evolución de dolor epigástrico y pesadez postprandial. No pérdida de peso. La exploración física revela la presencia de dolor a la palpación profunda en epigastrio como único hallazgo. La analítica sanguínea es normal salvo por la presencia de una ligera anemia con ferritina baja. ¿Cuál sería su actitud? (2024 mayo)

- a) Realizaría test no invasivo de *Helicobacter pylori*.
 - b) Prescribiría tratamiento empírico con un inhibidor de la bomba de protones.
 - c) Solicitaría marcadores tumorales.
 - d) Realizaría endoscopia digestiva alta.
 - e) a y c son correctas.
- dispepsia
- síntomas = dolor epigastrio + pesadez postprandial
 - datos alarma = anemia
 - estrategia dx = >55a y/o síntomas alarma → endoscopia (descartar causa orgánica)
- *correcta: d

. Síntomas de dispepsia funcional tipo síndrome de distress postprandial: (2023 julio)

- ⇒ Saciedad precoz, pesadez
- dispepsia - síntomas = pesadez postprandial + saciedad precoz + dolor epigástrico + ardor epigástrico
- dispepsia funcional = presencia clínica dispéptica sin causa orgánica

. ... dispepsia funcional. ¿Cuál de las afirmaciones no es correcta? (2023 mayo)

- a) Existe una disfunción del eje intestino-cerebral.
 - b) Es frecuente la presencia de una alteración de la acomodación gástrica.
 - c) Frecuentemente se produce una inflamación mucosa intestinal de bajo grado.
 - d) Es frecuente la existencia de una comorbilidad psicológica.
 - e) La infección de la mucosa gástrica por *Helicobacter pylori* es el agente etiológico más importante.
- dispepsia funcional - fisiopatología
- disfunción eje intestino-cerebral = favorecida x estrés/aniedad
 - disfunción GI sensorial/motora = hipersensibilidad visceral + alteración motora (alteraciones: vaciamiento gástrico / acomodación fundus gástrico)
 - alteraciones funcionamiento mucosa intestinal (mecanismo: barrera + inmune) = alteración microbiota intestinal)
 - inflamación mucosa bajo grado
- *H.Pylori = 9% pacientes
- *correcta: e

. ¿Cuál es la actitud más adecuada ante una paciente de 28 años, sin antecedentes personales ni familiares de interés, sin alergias conocidas, fumadora de 10 cigarrillos/día, bebedora ocasional que refiere desde hace unos 2-3 años pesadez postprandial, hinchazón abdominal y, ocasionalmente, náuseas postprandiales. No vómitos. No pérdida de peso. Hábito intestinal con tendencia al estreñimiento. Hemograma y bioquímica básica normales. (2023 mayo)

- a) La paciente presenta una dispepsia funcional tipo síndrome de dolor epigástrico. Se debe prescribir tratamiento empírico con un inhibidor de la bomba de protones.
 - b) La paciente presenta una dispepsia no investigada. Se debe realizar test de aliento de *Helicobacter pylori* y tratar si es positivo.
 - c) La paciente presenta una dispepsia no investigada. Se debe realizar una endoscopia digestiva alta para descartar causa orgánica.
 - d) La paciente presenta una dispepsia funcional tipo distrés postprandial. Se debe prescribir tratamiento empírico con un fármaco estimulante de la motilidad gastrointestinal.
 - e) La paciente presenta una dispepsia funcional tipo distrés postprandial. Se debe prescribir tratamiento empírico con un antidepresivo tricíclico.
- dispepsia funcional
- clínica
1. Sd distres postprandial = síntomas motor: pesadez postprandial + saciedad precoz
 2. Sd dolor epigástrico = dolor/ardor epigástricos
- tto

1. Exploración origen síntomas
2. Recomendaciones dietéticas + hábitos de vida
3. Evitar factores desencadenantes/agravantes
4. Testar + erradicar H.Pylori
5. Tto farmacológico

¡¡Importante! 1º comprobamos si existe infección x H.Pylori (si es positivo = damos tto) -> 2º tto farmacológico segundo síntoma predominante (1. IBP -> 2. Antidepresivo tricíclico / procinético)

*correcta: b

. Mujer 32 años, fumadora 10 cig/día, bebedora ocasional. Intolerante a la lactosa. A tratamiento con un ISRS y lorazepam. Padre fallecido por cáncer de pulmón hace 6 meses. Refiere molestias digestivas desde hace años, peor en los últimos meses, con sensación de digestiones lentas, hinchazón abdominal, ocasionalmente náuseas postrandiales. No vómitos. No pérdida de peso. Aporta analítica normal. ¿Cuál es su hipótesis diagnóstica y que prueba o pruebas le solicitarías? (2022 mayo)

=> Dispepsia funcional. Test no invasivo de H.pylori (test and treat) por edad (<45 años) y ausencia de datos de alarma.

-> dispepsia funcional

- clínica = dolor epigástrico + pesadez postprandial + saciedad precoz + ardor epigástrico.
- datos alarma = pérdida peso no intencionada + vómitos recurrentes + disfagia progresiva + anemia + masa abdominal palpable + ictericia + ascitis + antecedentes familiares de 1er grado de cancer gástrico/hepato-bilio-pancreático.
- Dx =
- <55a + NO datos alarma = testa-treat H.Pylori
- >55a +/- datos alarma = endoscopia

. Mujer de 32 años fumadora de 20 cigarrillos/ día, bebedora ocasional e intolerante a la lactosa. A tratamiento con un ISRS y Lorazepam. Padre fallecido por cáncer de pulmón hace 6 meses. Refiere molestias digestivas desde hace años, peor en los últimos meses, con sensación de digestiones lentas, hinchazón abdominal y ocasionalmente náuseas post-prandiales. No vómitos ni pérdida de peso. Aporta analítica normal. ¿Cuál es su hipótesis diagnóstica y qué pruebas solicitaría? (2021 mayo)

=> Dispepsia funcional. Test no invasivo de H.Pylori (test and treat) por edad (<45años) y ausencia de signos de alarma.

. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO se emplea para el tratamiento de la dispepsia funcional? (2024 mayo)

- a) Domperidona.
- b) Omeprazol.
- c) Amitriptilina.
- d) Prucaloprida.
- e) Todos los anteriores son fármacos empleados en el tratamiento de la dispepsia funcional.

-> dispepsia funcional - tto farmacológico

1. test+treat H.Pylori
2. IBP (omeprazol)
3. antidepresivos tricíclicos (amitriptilina) [dolor + ardor epigástrico] / procinéticos (cinitrapida + domperidona + levosulprida) [pesadez postprandial + saciedad precoz]

*correcta: d

*lojo! Porque la prucaloprida es un procinético lperol su acción de es vaciamiento colónico, no gástrico, indicado en estreñimiento crónico.

. Fármaco que no se usa en la dispepsia funcional: (2023 julio)

=> agonistas serotoninérgico 5HT4 = prucaloprida

-> prucaloprida = afinidad + eficacia predominante x colon -> uso: estreñimiento crónico

15. ALTERACIONES FUNCIONALES TRACTO INF: SD INTestino IRRITABLE

. ¿Qué síntomas debe presentar un paciente, sin enfermedad orgánica que los justifique, para que pueda ser diagnosticado de síndrome de intestino irritable? (2024 mayo)

- a) Hábito intestinal alternante, estreñimiento y diarrea, acompañado frecuentemente de hinchazón abdominal y flatulencia.
- b) Hinchazón abdominal asociado a cambios en la frecuencia y la consistencia de las deposiciones.
- c) Dolor abdominal que mejora con la defecación y se asocia a cambios en la frecuencia y/o consistencia de las deposiciones.
- d) Alteración en la frecuencia y consistencia de las deposiciones sin pérdida de peso.
- e) Todas las combinaciones anteriores de síntomas permiten establecer el diagnóstico de síndrome de intestino irritable.

→ síndrome intestino irritable = dolor abdominal relacionado con alteración deposiciones en frecuencia o consistencia

*correcta: c

. Definición síndrome intestino irritable: (2023 julio)

⇒ SII = alteración funcional intestino - caracterizado por dolor abdominal relacionado con alteración deposiciones +

- cambio frecuencia (deposiciones) y/o
- cambio consistencia (deposiciones).

. En la escala de Bristol, las heces de consistencia líquida se clasifican como de tipo: (2024 mayo)

- a) 1.
- b) 3.
- c) 5.
- d) 6.
- e) 7. *

→ escala Bristol:

- 1 = pedazos duros separados como nueces
- 2 = forma salchicha pero llena bultos
- 3 = como una salchicha pero con rajaduras en la superficie
- 4 = como una viborita, suave y blanda
- 5 = pedazos blandos con bordes deshechos
- 6 = pedazos blandos con bordes deshechos
- 7 = aguado, sin trozos sólidos, enteramente líquido

. Paciente diagnosticada de fibromialgia que presenta dolor abdominal, hinchazón abdominal, heces según escala de bristol de

1. Diagnóstico más probable y si harías alguna prueba complementaria. (2022 mayo)

⇒ SII-E. Haría analítica. En caso de haber signos de alarma pediría colonoscopia.

→ escala Bristol - 1 = pedazos duros separados como nueces = estreñimiento ⇒ SII-E

[tipos 1-2 Bristol = corresponden con SII-E (heces duras asociadas a estreñimiento)]

→ síndrome intestino irritable - Dx = clínico → NO prueba complementaria excepto analítica

- signos de alarma = pérdida peso NO intencionada + rectorragia + comienzo síntomas >50a + Ha familiar cáncer colon (1er grado) + anemia ferropénica ⇒ colonoscopia (buscamos causa orgánica).

. El factor principal que explica la distensión abdominal de los pacientes con síndrome de intestino irritable o hinchazón abdominal funcional es: (2023 mayo)

- a) La producción aumenta de gas en el colon por alteración del microbiota intestinal.
- b) La producción de gas en intestino delgado por sobrecrecimiento bacteriano intestinal.
- c) La presencia de una disinergia abdomino-frénica.
- d) La dificultad para eliminar el gas intestinal.
- e) El cuadro de ansiedad que presentan frecuentemente estos pacientes.

→ SII - fisiopatología = ¿por qué se hincha el abdomen?

1. Aumenta absorción gas x = malabsorción carbohidratos + sobrecrecimiento bacteriano + disbiosis + aerofagia
2. Alteración eliminación gas x: tránsito lento en ID-colon + alteración función ano-rectal
3. Disinergia abdomino-pélvica = descoordinación entre musculatura abdominal + diafragmática

*en clase dijo: "parámetro fundamental = el gas transita en el intestino de manera muy rápida y en estos pacientes el tránsito es muy lento. Tienen sobretodo disinergia abdomino-frénica que se traduce en la clínica en una distensión en el paciente de un momento a otro".

*correcta: c

. Dieta FODMAPs: (2023 julio)

=> excluye legumbres

-> SII - tto = modificaciones estilo vida -> dieta FODMAPs = pobre en monosacáridos + disacáridos + oligosacáridos + polioles fermentables (Fermentable Oligosaccharides, Disaccharides, Monosaccharides, and Polyols)

- oligosacaridos fermentables = legumbres (contiene galactooligosacaridos + fructosa)

. Cuál de los siguientes fármacos tiene aprobada en España la indicación para el tratamiento del síndrome de intestino irritable? (2023 mayo)

a) Prucaloprida.

b) Linaclotida.

c) Loperamida.

d) Polietilenglicol.

e) Amitriptilina.

-> SII - E => linaclotida = único fármaco indicado + cubierto x seguridad social para SII-E

*Pensando en el algoritmo terapéutico van antes los tto para dolor y en el enunciado no diferencia si predomina estreñimiento o diarrea pero:

- amitriptilina = 2ª línea tto dolor (pero NO aprobada oficialmente esta indicación)

- loperamida = predominio diarrea (como tal es indicación de diarrea, NO de SII)

- PEG (polietilenglicol) = laxante osmótico - 1er escaló SII-E

La conclusión es que como indicación de SII y cubierto por el estado sólo tenemos la linaclotida

*correcta: b

. Mujer de 48 años diagnosticada de fibromialgia y SII a tratamiento con bromuro de otilonio (1 sobre al día), Escitalopram (10mg/día) y PEG (1 sobre/día) que acude a su MAP por presentar empeoramiento de sus síntomas digestivos con dolor abdominal que mejora con la defecación, hinchazón abdominal y estreñimiento. No rectorragia. Ha ganado peso en los últimos meses. Recientemente le habían realizado un hemograma y bioquímica básica en su empresa que no mostró alteraciones. ¿Qué cambios en el tratamiento farmacológico realizaría? (qué fármacos suspendería y cuales prescribiría) (2021 mayo)

=> Suspender espasmolítico y laxante osmótico y prescribir linaclotida.

-> SII = dolor abdominal relacionado con alteración deposiciones + cambio frecuencia/consistencia deposiciones + síntomas (hinchazón abdominal, flatulencia, sensación evacuación incompleta/tenesmo)

- dolor/molestia SII con frecuencia se alivia tras la defecación

- SII-E = predominio estreñimiento

-> NO signos alarma nos indiquen hacer colonoscopia

-> SII - tto dolor = 1. Espasmolíticos (bromuro otilonio) -> 2. AD tricíclicos

-> SII-E tto =

1. Laxantes osmóticos (polietilenglicol)

2. Procinéticos = Linaclotide (financiado) + Prucaloprida (100€ mes)

¡Importante! Linaclotide = mejora dolor abdominal y estreñimiento -> por eso le quitamos el espasmolítico.

16. EII: ENFERMEDAD DE CROHN

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta sobre la etiopatogenia de la enfermedad inflamatoria intestinal? (2017 junio)

- a) El tabaco puede resultar beneficioso en algunos pacientes con enfermedad de Crohn.
- b) La colitis ulcerosa es mas común entre los hombre que las mujeres.
- c) La edad media de presentación de la colitis ulcerosa es mas alta que la de la enfermedad de Crohn.
- d) La presencia de mutaciones en el gen NOD2 aumenta el riesgo de padecer colitis ulcerosa.
- e) Los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal suelen tener menos anti-TNF en su mucosa que la población normal.

→ enfermedad Crohn

- Dx = tener en cuenta hª familiar + consumo tabaco → Crohn enfermedad fumadores

- clínica = personas jóvenes

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no suele presentar un paciente que debuta con enfermedad de Crohn? (2014 mayo)

- a) Dolor abdominal.
- b) Diarrea de solo 2 semanas de evolución.
- c) Retraso en el crecimiento.
- d) Fistulas perianales.
- e) Anemia.

→ enfermedad Crohn - clínica

- personas jóvenes

- dolor abdominal

- diarrea crónica = >6sem evolución (hasta 2 meses)

- afectación sistémica muy marcada = fiebre + pérdida peso + malestar general + retraso crecimiento niños

- enfermedad perianal = fistulas perianales

- masa abdominal

*correcta: b

. ¿Qué prueba diagnóstica solicitaría en primer lugar en un paciente de 23 años con cuadro de adelgazamiento de 5kg, diarrea de 8 semanas de evolución, sin sangre, dolor abdominal y que en la analítica presenta Hb de 11,2 g/dl, PCR 1,6 mg/dL y calprotectina 486 mg/kg de heces? (2018 junio)

⇒ Ileocolonoscopia.

→ enfermedad Crohn - Dx = 1. clínica → 2. Ileocolonoscopia (es lo primero que hay que realizar) → 3. Técnica radiológica

. Mujer de 21 años, diagnosticada hace 7 años de enfermedad de Crohn. En una colonoscopia en este momento no se observan alteraciones en recto, sigma, colon descendente, transverso ni ascendente, pero se observa eritema y una úlcera en el ciego y una estenosis a nivel de la válvula ileocecal, pero a pesar de la disminución del calibre se puede sobrepasar con el colonoscopio y se aprecia inflamación con úlceras profundas del ileon terminal. En la Entero-RM se observa una inflamación con ligera estenosis a ese mismo nivel sin presencia de fistulas. En la exploración perianal no se observa presencia de fistulas perianales. ¿Cómo clasificaría según la Clasificación de Montreal a este paciente? (2024 mayo)

- a) A2B2L1.
- b) A1B2L1.
- c) A2B2L3.
- d) A1B2L3.
- e) A2B1L3.

→ enfermedad Crohn - clasificación Montreal

A = 21-7 = 14a = A1

L = íleon distal +/- afectación polo cecal +/- ciego = L1

B = estenosante = B2

*en todos los grupos puede haber afectación perianal (Bp1, Bp2, Bo3) que incluye: fístulas + fisuras + abscesos + úlceras perianales

*correcta: b

. Mujer de 45 años, diagnosticada hace 9 años de enfermedad de Crohn. En una colonoscopia en este momento no se observan alteraciones en recto, sigma, colon descendente, transverso ni ascendente, pero se observa eritema y una úlcera en el ciego y una estenosis a nivel de la válvula ileocecal, pero a pesar de la disminución del calibre se puede sobrepasar con el colonoscopio y se aprecia inflamación con úlceras profundas del íleon terminal. En la Entero-RM se observa una inflamación con ligera estenosis a ese mismo nivel sin presencia de fístulas. En la exploración perianal no se observa presencia de fístulas perianales. ¿Cómo clasificaría según la Clasificación de Montreal a este paciente? (2023 mayo)

- a) A3B2L1.
- b) A2B2L1.
- c) A3B2L3.
- d) A2B2L3.
- e) A2B1L3.

*correcto: b

. Mujer de 45 años diagnosticada hace 13 años de enfermedad de Crohn. En una colonoscopia en este momento no se observan alteraciones en recto, sigma, colon descendente, transverso ni ascendente. Se observa eritema y una úlcera en el ciego y una estenosis a nivel de la válvula ileocecal, pero a pesar de la disminución del calibre se puede pasar con el colonoscopio y se aprecia inflamación con úlceras profundas en íleon terminal. En la entero-RM se observa una inflamación con ligera estenosis a ese mismo nivel sin presencia de fístulas. En la exploración perianal no se observa presencia de fístulas perianales. ¿Cómo clasificaría según la Clasificación de Montreal a este paciente? (2021 mayo)

=> A2B2L1.

. Varón de 43 años, diagnosticado hace 6 años de enfermedad de Crohn, en una colonoscopia en este momento se observa eritema en el ciego y una estenosis a nivel de la válvula ileocecal, pero a pesar de la disminución del calibre se puede sobrepasar con el colonoscopio y se aprecia inflamación del íleon terminal. La exploración perianal descarta la presencia de fístulas. ¿Cómo se clasificaría según la clasificación de Montreal a este paciente? (2019 mayo)

=> A2B2L1.

-> A2 (43-6=37) + B2 (estenosis) + L1 (ileal)

. Varón de 43 años, diagnosticado hace 6 años de enfermedad de Crohn, en una colonoscopia en este momento se observa eritema en el ciego y una estenosis a nivel de la válvula ileocecal, pero a pesar de la disminución del calibre se puede sobrepasar con el colonoscopio y se aprecia inflamación del íleon terminal. La exploración perianal descarta la presencia de fístulas. ¿Cómo se clasificaría según la clasificación de Montreal a este paciente? (2018 junio)

=> A2B2L1

-> A2 (40-6 = 34a) + B2 (estenosis) + L1 (ileal)

. ¿Cómo clasificaría según la clasificación de Montreal al siguiente paciente? Mujer de 42 años diagnosticada hace 5 años de enfermedad de Crohn, que en una colonoscopia se observan úlceras en ciego y en íleon terminal sin observarse estenosis no se observan fístulas internas ni perianales. (2017 junio)

- a) A3B1L1.
- b) A2B1L1.
- c) A3B1L3.
- d) A2B1L3.
- e) A2B2L3.

-> enfermedad Chiron

- 42-5 = 37a => A2

- NO estenosis/fístulas internas = B1 (inflamatorio)

- úlceras íleon + ciego (colon) = L1

*correcta: b

-> para mi la correcta sería = A3 (>40a) => párate Paco que es peor que un problema de matemáticas: "hace 5 años" 42-5 = 37 años => A2

. Mujer de 26 años diagnosticada hace 3 meses de enfermedad de Crohn, que en una endoscopia se observa una estenosis infraqueable a nivel de la valcula ileocecal que no permite explorar íleon. Se realiza una resonancia pélvica objetivándose fístulas internas, pero en la exploración física no se observa afectación perianal, ¿como clasificaría a esta paciente según la clasificación de Montreal? (2016 mayo)

- a) A2B2L1.

- b) A2B3L1p.
- c) A2B3L3.
- d) A2B3L1.
- e) A2B2L3p.

→ A1 (17-40a) + L1 (ileal) + B3 (fístulas) => descartamos "p" xq tiene el ano sano

*correcta: d

. ¿Cómo clasificaría según la Clasificación de Montreal al siguiente paciente? Mujer de 26 años, diagnosticada hace 3 meses de enfermedad de Crohn, con afectación exclusiva de íleon terminal y que en una endoscopia se observa una estenosis infranqueable. Se realiza una Resonancia Pélvica objetivándose fístulas internas, pero en la exploración física no se observa afectación perianal. (2015 julio)

- a) A2B2L1.
- b) A2B3L1P.
- c) A1B3L3.
- d) A2B3L1.
- e) A2B2L1P.

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no está indicado como tratamiento de mantenimiento de la remisión en la enfermedad de Crohn? (2024 mayo)

- a) Infliximab.
- b) Azatioprina.
- c) Aminosalicilatos.
- d) Upadacitinib.
- e) Ustekinumab.

→ enfermedad Crohn - fármacos = aminosalicilatos NO efectividad x actuar a nivel mucosa (Crohn afecta todas las capas)

- inducción = corticoides

- mantenimiento = inmunosupresores (aminosalicilatos NO indicación en Crohn) => tiopurina (azatioprina + 6-mercaptopurina) + metotrexato

- inducción + mantenimiento = biológicos => anti-TNF (infliximab/adalimumab) + anti-IL12/23 (ustekinumab) + anti-JAK (upadacitinib)

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no ha demostrado eficacia en inducción de la remisión clínica en los brotes de enfermedad de Crohn? (2017 junio)

- a) Prednisona.
- b) Azatioprina.
- c) Infliximab.
- d) Adalimumab.
- e) Budesónida.

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no ha demostrado eficacia en inducción de la remisión clínica en los brotes moderados-graves de la enfermedad de Crohn? (2016 mayo)

- a) Corticoides orales.
- b) Corticoides intravenosos.
- c) Azatioprina.
- d) Infliximab.
- e) Adalimumab.

*correcta: c

. Paciente varón de 23 años de edad recién diagnosticado de enfermedad de Crohn que en una colonoscopia se observa mucosa del colon normal y una afectación ileal leve con patrón en empedrado y aftas, sin fístulas ni estenosis y en una entero-RM se confirma la afectación solamente inflamatoria de 12cms de íleon terminal, siendo el resto del intestino delgado normal. En la analítica presenta Hb de 14,1 g/dL, proteína C reactiva 1,6 mg/dL y calprotectina 321 mg/Kg. ¿Qué tratamiento pautaría como primera opción de inducción a remisión? (2023 mayo)

- a) Infliximab IV.
- b) Prednisona oral.
- c) Budenosida oral.
- d) Azatioprina oral.
- e) Mesalazina oral.

→ enfermedad Crohn - tto brote agudo leve = budenosina oral

*correcto: c

. Tratamiento de inicio de paciente con enfermedad de Crohn moderada, sin afectación del colon: (2019 mayo)

⇒ Corticoides.

. Paciente con brote grave de enfermedad de Crohn que estaba recibiendo tratamiento de mantenimiento con azatioprina y tiene un brote grave que no cede con corticoides. En este momento se decide tratamiento con terapias biológicas, en concreto infliximab. ¿Cuál es la dosis y pauta de inducción de tratamiento con este fármaco en un brote de enfermedad de Crohn?

(2018 junio)

⇒ 5 mg/kg peso semanas 0, 2 y 6.

. ¿Cuál es la dosis y pauta de inducción de tratamiento con adalimumab en un brote de enfermedad de Crohn? (2017 junio)

(2016 mayo)

- a) 160mg semana 0 y 40 mg semana 2.
- b) 80mg semana 0 y 40 mg semana 4.
- c) 40 mg cada 2 semanas.
- d) 160 mg semana 0 y 80 mg semana 4.
- e) 160 mg semana 0 y 80 mg semana 2.

→ enfermedad Crohn - tto antiTNFalfa

- infliximab ⇒ inducción 5mg/kg semanas 0/2/6 + mantenimiento 5mg/kg cada 8sem

- adalimumab ⇒ inducción 160mg semana 0 + 80mg semana 2 / mantenimiento 40mg cada 2sem

*correcta: e

. ¿En cual de los siguientes pacientes con enfermedad de Crohn no estaría indicado un tratamiento con terapias biológicas?

(2017 junio)

- a) Enfermedad corticodependiente refractaria a inmunosupresores.
- b) Brote grave corticorresistente.
- c) Prevención de la recurrencia postquirúrgica.
- d) Brote suboclusivo estenosante.
- e) Enfermedad fistulizante compleja.

*correcta: d

. ¿En cual de los siguientes pacientes con enfermedad de Crohn no estaría indicado un tratamiento con terapias biológicas?

(2016 mayo)

- a) Brote suboclusivo estenosante.
- b) Enfermedad fistulizante compleja.
- c) Enfermedad corticodependiente.
- d) Brote grave corticorresistente.
- e) Prevención de la recurrencia postquirúrgica.

*correcta: c (Yo pondría a)

. ¿En cuál de los siguientes pacientes con enfermedad de Crohn no estaría indicado un tratamiento con terapias biológicas?

(2015 julio)

- a) Brote suboclusivo estenosante.
- b) Enfermedad fistulizante compleja.
- c) Enfermedad corticodependiente.
- d) Brote inflamatorio.
- e) Prevención de la recurrencia postquirúrgica.

→ enfermedad Crohn - terapia biológica = uso en pacientes graves

- mejora = fístulas + enfermedad activa refractaria tto convencional (refractarios inmunosupresores) + corticodependencia

- reducen = hospitalización + necesidad Cx

- uso enfermedad perianal

→ entendiendo un brote inflamatorio como un paciente NO grave elijo esta respuesta pero no estoy segura y n9 le puedo preguntar a chatGPT porque se me han agotado las preguntas.

Vale me he equivocado

→ enfermedad Crohn - tto brotes estenosantes

- ingreso hospitalario (NO ambulatorio)

- dieta absoluta

- sueroterapia

- corticoides → suplementó: Ca²⁺ + vitD

- profilaxis antitrombótica

- llamar cirujano por si no responde

- Rx abdomen (control)

En brotes estenosantes los biológicos no sirven

*correcta: d

. Paciente de 19 años, diagnosticado de enfermedad de Crohn con afectación extensa del intestino delgado, con un patrón penetrante, fumador, que tiene un brote que no responde a corticoides y persisten elevados la proteína C reactiva sérica y la calprotectina fecal. ¿Qué tratamiento indicaría? (2021 mayo)

=> Terapia biológica (anti-TNF, infliximab, adalimumab).

. En un paciente con enfermedad de Crohn con afectación extensa, con un patrón penetrante y fumador sometido a una resección ileo-cecal. ¿Qué tratamiento para la prevención de la recurrencia debemos iniciar? (2018 junio)

=> Terapia con fármacos Anti-TNF.

→ enfermedad Crohn - tto - fenómeno recurrencia - riesgo recidiva

- riesgo bajo = patrón estenosante + NO formador + >60a + corta evolución => NO [need] tto → colonoscopia 6-12meses

- riesgo medio => tto tiopurinas (azatriopina)

- riesgo alto = patrón penetrante + resección previa + fumador activo + <40a => anti-TNF

. Sobre la afectación cólica de la enfermedad de Crohn es falso que: (2009 junio)

a) La diarrea es un síntoma frecuente.

b) El megacolon ocurre más frecuentemente que en la colitis ulcerosa.

c) El sangrado rectal es menos frecuente que en la colitis ulcerosa.

d) La pared del colon está afectada en todas sus capas.

e) La afectación de la ampolla rectal es menos frecuente que en la colitis ulcerosa.

→ enfermedad Crohn

- síntomas estrella = diarrea crónica + úlceras que producen dolor abdominal

- capas afectadas = transmural

- se afecta cualquier parte del tracto digestivo pero la afectación de la válvula ileocecal es constante (lo has confundido con la ampolla rectal)

→ colitis ulcerosa

- síntomas estrella = diarrea mucosanguinolenta + sangrado rectal

- recto afectado 95% paciente

- complicaciones agudas = colitis fulminante → megacolon tóxico

*correcta: b

17. EII: COLITIS ULCEROSA

. ¿Cómo se clasificaría según su extensión, siguiendo la clasificación de Montreal, a un paciente de 19 años con colitis ulcerosa que se extiende en continuidad desde recto hasta ángulo hepático? (2018 junio)

=> E3.

-> yo hubiese puesto E2 porque entiendo hasta el ángulo hepático como que no lo supera.

Lo iba a quitar pero lo dejo, el ángulo hepático es del drch y el que determina la clasificación Montreal de colitis ulcerosa es el ángulo esplénico (el izquierdo, el del bazo). Entonces entremos que sobrepasa el ángulo esplénico y por tanto es E3.

-> colitis ulcerosa - clasificación Montreal

E1 = proctitis ulcerosa = NO supera unión rectosigmoidea

E2 = colitis izquierda/distal = NO supera ángulo esplénico

E3 = pancolitis/colitis extensa = supera ángulo esplénico

. (..) colitis ulcerosa, ¿cuál de entre los siguientes factores no es un factor que aumenta el riesgo de displasia y cáncer colorrectal? (2023 mayo)

a) Colangitis esclerosante primaria.

b) Extensión de la colitis ulcerosa.

c) Antecedentes familiares de cáncer colorrectal.

d) Mutaciones en el gen NOD2.

e) Años de evolución de la enfermedad.

-> colitis ulcerosa - complicaciones largo plazo = >riesgo cáncer (st pancolitis) -> FR cáncer colorrectal

- extensioncolitis + tiempo evolución

- asociación colangitis esclerosante primaria

- antecedentes familiares cáncer colorrectal

*correcta: d

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no está indicado como tratamiento de inducción en la colitis ulcerosa? (2024 mayo)

a) Azatioprina.

b) Corticoides.

c) Vedolizumab.

d) Aminosalicilatos tópicos.

e) Ciclosporina.

-> colitis ulcerosa - tto:

- aminosalicilatos => inducción + mantenimiento

- corticoides => inducción

- inmunomoduladores = tiopurinas (azatioprina = mantenimiento) + ciclosporina (inducción)

- biológico = vedolizumab => inducción + mantenimiento

*correcta: a

. ¿Cuál de los siguientes fármacos no ha demostrado eficacia en inducción de la remisión clínica en los brotes moderados-graves de colitis ulcerosa? (2015 junio)

a) Corticoides orales.

b) Corticoides intravenosos.

c) Azatioprina.

d) Ciclosporina.

e) Fármacos anti-TNF.

-> inmunomoduladores = tiopurinas (mantenimiento) + ciclosporina (inducción)

*correcta: c

. De entre los siguientes fármacos, indique el que no está indicado para el tratamiento de la colitis ulcerosa: (2023 mayo)

a) Golimumab.

b) Vedolizumab.

c) Certolizumab.

d) Ustekinumab.

e) Totacitinib.

-> colitis ulcerosa - tto biológicos

- anti-TNF = infliximab + adalimumab + golimumab
- vendolizumab
- ustekinumab
- mirikuzimab
- tofacitinib (este año no estaba en la lista que puso en clase)

*correcta: c

. Una Paciente mujer de 36 años de edad que debuta con un brote leve de colitis ulcerosa que afecta hasta 40 cm del ano. ¿Cuál es el tratamiento de elección con el que debemos comenzar? (2023 mayo)

- Aminosalicilatos vía oral.
- Aminosalicilatos vía tópica.
- Aminosalicilatos vía oral y aminosalicilatos vía tópica.
- Corticoides vía oral.
- Azatioprina.

*correcta: c

. Paciente de 35 años que debuta con un brote leve de colitis ulcerosa que afecta hasta 60cm del ano. ¿Cuál es el tratamiento de elección con el que debemos comenzar? (2021 mayo)

=> Aminosalicilatos vía oral + aminosalicilatos vía tópica.

. Paciente con colitis ulcerosa que tiene afectación (no recuerdo si E1 o E2-E3), ¿Cuál sería el tratamiento inicial? (2019 mayo)

=> Si es E1: salicilatos orales.

=> Si es E2-E3: aminosalicilato orales + aminosalicilato tópico.

. Paciente de 36 años que debuta con un brote leve-moderado de colitis ulcerosa que afecta hasta el ángulo esplénico. ¿Cuál es el tratamiento de elección con el que debemos comenzar? (2018 junio)

=> Aminosalicilatos orales combinados con aminosalicilatos vía rectal (enemas o vía tópica).

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un brote leve de colitis ulcerosa, que afecta hasta 60 cms desde el ano? (2017 junio)

- Corticoesteroides orales combinados con aminosalicilatos orales tópicos.
- Aminosalicilatos orales.
- Corticoesteroides orales combinados con corticoides tópicos.
- Aminosalicilatos orales combinados con aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos orales combinados con corticoides tópicos.

*correcta: d

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un brote leve de colitis ulcerosa que afecta a 40 cms desde el ano? (2016 mayo)

- Azatioprina oral combinados con aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos orales combinados con aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos orales.
- Corticoides orales combinados con aminosalicilatos tópicos.

-> colitis ulcerosa - tto brotes leve

- proctitis (E1) = aminosalicilatos tópicos

- colitis izquierda (E2) + pancolitis (E3) = aminosalicilatos tópicos + orales

*correcta: c

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un brote leve de colitis ulcerosa, que afecta a 40 cms desde el ano? (2015 julio)

- Azatioprina oral combinados con aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos orales combinados con aminosalicilatos tópicos.
- Aminosalicilatos orales.
- Corticoides orales combinados con aminosalicilatos tópicos.

*correcta: c

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en un brote leve de colitis ulcerosa que afecta a 30 cms desde el ano? (2014 mayo)

- a) Azatioprina oral combinados con aminosalicilatos tópicos.
- b) Infliximab 5 mg/kg/cada 8 semanas.
- c) Aminosalicilatos orales combinados con aminosalicilatos tópicos.
- d) Adalimumab 40 mg cada 2 semanas.
- e) Corticoides orales combinados con aminosalicilatos tópicos.

*correcta: c

18. INDICACIONES QX: EII

. ¿Cuál de las siguientes es una afirmación correcta sobre la enfermedad de Crohn? (2024 mayo)

- a) El objetivo de la cirugía es extirpar la enfermedad macro y microscópica.
- b) La recurrencia tras la cirugía es muy infrecuente.
- c) La indicación quirúrgica es menos frecuente que en la colitis ulcerosa.
- d) Es un principio fundamental de la cirugía el "ahorro" de intestino
- e) Todas son falsas.

→ enfermedad Crohn - Cx

- 70% pacientes requieren Cx

- Cx NO curativa

- 80% recurrencia post-Qx

→ Crohn - ppio fundamental = Cx NO curativa → ppl objetivo Cx = preservar intestino

*diferencia colitis ulcerosa donde podemos reservar intestino en Crohn como ocurre en 80% paciente provocamos un sd intestino corto.

*correcta: d

. Entre los principios básicos y objetivos del tratamiento quirúrgico de la enfermedad de Crohn, uno de los señalados es falso. Indíquelo: (2023 mayo)

- a) Individualización del tratamiento.
- b) Preservar intestino.
- c) Curar la enfermedad.
- d) Cirugía electiva.
- e) La laparotomía media es la incisión de elección en cirugía abierta.

→ enfermedad Crohn - Qx

- tto Qx individualizado = enfermo + momento

- ppio fundamental: Cx Crohn NO curativa → ppl objetivo = preservar intestino

- siempre hay que tratar de hacer Cx electiva → laparoscopia

- cuando tengamos que hacer laparotomía - vía abordaje elección: línea media

*correcta: c

. Una enfermedad de Crohn L3B2 de la clasificación de Montreal, cuando se hace médicamente intratable ¿qué tipo presentación clínica suele hacer necesaria la cirugía? (2024 mayo)

- a) Fístula entero-vesical.
- b) Absceso intra-abdominal.
- c) Obstrucción intestinal.
- d) Peritonitis purulenta.
- e) Peritonitis fecaloidea.

→ enfermedad de Crohn - indicaciones Qx electivas:

1. Falta respuesta tto

2. Complicaciones enfermedad:

- obstrucción intestinal (st en forma estenosante = B2)

- fibrosis (corticoides no actúan)

- fístulas

- abscesos

*correcta: c

. En la evaluación de la gravedad de la colitis ulcerosa el Índice de Truelove-Witts modificado es uno de los más utilizados. De los siguientes elementos ¿Cuál no se valora en este índice? (2023 mayo)

- a) Número de deposiciones.
- b) Tiempo de evolución de la enfermedad.
- c) Cantidad de sangre en la deposición.
- d) Albúmina.
- e) Taquicardia.

→ colitis ulcerosa - índice TrueLove-Witts modificado = determina gravedad riesgo vital paciente - determinar [need] Cx

- nº deposiciones

- sangre en deposiciones
 - Hb
 - albúmina
 - fiebre
 - taquicardia
 - VSG
 - leucocitos
 - potasio
- *correcta: b

. En caso de cirugía urgente por colitis ulcerosa grave y sepsis ¿qué técnica quirúrgica está indicada? (2024 mayo)

- a) Pan-procto-colectomía total con reservorio ileal.
- b) Pan-procto-colectomía total con ileostomía terminal.
- c) Colectomía abdominal total + ileostomía + fistula mucosa/Hartmann.
- d) Colostomía lateral.
- e) Opciones a) ó b).

→ colitis ulcerosa - Cx urgente = colectomía abdominal total + ileostomía + fístula mucosa / cierre muñón rectal (Cx Hartmann).

*correcta: c

19. APENDICITIS AGUDA Y DIVERTÍCULO DE MERCKEL

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos podría excluir una apendicitis aguda? (2023 mayo)

- a) Ausencia de leucocitosis en la analítica.
- b) Ausencia de fiebre.
- c) Un enema de bario en el que se identifica un apéndice corto de unos 2cm.
- d) Una ecografía abdominal en la que el radiólogo describe un apéndice compresible de 5mm de diámetro.
- e) Un TC abdominal en el que no se identifique el apéndice ni se advierten cambios inflamatorios en FID.

→ Apendicitis - Dx = eco (prueba imagen elección:

- apéndice = engrosado >7mm (diámetro) + NO depresivo con sonda + hiperecogenicidad + inflamación grasa periapendicular + dolor presión

*correcta: d

20. OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

. De las siguientes, ¿cuál no es una obstrucción intestinal mecánica? (2024 mayo)

- a) Cáncer de colon sigmoide.
- b) Vólvulo sigmoide.
- c) Síndrome de Ogilvie.
- d) Síndrome de Rapunzel.
- e) Hernia inguinal incarcerada.

→ obstrucción intestinal - clasificación según etiología:

- funcionales = íleo paralítico + sd Ogilvie
- mecánicas
 - 1. adherencias + bridas
 - 2. neoplasias = cáncer colorrectal
 - 3. hernias incarceradas-estranguladas
 - 4. íleo biliar
 - 5. vólvulos colon
 - 6. bezoar - tricobezoar = sd Rapunzel (te comes los pelos)

*correcta: c

. Paciente varón de 88 años de edad. En los últimos 4 años ha presentado en varias ocasiones dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho. Acude a urgencias con datos clínicos y radiológicos de obstrucción intestinal. Se nos informa que presenta una Tríada de Rigler. ¿Qué datos vamos a identificar? (2024 mayo)

- a) Obstrucción intestinal, cálculo biliar en el fleon, y colecistitis.
- b) Obstrucción intestinal por un fleo biliar, fiebre e ictericia.
- c) Neumobilia, sepsis e íleo paralítico.
- d) Obstrucción intestinal, íleo biliar y aerobilia.

→ obstrucción intestinal mecánica - íleo biliar ⇒ obstrucción luminal - calculo biliar perfora vesícula = comunica con duodeno = cálculos obstruyen válvula ileocecal = triada de Ringer:

- 1. oclusión intestinal
- 2. cálculo biliar intraluminal
- 3. aerobilia

*correcta: d

. Paciente con dolor abdominal tipo cólico acompañado de vómitos fecaloideos ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable? (2023 mayo)

- a) Apendicitis aguda.
- b) Dolor abdominal inespecífico.
- c) Diverticulitis intestinal
- d) Oclusión intestinal.
- e) Colangitis aguda.

→ a ver chocho si vomitas lo que hay en el intestino será porque hay algo que no deja pasarlo.

*correcta: d

. Una paciente mujer de 68 años de edad, con antecedentes de HTA, EPOC y estreñimiento. Acude a urgencias por síntomas de distensión abdominal, náuseas, vómitos y ausencia del tránsito digestivo de 24 horas de evolución. ¿De los siguientes, cuál sería primer procedimiento diagnóstico que realizaría? (2024 mayo)

- a) TAC abdomeno-pélvico.
- b) Colonoscopia.
- c) Exploración física de la región inguino-crural.
- d) Test de sangre oculta en heces.
- e) Indicaría reposo digestivo, sueroterapia y vigilancia clínica durante 24 horas.

→ obstrucción intestinal - Dx clínico - exploración física

- percusión abdominal timpánica
- auscultación ruidos metálicos
- cicatrices (Cx previas)

- exploración orificios herniarios = obligatorio -> un paciente con cuadro de obstrucción intestinal de entrada hay que descubrirlo hasta las rodillas porque las regiones inguinal-crurales no deben quedar sin explorar
- tacto rectal
- *mujer siempre primero exploramos y según lo que veamos pediremos una prueba u otra
- *correcta: c

[importantes del tema]

Fisiología

- Translocación bacteriana -> tras h obstrucción = alteración mucosa/circulación enteroplásmica + proliferación multi bacteriana = pasa bacterias a torrente sanguíneo = sepsis
- Isquemia parietal -> distensión mantenida paredes intestino = capilares colapsan = hipoperfusión pared intestinal = isquemia = dolor

Obstrucción intestino grueso

- Válvula ileocecal competente -> NO deja obstrucción progrese y se repercute hasta ID = avanza (+) rápido
- Válvula ileocecal incompetente -> gas retrocede ID

Obstrucción intestinal - funcional

- Ileo paralítico = parálisis transitoria peristalsis ID x Cx (tanta manipulación vísceras hace que se paren, todavía más con la anestesia)
- Sd Ogilvie / pseudoobstrucción colónica aguda = IG - dilatación x falta peristaltismo => tto: colonoscopia exuflativa + neostigmina + Qx si complicación isquémica

Obstrucción intestinal - mecánicas

1. Bridas + adherencias postCx (60%) => tto: NO Qx + conservador
2. Cáncer colorrectal (20%) -> TAC => tto: Qx urgente
3. Hernias encarceradas-estranguladas (10%) => tto: QX urgente
4. Ilio biliar -> cálculo biliar perfora vesícula - duodeno - válvula ileocecal obstruida = triada Riger: oclusión intestinal +cálculo biliar intraluminal + aerobilia tto: NO Qx + soporte + procinéticos + NO opioides
5. Volvulos colon = Rx grano café + TAC signo remolino => tto: devolvulación endoscópica (no isquemia) + Qx electivo + si sufrimiento vascular Qx
6. Bezoar = tricobezoar -> sd Rapunzel (come pelos)

Obstrucción intestinal - Dx

- síntomas = vómitos fecaloide + NO tránsito (ni caga ni ostias) + peristaltismo lucha = dolor intenso sordo
- EF = percusión abdominal timpánica + auscultación ruidos metálicos + cicatrices + exploración orificios herniados (obligatorio) + tacto rectal
- pruebas complementarias:
 - Rx = pilas monedas (ID) + haustro y aire colon NO recto (IG) + grabó café (vólvulo)
 - ECO = apendicitis + hernias inguinales
 - TAC (elección - GOLD) = ubicación + etiología + isquemia + complicaciones + severidad + decisión terapéutica

Obstrucción intestinal - tto

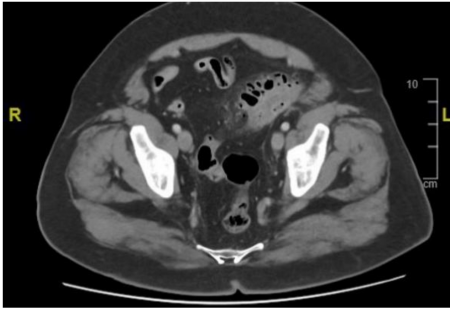
- general = sonda nasogástrica + corrección hidroelectrolítica + ATB

[MIR]

. Hombre de 60 años sin antecedentes de interés que acude a urgencias con un cuadro de 48 horas de fiebre de 38°C y dolor abdominal en fosa iliaca izquierda. A la exploración abdominal destaca cierta defensa a la palpación sin peritonismo generalizado. La analítica sanguínea sólo destaca una discreta leucocitosis. La TC abdomino-pélvica se muestra en la imagen adjunta. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?: (MIR 2024)

1. Cáncer de colon izquierdo oclusivo [si fuera fisurado con absceso - cuadraría]

2. Síndrome de Ogilvie [no vemos colon gigante dilatado]
3. Diverticulitis aguda.
4. Megacolon tóxico o infeccioso [no tiene antecedentes de enfermedad inflamatoria]



→ Paciente con problema inflamatorio, dolor en FI, gran engrosamiento - si es mecánico + anemia = tumor obstructivo / si esta inflamado = diverticulitis aguda.

. Hombre de 72 años con diagnóstico de carcinoma de cavidad oral intervenido hace tres meses con resección completa, en tratamiento con quimioterapia, portador de gastrostomía endoscópica percutánea profiláctica, que acude a urgencias por dolor y distensión abdominal de tres días de evolución, intolerancia oral y ausencia de deposiciones. Se realiza la TC abdominopélvica con contraste intravenoso que se muestra en la imagen. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable?: (MIR 2023)

1. Obstrucción intestinal secundaria a neoplasia estenosante de colon descendente.
2. Obstrucción intestinal de causa extrínseca por carcinomatosis peritoneal.
3. Obstrucción intestinal por migración e impactación de la sonda de gastrostomía.
4. Obstrucción funcional o íleo pseudoobstructivo por fármacos.



*correcta: 1

21. POLIPOSIS Y SD DE CÁNCER COLORRECTAL HEREDITARIO

. ¿Cuál es el pólipo de colon más frecuente? (2024 mayo)

- a) Hamartoma.
 - b) Juvenil.
 - c) Adenoma tubular.
 - d) Serrado.
 - e) Hiperplásico.
- pólipos - clasificación
1. Neoplásicos = adenomas
 - tubular 80%
 - túbulo-veloso 10-15%
 - vellosos 5-10%
 2. No neoplásicos
 - hiperplásicos (inofensivos)
 - hamartoma (NO lesión premaligna cáncer colorrectal)
 - pólipo juvenil
 - Peutz-Jeghers
 - enfermedad Cowden
 - sd Cronkhite Canada
 - inflamatorio (pseudopólipo → EII: EC + CU)
 - linfóide
 3. Mesenquimales
 - lipoma
 - leiomioma

*correcta: c

. Señala la respuesta falsa con respecto a los pólipos serrados de colon: (2023 mayo)

- a) Responsables el 15-30% del CCR.
 - b) Relacionados con CCR de intervalo en programas de cribado.
 - c) Crecimiento más rápido que pólipos adenomatosos.
 - d) Más difíciles de reconocer en la colonoscopia.
 - e) Son correctas la a y la b.
- adenoma - "serrado"
- fenotipo histológico de adenoma esporádico.
 - aspecto histológico característico en dientes de sierra
 - microscopio = acumulación colonocitos en cripta glandular x inhibición apoptosis + fallo emigración en superficie epitelial
 - (+) difícil reconocer en colonoscopia
 - crecen (>) rápido que polipos adenomatosos (secuencia adenoma-adenocarcinoma = 3a)
 - relacionados con CCR de intervalo (tumores detectado entre 2 colonoscopias)
 - responsables 15-30% CCR.

*correcta: e (para mí todas son correctas)

. Paciente de 56 años, con antecedentes de HTA. Dentro del programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal se realiza colonoscopia por resultado positivo en la prueba de sangre oculta en heces. En la colonoscopia se identifica la presencia de un pólipo plano de 3 cm de tamaño en sigma. ¿Cuál es el tratamiento de elección? (2021 mayo)

⇒ Polipsectomía endoscópica / mucosectomía endoscópica.

→ adenoma (tipo +frec pólipo) - tto = polipsectomía endoscópica

. ¿Cuál de los siguientes síndromes no se asocia al cáncer colo-rectal hereditario? (2024 mayo)

- a) Poliposis adenomatosa familiar.
- b) Poliposis juvenil.
- c) Síndrome de Lynch.
- d) Síndrome de cáncer colo-rectal tipo X.
- e) Respuestas a) y b).

→ cáncer colo-rectal hereditario (poliposis de colon)

- sd polipósicos
 - FAP = sd Gardner + sd Turcot
 - poliposis asociada MUTYH
 - hamartoma = poliposis juvenil + Peutz-Jeghers
 - hamartoma tumor PTEN = Cowden + Ruvalcaba
 - poliposis serrada
 - NO polipósicos
 - sd Lynch
 - CCR familiar tipo X
- *en la clasificación de pólipos el juvenil entra dentro de los NO neoplásicos (gracias paulissss)
- *correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes síndromes de cáncer colo-rectal hereditario NO se asocia a pólipos? (2023 mayo)

- Gardner.
- Turcot.
- Peutz-Jeghers.
- Cáncer familiar tipo X.
- Cowden.

→ cáncer colo-rectal hereditario

- Sd polipósicos = FAP (Gardner + Turcot) + poliposis MUTYH + hamartoma (poliposis juvenil + Peutz-Jeghers + PTEN (Cowden + Ruvalcaba)) + poliposis serrada
- Sd NO polipósicos = Sd Lynch + CCR familiar tipo X

*correcta: d

. Una mujer de 26 años nulípara, farmacéutica de profesión, padece poliposis familiar adenomatosa. Varios familiares han sido ya operados, alguno con cáncer. En el recto presenta 10 pólipos pequeños (<1cm), todos extirpados por colonoscopia. No hay displasia en ninguno. Está muy bien informada, tanto por su historia familiar como por haber buscado información de calidad sobre su enfermedad. Está indicada la cirugía profiláctica. ¿Qué opción quirúrgica le recomendaría como de elección? (2024 mayo)

- Pan-procto-colectomía total con ileostomía terminal.
- Pan-procto-colectomía total restauradora con reservorio ileal en J y anastomosis colo-anal.
- Colectomía abdominal total con anastomosis ileo-rectal.
- Colectomía abdominal total con ileostomía y cierre del recto.
- Ninguna de las anteriores.

→ poliposis adenomatosa familiar (FAP) - tto => Cx profiláctica diferida (a los tempranos 20s) = eliminar mucosa rectal -> NO mucosa = NO pólipos (muerto el perro se acabó la rabia) - opciones Qx

- Colectomía abdominal total + anastomosis ileo-rectal
- Proctocolectomía total +/- musectomía rectal distal + reservorio ileal + anastomosis íleo-anal

*tiene que haber pocos polipos en recto -> enfermo sometido a seguimientos rigurosos de la ampolla rectal => Cx (+) usada st en jóvenes

- Proctocolectomía total con ileostomía terminal (excepcional)

→ FAP tto - colectomía abadía I al total + aanstomosis ileo-rectal => buen candidato si:

- <20 pólipos
- <1cm
- sin displasia
- ideal en = mujeres jóvenes nulíparas

*correcta: c

22. ENFERMEDAD DIVERTICULAR

. ¿Qué segmento del intestino grueso no tiene divertículos? (2024 mayo)

- a) Colon derecho.
- b) Colon transverso.
- c) Colon izquierdo.
- d) Sigma.
- e) Recto.

→ divertículos - localización = sigma 50% + colon descendente 40% + colon descendente (todo colon) → recto NO se afecta

*correcta: e

. En la diverticulitis aguda ¿a qué corresponde un estadio III de la clasificación de Hinchey? (2024 mayo)

- a) Flemón.
- b) Absceso para-cólico.
- c) Absceso pélvico.
- d) Peritonitis purulenta.
- e) Peritonitis fecaloidea.

→ divertículos - AP - clasificación Hinchey (macroscópica)

Ia = flemón

Ib = absceso pericólico

II = absceso pélvico/abdominal

III = peritonitis purulenta

IV = peritonitis fecaloide

*correcta: d

. En la clasificación de Hinchey modificada ¿a qué estadio corresponde un absceso peri-cólico? (2023 mayo)

- a) Ia.
- b) Ib
- c) III.
- d) III.
- e) IV.

→ divertículos - anatomía patológica - clasificación de Hinchey mod

Ia = flemón

Ib = absceso pericólico

II = absceso pélvico-abdominal

III = peritonitis purulenta

IV = peritonitis fecaloidea

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes es una complicación de la forma crónica de la diverticulitis? (2024 mayo)

- a) Absceso pélvico.
- b) Peritonitis difusa por perforación libre.
- c) Fístula colo-vesical.
- d) Estenosis cólica.
- e) Respuestas c) y d).

→ diverticulitis crónica complicada = estenosis (x obstrucción) + fístulas (a otro órgano)

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes no constituye una indicación quirúrgica electiva de la diverticulitis aguda? (2023 mayo)

- a) Mejorar la calidad de vida.
- b) Evitar complicaciones graves.
- c) Fístula colovesical.
- d) Estenosis de colon.
- e) Duda diagnóstica con el cáncer.

→ diverticulitis - tto Qx electivo = Cx electiva (programada) de diverticulitis

- objetivo NO es evitar complicaciones graves

- objetivo Sí mejorar calidad vida
 - pacientes con estenosis/fístulas = indicación absoluta Cx
- *correcta: b

23. CÁNCER DE COLON

. ¿Qué porcentaje de pacientes con cáncer de colon presentan metástasis en el momento del diagnóstico inicial? (2024 mayo)

- a) 5%.
- b) 10%.
- c) 15%.
- d) 20%.
- e) 25%.

→ 25% CCR = M1 en momento dx

*correcta: e

. En el protocolo habitual de diagnóstico y estadificación de un cáncer de colon ¿qué no es necesario de lo señalado a continuación? (2024 mayo)

- a) Colonoscopia preoperatoria completa o colonoTC en su defecto.
- b) Confirmación histopatológica de malignidad.
- c) Determinación basal de CEA.
- d) TC tóraco-abdominal.
- e) PET.

→ adenocarcinoma colon - Dx + estadificación

1. Hª clínica + EF
2. colonoscopia ltotall → biopsia
3. biopsia = [need] confirmación anatomopatológica = tipo + grado histológico
4. TAC toraco-abdominal = descartar metas hígado/pulmón
5. marcadores tumorales CEA (recidiva/metast)
6. individualizados = PET a demanda (TAC dudas) + RM (metas hepáticas/pélvicas)

*correcta: e

. En un varón de 70 años una colonoscopia de cribado detecta un pólipo pediculado en colon izquierdo, a 25 cm del margen anal. Se procede a su extirpación con asa de diatermia. El pólipo se recupera para estudio histopatológico que corresponde a un adenocarcinoma de bajo grado, pT1-sm1, sin factores histológicos de riesgo, Haggitt 2 y resección del pólipo entero en una pieza, con márgenes libres, RO. ¿Cuál considera que es la conducta correcta a seguir? (2024 mayo)

- a) Proceder al tatuaje de la base de implantación del pólipo con nueva colonoscopia.
- b) Seguimiento con controles endoscópicos periódicos.
- c) Realizar estudio del gen APC.
- d) Resección a nivel submucoso de la base de implantación del pólipo mediante colonoscopia.
- e) Colectomía laparoscópica oncológica segmentaria del colon izquierdo.

→ adenocarcinoma colon - tto - polipos colorrectal es con cancer => resección completa pólipo considera curativa si:

1. tumor se encuentra en cabeza/cuello/pedículo
2. tumor bien diferenciado
3. NO factores riesgo histopatológicos
4. margen sanos >1mm = R0

→ adenocarcinoma colon - seguimiento:

- Hª clínica + EF = cada 3-6 meses (durante 2 a) → 6 meses (durante 5a)
- CEA = II
- TC = cada 6-12 meses (durante 5a)
- colonoscopia = 1er año → 2º año → 3er año → cada 5a

*correcta: b

. Un varón de 56 años es sometido a una polipectomía por colonoscopia sobre una lesión sésil a 25 cm del margen anal. Presenta antecedentes familiares de cáncer de colon. El examen patológico de la pieza revela la existencia de un adenocarcinoma bien diferenciado, con factores histológicos de riesgo, con infiltración de la submucosa (pT1) y margen de resección <1 mm en la base del pólipo. ¿Qué opción indicaría en este paciente? (2023 mayo)

- a) Seguimiento estrecho con colonoscopias periódicas.
- b) Nueva colonoscopia para biopsiar la cicatriz de la extirpación previa.
- c) Resección colónica segmentaria oncológica.
- d) Colectomía abdominal total.
- e) Quimioterapia adyuvante.

→ adenocarcinoma de colon - tto - polipos colorrectales con cancer = resección completa pólipo

- curativa si: tumor en cabeza/cuello/pedículo + bien diferenciado + NO factores riesgo histológico + R0

- [need] resección segmentarias Qx con ppios Cx oncológica

• carcinoma invasiva (infiltra submucosa) + FR (sesil / afectación margen / Pobre diferenciado / invasión base Haggitt 4 / invasión linfática o vascular)

• espécimen NO fragmentado / margen NO evaluable

*correcta: c

. Señale la afirmación errónea sobre qué parámetros debe contener el informe anátomo-patológico de una pieza quirúrgica de resección por cáncer de colon? (2023 mayo)

- a) Tipo adenocarcinoma (anillo, sello, mucinoso).
- b) Grado de diferenciación histológica.
- c) Factores histológicos de riesgo.
- d) Debe contener un mínimo de 10 GL para una correcta estadificación N.
- e) Tipo resección R.

→ adenocarcinoma de colon - AP - análisis debe aportar datos sobre:

1. Tipo adenocarcinoma = células en anillo en sello y mucinoso
2. Grado diferenciación histológica (bien-bajo / indiferenciado-anaplásico-alto)
3. 12 ganglios (como mínimo)
4. FR histológicos (infiltración vascular/linfática/peritumoral)
5. Márgenes resección (circular/proximal/distal)
6. Tipos resección = R0/R1/R2

*correcta: d

24. INTRODUCCIÓN A LA PROCTOLOGÍA

. ¿Cuál de los siguientes músculos no es un componente del músculo elevador del ano? (2019 julio)

- a) Puborrectal.
 - b) Pubococcigeo.
 - c) Iliococcigeo.
 - d) Esfínter externo.
 - e) Todos son fascículos constituyentes del elevador del ano.
- músculo elevador del ano = puborrectal + pubococcigeo + ileococcígeo

*correcto: d

. ¿Cuál de los siguientes músculos no es un componente del musculo elevador del ano? (2018 julio)

- a) Puborrectal.
- b) Pubococcigeo.
- c) Iliococcigeo.
- d) Piramidal.
- e) Todos son fascículos constituyentes del elevador del ano.

*correcta: d

. El surco interesfinteriano, fácilmente identificable en el tacto rectal, indica la separación entre dos importantes estructuras anatómicas de la región ano-rectal. Señala cuáles. (2020 julio)

- a) Esfínter interno y plexo hemorroidal externo.
- b) Porciones subcutánea y superficial del esfínter externo.
- c) Porciones subcutánea y profunda del esfínter externo.
- d) Esfínter interno y esfínter externo.
- e) Porciones superficial y profunda del esfínter externo.

→ anatomía anorrectal - complejo esfinteriano = esfínter anal interno - esfínter anal externo → separados x hendidura interesfinteriana = se puede apreciar muy bien en tacto rectal

*correcto: d

. Las fibras musculares circulares del recto ¿de qué esfínter del ano forman parte? (2024 mayo)

- a) Externo profundo.
- b) Externo superficial.
- c) Externo subcutáneo.
- d) Interno.
- e) De ninguno de los anteriores

→ anatomía recto interno = esfínter interno = condensación fibras musculares circules del recto

*correcta: d

. Las fibras musculares longitudinales del recto Superior, ¿de qué estructura de las siguientes forman parte? (2014 mayo)

- a) Esfínter interno.
- b) Fascículo superficial del esfínter externo.
- c) Fascículo subcutáneo del esfínter externo.
- d) Fascículo profundo del esfínter externo.
- e) De ninguna de las anteriores.

*correcto: e

. Las fibras musculares longitudinales del recto ¿De qué esfínter del ano forman parte? (2019 julio) (2018 junio)

- a) Externo profundo.
- b) Externo superficial.
- c) Externo subcutáneo.
- d) Interno.
- e) De ninguno de los anteriores.

→ colo 2 capas musculares:

- circular interna = esfínter anal interno (ML)

- longitudinal externa = NO forma parte complejo esfinter iones → se dispone entre dos esfinteres = tenías

*correcta: e

. Con respecto a las relaciones del recto con el peritoneo pélvico ¿qué afirmación es cierta? (2023 mayo)

- a) Sólo el tercio inferior es totalmente extraperitoneal.
- b) Sólo el tercio superior es totalmente intraperitoneal.
- c) Los dos tercios superiores son intraperitoneales.
- d) Todo el recto es extraperitoneal.
- e) El fondo de saco recto vesical en el varón se sitúa a unos 12 cm del ano.

→ recto

- 1. Porción intraperitoneal → perforación = peritonitis
- 2. Porción extraperitoneal = fondos saco (rectovesical en varón / rectouterino en mujer "fondo saco Douglas") → perforación = absceso/infección

→ *no viene en los apuntes* Relaciones del recto con el peritoneo pélvico:

- 1. Tercio superior: Cubierto por peritoneo en su cara anterior y lateral → intrapelviano.
- 2. Tercio medio: Cubierto solo en su cara anterior por peritoneo.
- 3. Tercio inferior: Totalmente extraperitoneal.

* El fondo de saco rectovesical en el varón (o fondo de saco de Douglas en la mujer) se encuentra aproximadamente a 7-9 cm del ano, no 12 cm.

. Las glándulas anales ¿en qué espacio anatómico se sitúan? (2019 julio)

- a) En ninguno de los que se mencionan.
- b) Por debajo de la mucosa del canal anal.
- c) Superficiales al esfínter interno.
- d) Por fuera del esfínter externo.
- e) En la fosa isquio-anal.

→ glándulas anales = perforan perpendicularmente esfínter anal interno + se ramifica en espacio interesfinteriano (fibras longitudinales)

*correcta: a

. De las siguientes estructuras, ¿qué estructura muscular constituye el límite superior del canal anal quirúrgico? (2020 julio)

- a) Iliococcígeo.
- b) Puborrectal.
- c) Isquiococcígeo.
- d) Piramidal.
- e) Pubococcígeo.

*correcta: b

. De las siguientes ¿qué estructura muscular constituye el límite superior del canal anal quirúrgico? (2016 julio)

- a) Puborrectal.
- b) Pubococcígeo.
- c) Iliococcígeo.
- d) Isquiococcígeo.
- e) Piramidal.

→ canal anal Qx ⇒ margen anal → unión ano-rectal (inserción puborrectal)

- unión anorrectal formado x haz puborrectal = supone borde superior canal anal quirúrgico

*correcta: a

. De las siguientes afirmaciones sobre el canal anal quirúrgico señale la correcta: (2019 julio)

- a) Distalmente se inicia en la línea pectínea.
- b) Está revestido en parte de su trayecto por epitelio escamoso no queratinizado.
- c) Es más largo que el canal quirúrgico.
- d) Es sensible al dolor en toda su extensión.
- e) Su límite superior es el anillo ano-rectal.

→ canal anal = epitelio estratificado plano queratinizado

*de ext-int = epitelio estratificado plano queratinizado → epitelio estratificado NO queratinizado → epitelio cloacogénico/transición → epitelio cilíndrico monoestratificado glandular

- zona (+) interna canal anal = NO dolorosa
 - canal anal anatómico = margen anal → línea pectínea = 1,5-2cm
 - canal anal Qx = margen anal → union/anillo ano-rectal (inserción puborrectal) = 3-4cm
- *correcta: e

. De las siguientes afirmaciones sobre el canal quirúrgico señale la correcta: (2018 julio)

- Distalmente se inicia en la línea pectínea.
- Está revestido en todo su trayecto por epitelio escamoso no queratinizado.
- Es más corto que el canal anal anatómico.
- Es sensible al dolor en toda su extensión.
- Su límite superior es el anillo ano-rectal.

*correcta: e

. De las siguientes afirmaciones sobre el canal quirúrgico señale la correcta: (2017 julio) (2016 mayo)

- Distalmente se inicia en la línea pectínea.
- Está revestido en todo su trayecto por epitelio escamoso no queratinizado.
- Es más corto que el canal anal anatómico.
- Es sensible al dolor en toda su extensión.
- Su límite superior es el anillo ano-rectal.

*correcta: e

. ¿Cuál no es un factor o elemento que intervenga en la continencia anal? Señale la respuesta correcta: (2017 julio)

- Musculatura del suelo pélvico.
- Tono muscular esfinteriano.
- Función de reservorio del recto.
- Acomodación del recto ("compliance").
- Todos los anteriores influyen en la continencia anal.

→ factores continencia

- Musculatura suelo pélvico
- Musculatura ano
- Función reservorio ano
- Distensibilidad recto = acomodación (compliance)
- Ángulo anorrectal
- Consistencia y volumen heces

*correcta: e

. ¿Cuál no es un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome de resección anterior baja («LARS»)? (2023 mayo)

- Sexo femenino.
- Edad avanzada.
- Radioterapia neoadyuvante.
- Tumor rectal bajo.
- Estoma desfuncionalizante temporal.

→ LARS - sintomatología:

- (+) nº deposiciones
- "clustering" (evacuaciones incompletas/repetitivas/de pequeñas cantidades)
- alteraciones continencia (mínimo manchado / escape gases / incontinencia fecal)
- urgencia (imposibilidad continencia >15min)

→ (diapos campus aportadas por PaulaF, muchas gracias) Síndrome de resección anterior baja (LARS) = conjunto de síntomas tras resección anterior baja del recto, afectando la continencia y función intestinal → Factores de riesgo principales para LARS:

- sexo femenino
- edad más joven
- radioterapia neoadyuvante
- escisión total del mesorrecto
- tumor más bajo (localizado en la parte distal del recto)
- derivación temporal (estoma desfuncionalizante)

*correcta: b

. Mejor prueba para evaluar las distancias/topografía en patología proctológica: rectoscopia rígida

→ rectoscopia rígida = única prueba que permite medir correctamente la distancia topográfica de la lesión al margen anal

. En el diagnóstico en patología proctológica son necesarios varios elementos. Se señalan a continuación. Identifique la afirmación incorrecta: (2016 julio)

- a) Anamnesis.
- b) Exploración física.
- c) Tacto rectal.
- d) Rectoscopia.
- e) La colonoscopia permite evaluar mejor que la rectoscopia la distancia lesión margen anal.

→ proctología - semiología:

- 1. Hª clínica
- 2. Exploración física = tacto rectal + rectoscopia rígida
- 3. Pruebas complementarias

→ rectoscopia rígida = única prueba mide distancia topográfica lesión → margen anal

(colonoscopia = tubo flexible = NO sirve)

*correcta: e

. En el diagnóstico en patología proctológica son necesarios varios elementos. Se señalan a continuación, identifique la afirmación incorrecta: (2018 julio) (2017 julio) (2016 mayo)

- a) Anamnesis.
- b) Exploración física.
- c) Tacto rectal.
- d) Rectoscopia.
- e) La colonoscopia permite evaluar todo el colon y hace innecesaria la rectoscopia rígida.

*correcta: e

*. ¿Cuál de los siguientes vasos del recto es más inconstante en su existencia? (2020 julio)

- a) Arteria hemorroidal media. *
- b) Arteria mesentérica inferior.
- c) Ninguna de las anteriores. Todas son constantes.
- d) Arteria hemorroidal superior.
- e) Arteria sacra media.

25. HEMORROIDES

. El llamado musculo de treitz parece tener un papel en la etiología de, ¿qué enfermedad proctológica de las siguientes? (2018 junio)

- a) Fístula de ano.
- b) Fisura anal.
- c) Hemorroides.
- d) Prolapso de recto.
- e) Rectocele.

*correcta: c

. ¿Con qué estructura muscular tienen relación etiopatogénica las hemorroides? (2017 julio) (2016 julio) (2016 mayo)

- a) Esfínter anal interno.
- b) Esfínter anal externo.
- c) Fibras longitudinales interesfinterianas.
- d) Musculo de Treitz.
- e) Puborrectal.

→ fibras musculares lisas atraviesan esfínter anal interno → insertan en fibras longitudinales (espacio interesfinteriano = parte profunda submucosa) = mecanismo sujeción-fijación = músculo Treitz → esfuerzos continuados = rotura = dificulta mecanismos sustentación "almohadilla" = descenso = patología hemorroidal

→ origen patología hemorroidal = rotura músculo de Treitz

→ hemorroides internas - etiología = constipación (estreñimiento) ⇒ mecanismo pujo = (+) presión canal anal = rotura sistema sustentación (fibras musculares Treitz).

*correcta: d

. Existen unas fibras musculares que, desde la musculatura longitudinal del recto y atravesando el esfínter interno, se dirigen a la submucosa especializada que engloba los pediculos hemorroidales superiores ¿cuál es su nombre? (2014 mayo)

- a) Musculo de Sappey.
- b) Musculo de Treitz.
- c) Musculo de Meyerhoiz.
- d) Fibras de Auerbach.
- e) Corrugador ani.

*correcta: b

. Varón de 27 años que acude a Urgencias por presentar desde hace 30h dolor y sensación de tensión en región perianal. A la exploración física presenta en el margen anal una tumoración de color violáceo, lisa bien delimitada, dolorosa, de 1cm. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Hemorroide interna prolapsada y trombosada.
- b) Absceso perianal.
- c) Ninguna de las señaladas.
- d) Hematoma perianal.
- e) Cáncer de ano.

→ hemorroides externals

- dilatación plexo hemorroidal inferior = engrosamiento margen anal

- continuidad piel-nódulo

- patología plexo venosos hemorroidal inferior = trombosis hemorroidal ecternal = hematoma perianal

- nódulo hemorroidal externo duro a nivel límite ano-cutáneo + signos inflamatorios (flebitis) + color violáceo + mucosa tersa/tirante/lisa

- dolor ⇒ plexo hemorroidal inferior localiza x debajo línea pectínea - SI terminaciones nerviosas

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes características del " sangrado" de las hemorroides es errónea? La rectorragia....(2017 junio) (2016 julio) (2016 mayo)

- a) Es normalmente el síntoma más precoz.
- b) No se asocia con frecuencia a dolor.
- c) Suele asociarse a la defecación.

d) Puede ser oculta.

e) Es profusa y alarmante.

→ hemorroides internas - clínica => rectorragia:

- (+) frec -> síntoma fundamental

- pequeñas cantidades sangre - en relación con defecación => raro hemorragia profusa

- sangre: roja + fresca + brillante -> NO mezclada con heces

*correcta: e

. En revisiones recientes como la de Jacobs (N Engl J MED 2014 371:944) ¿ Qué porcentaje de pacientes con hemorroides presentan prurito anal? (2016 julio)

a) 90%.

b) 70%.

c) 55%.

d) 20%.

e) 45%.

→ NEJM revisión ppl síntomas hemorroides = hemorroides (60%) > prurito (55%) > molestias perianales (20%) > escape (10%)

*correcta: c

. En revisiones recientes como la de Jacobs N ENGLAND, ¿qué porcentaje de pacientes con hemorroides se presentan con Soiling (manchado)? (2018 junio)

a) 15.

b) 30.

c) 20.

d) 10.

e) <5.

*correcta: d

. En revisiones recientes como la de Jacobs(N Engl J med 2014;371:944) que porcentaje de pacientes con hemorroides se presentan con "escape"? (2017 junio)

a) 90%.

b) 80%

c) 60%.

d) 20%.

e) 10%.

*correcta: e

. En revisiones recientes como la de Jacobs (N. Engl J Med 2014, 371:944) ¿ Qué porcentaje de pacientes con hemorroides se presentan con hematoquecia? (2016 mayo)

a) 90.

b) 80.

c) 60.

d) 20.

e) <5.

*corecta: c

. ¿A qué grado corresponde una enfermedad hemorroidal con prolapso visible con esfuerzo deposicional que no se reduce espontáneamente y sí manualmente? (2024 mayo)

a) Grado 1.

b) Grado 2.

c) Grado 3. *

d) Grado 4.

e) Grado 5.

→ hemorroides - clasificación

1. Grado I = dilatación sin descenso + NO síntomas + difícil dx + NO se ven desde el exterior

2. Grado II = prolapsan con esfuerzo + reducen cuando no hay esfuerzo

- 3. Grado III = prolapso NO se reduce espontáneamente + SI reduce con presión dedo
- 4. Grado IV = prolapso irreducible y permanente + complicación trombosis hemorroidal

. Las hemorroides de 2º grado: (2017 junio)

- a) No prolapsan.
- b) Trombosis hemorroidal.
- c) Prolapso y reducción espontánea.
- d) Prolapso y reducción manual.
- e) Son irreducibles.

*correcta: c

. Clasificamos a las hemorroides de grado III cuando: (2015 junio)

- a) Existe trombosis hemorroidal.
- b) No hay prolapso.
- c) Hay prolapso con reducción manual.
- d) Hay prolapso con reducción espontánea.
- e) Hay prolapso irreducible.

*correcta: c

. Una mujer de 40 años diagnosticada de endometriosis, acude a la consulta de cirugía por rectorragias. La historia clínica es sugestiva de hemorroides. La exploración física no revela nada anormal. En la anuscopia-rectoscopia se observan hemorroides de grado I. ¿Qué otra prueba diagnóstica solicitaría para asegurar el diagnóstico de la enferma? (2018 junio)

- a) Colonoscopia.
- b) Exploración ginecológica.
- c) Resonancia magnética.
- d) Eco-endoscopia transanal.
- e) Ninguna.

*correcta: e

. Un enfermo presenta unas hemorroides típicas, por clínica y exploración física. Con respecto a las indicaciones de realización de colonoscopia en este caso, señale la afirmación incorrecta: (2016 julio)

- a) Solo de forma excepcional está indicada la colonoscopia.
- b) Clínica atípica.
- c) Anemia.
- d) Cambios del hábito intestinal.
- e) Riesgo de cáncer (familiar...).

→ hemorroides internas - Dx - colonoscopia = no sistémica - Sí selectiva/individualizada → indicaciones colonoscopia:

- 1. anemia
- 2. clínica atípica
- 3. cambios hábito intestinal / tenesmo
- 4. Hª fam/personal cáncer
- 5. Sd cáncer familiar (S.Lynch)
- 6. EII / antecedentes Qx
- 7. >40a (SOH)

*correcta: a

. Un enfermo presenta una hemorroides típicas, por clínica y exploración física. Con respecto a las indicaciones de realización de colonoscopia en este caso, señale la afirmación incorrecta: (2017 junio) (2016 mayo)

- a) Clínica atípica.
- b) Anemia.
- c) Riesgo de cáncer (familiar...).
- d) Cambios del hábito intestinal.
- e) >30 años.

*correcta: e

. Con respecto a la necesidad de realizar una colonoscopia total en un paciente diagnosticado de hemorroides, señale la respuesta Falsa: (2015 junio)

- a) Con clínica atípica.
- b) Con anemia.
- c) Con cambios del hábito intestinal.
- d) En caso de riesgo de cáncer (familia.).
- e) Si el diagnóstico de hemorroides es evidente no hay que hacer la prueba.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos ha demostrado su eficacia en la patología hemorroidal? (2020 mayo)

- a) Ninguno de los mencionados.
- b) Agentes vasoconstrictores.
- c) Vitamina E.
- d) Corticoides.
- e) Lidocaína local.

→ hemorroides internas - tto médico

- fibras formuladas = plantaben

- flavonoides = diosmina (venotónico)

- pomadas corticoides/anestésicos locales = NO existe ningún estudio que indique uso de estas pomadas

*correcta: a

. Con respecto a las modalidades de tratamiento "intervencionista" no estrictamente quirúrgico-resectivo de las hemorroides, ¿cuál suele considerarse el más recomendado? (2020 mayo)

- a) Ablación con radiofrecuencia.
- b) LASER.
- c) Fotocoagulación con infrarrojos.
- d) Esclerosis.
- e) Bandas elásticas.

→ hemorroides internas - tto instrumental NO Qx:

- bandas elásticas = (+) usado + (+) indicado

- inyección agente esclerosante

- fotocoagulación con infrarrojos

- embolización arterial

*correcta: e

. ¿Cuál es el principal "inconveniente" de la hemorroidectomía convencional de Milligan Morgan? (2019 julio) (2018 junio)

- a) Hemorragia postoperatoria.
- b) Estenosis anal.
- c) Incontinencia menor.
- d) Dolor postoperatorio.
- e) Recurrencia de la enfermedad.

→ Cx hemorroides mala fama = curso postoperatorio muy doloroso

*correcta: d

. ¿Cuál es el efecto secundario o inconveniente mas frecuente de la cirugía de las hemorroides? (2017 junio)

- a) Incontinencia.
- b) Dolor.
- c) Retención urinaria.
- d) Hemorragia postoperatoria.
- e) Ninguno de las anteriores.

*correcta: b

. ¿A qué autor atribuye la técnica de hemorroidopexia con grapadora? (2016 mayo)

- a) Milligan y Morgan.
- b) Parks.
- c) Ferguson.

d) Whitehead.

e) Longo.

→ hemorroides internas - tto Qx no excisionante => técnica de Longo (Stapler) = hemorroidopexia por grapado

*correcta: e

. ¿Con qué procedimiento quirúrgico relaciona la técnica de Milligan y Morgan para tratamiento de hemorroides? (2016 julio) (2016 mayo)

a) Pexia.

b) Ligadura arterial guiada por doppler.

c) Hemorroidectomía abierta de los tres pedículos.

d) Hemorroidectomía cerrada.

e) Fotocoagulación con infrarrojos.

→ hemorroides internas - tto Qx - excisionantes= hemorroidectomía abierta técnica Milligan-Morgan = extirpación + liberación plexos hemorroidales

*correcta: c

. ¿Cuál es la principal ventaja de la hemorroidectomía con dispositivos de alta energía tipo bisturí ultrasónico o bipolar informatizado (ultracision, ligasure) al menos teóricamente, frente a los otros procedimientos? (2020 mayo) (2016 julio)

a) Más rápida.

b) Produce menos hemorragia.

c) Menor índice infección.

d) Menos dolor postoperatorio.

e) Menor índice recurrencias.

→ Hemorroidectomía abierta - técnica Milligan-Morgan

- se puede suturar con dispositivos de alta energía (Ligasure) / ultrasonidos (bisturí harmónico) -> suponen menos dolor postoperatorio.

*correcta: d

. Si durante la hemorroidectomía abierta de Milligan y Morgan no se respetan tres puentes cutáneo-mucosos integros, ¿ qué complicación postoperatoria puede ocurrir? (2014 mayo)

a) Incontinencia.

b) Prolapso.

c) Recurrencia.

d) Estenosis anal.

e) Dolor.

→ Hemorroidectomía abierta técnica Milligan-Morgan:

- lechos quedan abiertos (imagen trébol) = dejando mucosa + piel intactos = para que al cicatrizar no se produzcan estenosis

*correcta: d

. ¿A qué autor atribuye la técnica de hemorroidectomía cerrada del año 1959? (2019 julio) (2018 junio) (2016 mayp)

a) Milligan y Morgan.

b) Parks.

c) Ferguson.

d) Longo.

e) Whitehead.

→ hemorroides internas - tto Qx

1. Hemorroidectomía abierta técnica Milligan-Morgan

2. Hemorroidectomía cerrada de Ferguson.

*correcta: c

. ¿A qué autor atribuye la técnica de hemorroidectomía cerrada del año 1959? (2020 julio) (2016 julio)

a) Ninguno de los que se citan.

b) Parks.

c) Kubchandani.

d) Morson.

e) Goligher.

→ hemorroides - tto Qx - excision antes = hemorroidectomía cerrada de Ferguson

*correcta: a

. ¿Qué procedimiento recomendaría para tratar unas hemorroides de 2º grado? (2020 mayo)

- a) Técnica de grapado de Longo.
- b) Hemorroidectomía abierta de Milligan-Morgan.
- c) Hemorroidectomía cerrada de Ferguson.
- d) Ningún tratamiento quirúrgico como primera opción.
- e) Cualquiera de las tres intervenciones es válida.

*correcta: d

. Una mujer de 38 años que es consultada por rectorragias, es finalmente diagnosticada de hemorroides grado III ¿cuál tratamiento indicaría? (2019 julio)

- a) Medidas higiénico-dietéticas y suplementos de fibra.
- b) Aplicación bandas elásticas.
- c) Tratamiento con luz infrarroja.
- d) Hemorroidectomía Milligan-Morgan.
- e) Opción a + opción b.

→ hemorroides algoritmo tto

1. Hª clínica + EF (anoscopio/rectoscopia sí necesario)
2. Exclusión otros Dx = CCR + Crohn + ...
3. Cambios hábitos y dieta + medidas higiénicas (baños de asiento) + suplemento fibra
4. Grado

- I = terapia conservadora con: suplementos fibra + cambios hábito-dietéticos
- II = tto instrumental NO Qx (banda elástica)
- III = banda elástica + considerar manejo Qx
- IV = manejo Qx (hemorroidectomía abierta)

*correcta: d (yo no sé si hubiera puesto la e)

. Una mujer de 38 años que es consultada por rectorragias, es finalmente diagnóstica de hemorroides grado I, ¿cuál tratamiento indicaría? (2018 junio)

- a) Medidas higiénico-dietéticas y suplementos de fibra.
- b) Aplicación de bandas elásticas.
- c) Tratamiento con luz infrarroja.
- d) Hemorroidectomía de Milligan-Morgan.
- e) Ligadura de arteria hemorroidal y pexia.

*correcta: a

. Teniendo en cuenta los resultados publicados, para el tratamiento de hemorragia grado II, ¿qué procedimiento terapéutico indicaría entre los siguientes? (2015 junio)

- a) Escleroterapia.
- b) Ligadura con bandas elásticas.
- c) Fotocoagulación con infrarrojos.
- d) Hemorroidectomía de Milligan y Morgan.
- e) Hemorroidectomía cerrada tipo Ferguson.

*correcta: b

. En la revisión de Jacobs sobre hemorroides (NEW ENGLAND) se compara el resultado de distintos tratamientos ¿cuál es el que presenta una menor recurrencia de la enfermedad? (2018 junio)

- a) Hemorroidectomía convencional abierta.
- b) Hemorroidectomía con técnica de grapado (Longo).
- c) Hemorroidectomía con empleo de dispositivos de sellado quirúrgico de alta energía.
- d) Ligadura arterial mediante eco-Doppler.
- e) Fotocoagulación con láser.

*correcta: c

*.Cuál de las siguientes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las hemorroides está sujeta a un riesgo potencial de complicaciones más graves? (2020 mayo)

- a) Milligan y Morgan.
- b) Feguson.
- c) Whitehead.
- d) Longo.
- e) Parks.

*correcta: d(según corrección, pero según chat GPT: c)

25. FISURA ANAL

. La localización más frecuente de la fisura anal es: (2017 junio) (2016 julio) (2016 mayo)

- a) Anterior.
- b) Posterior.
- c) Lateral derecha.
- d) Lateral izquierda.
- e) No existe una localización preferente.

→ fisura anal - localizaicon => línea media posterior del canal anal = localización (+)frec

*correcta: b

. ¿Qué tratamiento farmacológico indicaría en una fisura anal crónica como primera opción, además de las medidas higiénico-dietéticas, si éstas no consiguen la curación? (2024 mayo)

- a) Diltiazem tópico.
- b) Nitroglicerina tópica.
- c) Xilocaína.
- d) Toxina botulínica.
- e) Opciones a) o b). *

→ fisura anal - tto médico

1. Nitroglicerina tópico / Diltiazem tópico
2. Toxina botulínica

. El empleo de nitroglicerina tópica en el tratamiento de la fisura anal se basa en el mecanismo de: (2018 junio) (2017 junio) (2016 mayo)

- a) Bloqueo de los canales de calcio.
- b) Bloqueo de liberación de acetilcolina presináptica.
- c) Donador de óxido nítrico.
- d) Reducir el tono del esfínter.
- e) Ninguno de los supuestos anteriores es válido.

→ fisura anal - tto médico => nitroglicerina tópica = mecanismo acción consiste producción NO

*correcta: c

. El empleo de toxina botulínica en el tratamiento de la fisura anal se basa en su mecanismo de: (2016 julio)

- a) Bloqueo de los canales de calcio.
- b) Bloqueo de liberación de acetilcolina presináptica.
- c) Donador de óxido nítrico.
- d) Reducir el tono del esfínter.
- e) Ninguno de los supuestos anteriores es válido.

→ fisura anal - tto médico => toxina botulínica (bloqueo transmisión neuromuscular) = impide liberación acetilcolina de fibras presinápticas

*correcta: b

. La operación de Notarás hace referencia ¿a cuál de los procedimientos siguientes? (2018 junio) (2017 junio)

- a) La dilatación anal forzada.
- b) Esfinterotomía lateral interna abierta.
- c) Esfinterotomía lateral interna cerrada.
- d) Inyección de toxina botulínica.
- e) Flap de avance mucoso.

*correcta: c

. La operación de Notarás hace referencia ¿a cuál de los procedimientos siguientes? (2016 julio) (2016 mayo)

- a) Dilatación anal forzada.
- b) Esfinterotomía lateral interna abierta.
- c) Ninguna de las que se mencionan aquí.
- d) Inyección de toxina botulínica.
- e) Flap de avance mucoso.

→ fisura anal - tto Qx:

1. Esfínter rompía lateral interna abierta
2. Esfinterectomía lateral cerrada / técnica Notaras
3. Flap anal de Avance

*correcta: c

. ¿Con qué patología relaciona la operación de Notarás? (2014 mayo)

- a) Fístula anal.
- b) Fisura anal.
- c) Quiste pilonidal.
- d) Hemorroides.
- e) Condilomas acuminados.

*correcta: b

. De entre las opciones terapéuticas que siguen ¿cuál no está indicada en la fisura anal? (2014 mayo)

- a) Nitroglicerina tópica.
- b) Aplicación de bandas elásticas.
- c) Bloqueantes canales de calcio.
- d) Toxina botulínica.
- e) Esfinterotomía lateral interna.

*correcta: b

. ¿Cuál afirmación es correcta respecto a la fisura anal? (2023 mayo)

- a) La fisurectomía y el flap de avance podría estar indicado en los casos sin hipertonía del esfínter.
- b) La simple fisurectomía sin esfinterectomía lateral interna suele ser un tratamiento útil.
- c) En enfermedad de Crohn no se recomienda la esfinterectomía.
- d) Las respuestas anteriores son falsas.
- e) Son correctas la a y la c. *

→ fisura anal - tto Qx:

- Flap anal de Avance = fisuras sin hipertonía del esfínter (no se sabe por qué ocurre, pero algunos pacientes no tienen hipertonía) = consiste en tapar con tejidos quirúrgicos la fisura.
- se están intentando otros tratamientos como la fisurectomía (si hay fisura asociada, combinada con toxina botulínica) y flap anal de avance.

→ *no viene en los apuntes* enfermedad Crohn = no recomienda esfinterotomía lateral interna debido x (+) riesgo: mala cicatrización + formación fístulas + alteraciones continencia.

Pacientes Crohn = predisposición: inflamación + ulceración crónica → canal anal = intervención en esfínter interno genere complicaciones significativas.

Tto elección = manejo conservador con medidas médicas (baños de asiento, laxantes formadores de bolo, analgésicos) y, si es necesario, inyecciones de toxina botulínica o técnicas como el flap de avance en fisuras crónicas.

26. PATOLOGÍA PERIANAL

. ¿Con qué estructura anatómica se relaciona la infección ("sepsis") perianal? (2024 mayo)

- a) Glándula anal. *
- b) Plexo hemorroidal externo.
- c) Esfínter interno.
- d) Esfínter externo.
- e) Fascículo pubo-rectal.

→ infección/sepsis perianal = consecuencia infección glándulas anales

	ABSCESO	FÍSTULA
Def	acumulación pus [IN] cavidad formada x infección	comunicación anormal entre 2 estructuras (ej. ano-piel perianal)
Causa	infección bacteriana = inflamación + pus	absceso NO curado
Síntomas	dolor intenso + hinchazón + enrojecimiento + fiebre + pus	supuración crónica de pus + dolor leve/interm + inflamación
Evolución	si no drenamos = crece = se rompe = se extiende	se mantiene abierta y recurrente
Tto	drenaje Qx + ATB (si necesita)	Cx cierre comunicación = fistulotomía/fistulectomía

. El absceso que se sitúa por encima del músculo elevador del ano y por fuera del recto se denomina: (2020 mayo) (2016 mayo)

- a) Isquio-rectal.
- b) Marginal.
- c) Interesfinteriano.
- d) Supraesfinteriano.
- e) Pelvi-rectal.

→ absceso perianal - localización

- interesfinteriano = localizado (no se extiende)

- perianal = debajo esfínter externo

- submucoso

- pelvirrectal = encima elevador ano

- isquio-rectal = perfora esfínter externo → espacio isquiorectal = continuidad → absceso en herradura

→ absceso perianal - absceso pelvirrectal:

- busca salida en dirección vertical ascendente

- localiza: x encima elevador ano

*correcta: e

. El absceso que se sitúa por debajo del músculo elevador del ano y por fuera del recto se denomina: (2019 junio) (2018 junio) (2016 julio)

- a) Isquio-rectal.
- b) Pelvi-rectal.
- c) Interesfinteriano.
- d) Supraesfinteriano.
- e) Marginal.

*correcta: a

. El absceso que se sitúa por debajo del músculo elevador del ano entre el recto y la pared lateral de la pelvis se denomina: (2017 junio)

- a) Isquio rectal.
- b) Pelvi rectal.
- c) Interesfinteriano.
- d) Supraesfinteriano.

e) Marginal.

*correcta: a

. Un absceso perineal en herradura ¿en qué espacio anatómico se desarrolla habitualmente? (2023 mayo)

- a) Fosa isquio-anal.
- b) Espacio pelvi-rectal.
- c) Espacio interesfintérico.
- d) Sacro-ilíaco.
- e) Subcutáneo para-anal.

→ absceso isquio-rectal = espacio isquiorectal anatómicamente en continuidad contralateral = absceso herradura

*correcta: a

. Un varón de 63 años presenta un absceso perianal localizado a nivel isquio-anal. ¿Cual debe ser el tratamiento en este caso? (2020 julio) (2020 mayo) (2019 junio)

- a) Tratamiento médico con antibióticos.
- b) Abordaje vía laparoscópica.
- c) Drenaje percutáneo transabdominal.
- d) Drenaje vía transrectal.
- e) Drenaje vía perineal.

→ absceso - tto = drenaje Qx - depende localización

- isquio-rectal = drenaje x fuera periné
- interesfinteriano = se incide en esfínter interno para drenarlo
- pelvirrectal = Qx con rectoscopia
- marginal = drenaje espontáneo

*correcta: e

. Un varón de 63 años presenta un absceso perianal localizado a nivel pelvi-rectal por evolución en dirección craneal de un absceso interesfinteriano ¿cuál debe ser tratamiento en este caso? (2018 junio)

- a) Tratamiento médico con antibióticos.
- b) Drenaje vía perineal.
- c) Drenaje vía transrectal.
- d) Drenaje percutáneo transabdominal.
- e) Abordaje vía laparoscópica.

*correcta: c

. Con respecto a las indicaciones de tratamiento antibiótico en los abscesos perianales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta? (2020 mayo) (2017 junio) (2016 julio) (2016 mayo)

- a) En caso de celulitis extensa.
- b) Si se precisa un desbridamiento perianal amplio.
- c) En diabéticos.
- d) Están indicados en todos los casos.
- e) En inmunosuprimidos.

→ abscesos - tto = ATB iv amplio espectro = NO admin sistémica / SÍ selectiva => requieren ATB:

1. DM
2. portador válvula / material protésico
3. edad avanzada
4. comorbilidades importantes
5. inmunosuprimido (cancer, SIDA, medicación, ...)
6. desbridamiento amplio (si infección local es extensa)
7. celulitis extensa

*correcta: d

. ¿A qué patología hace referencia la clasificación de Parks? (2018 junio)

- a) Hemorroides.
- b) Fisura anal.
- c) Absceso perianal.

- d) Fístula de ano.
- e) Son correctas la c y la d.

*correcta: d

. ¿Cuál es el tipo de fístula perianal más frecuente? (2020 mayo) (2016 julio) (2016 mayo)

- a) Transesfinteriana.
- b) Supraesfinteriana.
- c) Subesfinteriana.
- d) Extraesfinteriana.
- e) Interesfinteriana.

→ fístula anal - clasificación Parks (1976)

1. interesfinteriana = (+) frec 45%
2. transesfinteriana = 30%
3. supraesfinteriana = 20%
4. extraesfinteriana = 5%

*correcta: e

. ¿A qué tipo de fístula de ano corresponde una de tipo II de Parks? (2019 junio)

- a) Interesfinteriana.
- b) Transesfinteriana.
- c) Supraesfinteriana.
- d) Extraesfinteriana.
- e) En herradura.

*correcta: b

. ¿Cuál es la frecuencia de la fístula de ano transesfinteriana? (2018 junio)

- a) 10%.
- b) 20%.
- c) 30%.
- d) 40%.
- e) 50%.

*correcta: c

. La fístula de ano de tipo supraesfinteriano en la clasificación de Parks de 1976 que porcentaje supone en el total? (2015 junio)

- a) 45.
- b) 30.
- c) 20.
- d) 10.
- e) 5.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes no se incluye entre las fístulas de ano complejas? (2020 julio) (2015 junio)

- a) En enfermedad de Crohn.
- b) Posterior en la mujer.
- c) Múltiples trayectorias.
- d) Recurrente.
- e) Tracto afecta > 30-50% del esfínter externo.

→ fístulas complejas:

1. trayecto fístula afecta >30-50% esfínter anal externo
2. anteriores en mujeres (= fístula rectovaginal)
3. múltiples trayectos
4. recurrentes
5. asociadas incontinencia
6. x irradiación local (debido a cáncer)
7. Ell (Crohn)

8. multíparas (debilidad muscular)

*correcta: b

. Entre las siguientes, ¿cuál no se considera habitualmente como fistula compleja? (2017 junio) (2016 mayo)

- a) El tracto afecta >30-50% del esfínter externo.
- b) Con incontinencia.
- c) Múltiples trayectos.
- d) Anterior en el varón.
- e) Recurre.

*correcta: d

. Entre las siguientes, ¿cuál no se considera habitualmente como fistula compleja? (2016 julio)

- a) El tracto afecta >30-50% del esfínter externo.
- b) Intersfínteriana baja posterior.
- c) Con incontinencia.
- d) Múltiples trayectos.

*correcta: b

. ¿Con qué patología proctológica relaciona la ley de Goodsall? (2017 junio) (2015 junio)

- a) Fisura anal.
- b) Hemorroides.
- c) Fistula de ano.
- d) Absceso perianal.
- e) Quiste pilonidal.

→ fístulas - ley de Goodsall = orificio externo

- 1/2 anterior = trayecto rectilíneo (entre orificio externo e interno)

- 1/2 posterior = trayecto rectolíneo / curvilíneo

*correcto: c

. El objetivo prioritario de la infección o sepsis perianal es: (2018 junio)

- a) Extirpación de todo el trayecto de la fístula de ano.
- b) Control de la infección.
- c) Mantenimiento de la función esfínteriana.
- d) Son correctas las respuestas a y c.
- e) Son correctas las respuestas b y c.

→ fístulas - tto - objetivos:

1. Prevenir + evitar reagidización en forma absceso = eliminación foco séptico + extirpación tracto epitelizado asociado
2. Dejar menor repercusión funcional posible x riesgo incontinencia post fistulectomía

*correcta: e

.Cuál es el tratamiento quirúrgico de elección para una fistula de ano interesfínteriana baja, con mínima afectación del esfínter interno? (2023 mayo)

- a) Dilatación anal forzada.
- b) Fistulotomía.
- c) Colocación de «seton» (sedal).
- d) Técnica de «lift».
- e) Colocación de «plug» (tapón).

*correcta: b

. Un enfermo varón de 54 años presenta una fístula de ano cuyo orificio externo se localiza a 1 cm del margen anal, a las 5h en posición de talla. El trayecto es superficial y parece palparse bien en toda su longitud hasta el canal anal ¿qué procedimiento quirúrgico cree indicado para tratar a este paciente? (2016 mayo)

- a) Fistulotomía.
- b) Colocación de un sedal o seton.
- c) Técnica de LIFT.
- d) Sellado con fibrina.

e) Colgajo de avance mucoso.

→ fístulas - tto Qx => fistulotomía = fístulas muy superficiales

*correcta: a

. El tratamiento quirúrgico mediante técnica de LIFT ¿a qué enfermedad se aplica? (2024 mayo)

a) Trombosis hemorroidal refractaria al tratamiento conservador.

b) Fisura anal.

c) Absceso perianal isquiaoanal en herradura.

d) Fístula criptoglandular.

e) A ninguna de las anteriores.

→ fístula anal - tto => LIFT (ligadura interesfinteriana) = uso si se compromete un fascículo importante del esfínter

*correcta: d

. ¿Qué técnica quirúrgica para el tratamiento de la fístula criptoglandular utiliza el espacio interesfinteriano? (2023 mayo)

a) Fistulectomía.

b) Fistulotomía.

c) Colocación de sedal.

d) Tratamiento con LASER.

e) Lift.

*correcta: e

. Una enferma de 35 años una fístula de ano, cuyo orificio externo se localiza a 2 cm del margen anal, a las 12 h en posición de talla. El trayecto es profundo y su orificio interno se localiza en la cara anterior del canal anal a 4 cm del margen anal.

¿Qué procedimiento quirúrgico cree indicado para tratar a este paciente inicialmente? (2019 junio)

a) Colocación de un sedal o seton.

b) Técnica de " lift".

c) Fistulotomía.

d) Sellado con fibrina.

e) Ninguno de los anteriores.

*correcta: a

. Una enferma de 29 años, diagnosticada desde hace 5 años de enfermedad de Crohn ileocecal a tratamiento con inmunosupresores, presenta desde hace 6 meses una fístula de año con varios orificios externos y trayectos, alguno ascendente. Ha sufrido un episodio de absceso perianal que precisó drenaje quirúrgico. Con respecto al tratamiento de la fístula. ¿Qué técnica aconsejaría? (2018 junio)

a) Lift (ligadura del tracto en el espacio interesfinteriano).

b) Colgajo mucoso de avance de espesor completo.

c) Colocación de un seton.

d) Sellado de fibrina.

e) Fistulectomía.

*correcta: c

. Una enferma, de 48 años presenta una fístula de ano, cuyo orificio externo se localiza a 4 cm del margen anal, a las 10h en posición de talla. El trayecto es profundo y su orificio interno se localiza alto en el canal anal, aproximadamente a 5 cm del margen anal y existe gran componente inflamado agudo ¿ qué procedimiento quirúrgico cree indicado para tratar a este paciente inicialmente? (2018 junio)

a) Colocación de un sedal o setón cortante.

b) Técnica de lift.

c) Fistulotomía.

d) Sellado con fibrina.

e) Ninguno de los anteriores.

*correcta: e

. Un enfermo varón de 54 años presenta una fístula de ano, cuyo orificio externo se localiza a 5 cm del margen anal, a las 5 horas en posición de talla. El trayecto es profundo y abarca mas del 50% de la altura del esfínter externo, ¿que procedimiento quirúrgico cree indicado para tratar a este paciente? (2017 junio) (2016 julio)

- a) Colocación de un sedal o seton.
- b) Técnica de "lift".
- c) Fistulotomía.
- d) Sellado con fibrina.
- e) Colgajo de avance mucoso.

→ fístulas anales - tto:

- fistulectomía = en fístulas interesfinterianas/transesfinterianas superficiales → encima fístula está todo complejo anatómico esfinteriano intacto
- técnica LIFT / ligadura interesfinteriana = fístulas transesfinterianas → NO en trayectos múltiples/tortuosos
- setón = 1º → da tiempo para toma decisión correcta

*correcta: a

. ¿Con qué patología anorrectal relaciona los condilomas acuminados? (2018 junio)

- a) Adenocarcinoma.
- b) Melanoma.
- c) Carcinoma epidermoide.
- d) Carcinoide.
- e) Tumor de Paget.

→ condiloma acuminado = riesgo transformación maligna - puede asociarse a carcinoma intraepitelial escamoso, verrucoso

*correcta: c

26. PROLAPSO RECTAL E INCONTINENCIA FECAL

. ¿Cuál no constituye un factor predisponente del prolapso rectal? (2019 junio)

- a) Sexo masculino.
- b) Mayor edad.
- c) Multiparidad.
- d) Constipación: esfuerzos defecatorios.
- e) Aumento presión abdominal.

→ prolapso rectal - factores predisponentes

1. sexo femenino = 6 veces > que en varones
2. edad avanzada
3. multiparidad
4. constipación crónica = paciente necesita hacer mucho esfuerzo defecatorio
5. presión abdominal aumentada
6. debilidad musculatura suelo pélvica
7. Cx pélvica previa
8. enfermedades neurológicas
9. alt psiquiátricas

*correcta: a

. La operación de Delorme es una técnica (señale la correcta): (2019 junio)

- a) Para el tratamiento de la incontinencia fecal.
- b) Por vía perineal.
- c) Por vía laparoscópica.
- d) Utiliza una malla anclada con puntos en el suelo pélvico y en el promontorio de la pelvis.
- e) Indicada en pacientes jóvenes con buen estado general.

→ prolapso rectal - tto vía perineal:

- procedimiento de Delorme
- procedimiento de Altemeier = extirpar todo recto saliente x proctomía

*correcta: b

. La técnica de tratamiento quirúrgico del prolapso rectal consistente en la fijación del recto al promontorio se denomina técnica de: (2019 junio)

- a) Delorme.
- b) Altemeier.
- c) Rectopexia de D'Hoore.
- d) Ripstein.
- e) Turnbull.

→ prolapso rectal - tto Qx - vía abdominal = técnica Hoore

- rectopexia vebtari (anterior) laparoscópica
- uso: pacientes jóvenes con otras patologías periné
- técnica transabdominal (aún siendo laparoscópica)
- consiste: movilizar recto hacia arriba + fijarlo con malla al promontorio sacro
- proceso Qx con mejores resultados
- técnica elección

*correcta: c

. ¿Cuál es la etiología mas frecuente de la incontinencia anal? (2024 mayo)

- a) Neuropatía pudenda.
- b) Esclerosis múltiple.
- c) Denervación secundaria.
- d) Traumatismos accidentales.
- e) Defecto estructural en el esfínter yatrogénico. *

→ incontinencia - etiología => alteración esfínteres anales = defecto muscular (obstetrico, quirúrgico-yatrogénico, accidental, ...)

→ [explicación chatGPT] incontinencia anal = pérdida involuntaria de gases/heces x fallo mecanismos continencia recto/esfínter anal → causa (+) frec: defecto estructural esfínter anal de origen yatrogénico, secundario a:

- Traumatismos obstétricos (desgarros perineales durante el parto vaginal).
- Cirugía anorrectal previa (esfínterotomía, hemorroidectomía, fistulectomía).
- Radioterapia pélvica: Puede debilitar los tejidos perineales y esfínterianos.

. ¿Cuál es la causa más frecuente de incontinencia fecal? (2023 mayo)

- a) Neuropatía pudenda.
- b) Prolapso rectal.
- c) Recto-cistocele.
- d) Cirugía del cáncer de recto.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: e

. ¿Cuál es la causa más frecuentemente tratable de la incontinencia fecal? (2020 julio) (2020 mayo)

- a) Neuropatía pudenda.
- b) Quirúrgica-yatrogénica.
- c) Prolapso rectal.
- d) Obstétrica.
- e) Accidental.

→ incontinencia - etiología:

- (+) frec = quirúrgico-yatrogénica
- (+) tratable = obstréctica

*correcta: d

. ¿Cuál es la causa de la incontinencia fecal más frecuentemente tratable y con mejores resultados? (2019 junio)

- a) Idiopática.
- b) Quirúrgica - iatrogénica.
- c) Accidental.
- d) Neuropatía pudenda.
- e) Ninguna de las anteriores.

*correcta: e

. Bien hecha la indicación quirúrgica y tras un correcto estudio del enfermo. ¿Cuál de las siguientes técnicas tiene mejores resultados en el tratamiento de la incontinencia? Seleccione unha: (2020 mayo)

- a) Inyección de agente "bulking" (aumentadores de volumen de la luz del canal anal).
- b) Ninguna de las descritas.
- c) Colgajo de avance mucoso-submucoso.
- d) Implantación de esfínter artificial.
- e) Gracioplastia dinámica.

→ incontinencia fecal - tto = medidas conservadoras

- salvo esfínteroplastia = el resto son técnicas discutidas con eficacia regular

*correcta: b

. Bien hecha la indicación quirúrgica y tras un correcto estudio del enfermo, ¿cuál de las siguientes técnicas tiene mejores resultados en el tratamiento de la incontinencia? (2019 junio)

- a) Esfínteroplastia.
- b) Gracioplastia dinámica.
- c) Implantación de un esfínter artificial.
- d) Inyección de agentes " bulking" (aumentadores de volumen en la luz del canal anal).
- e) Colgajo de avance mucoso-submucoso.

*correcta: a

*. ¿Cuál es la escala más frecuente utilizada en la evaluación funcional de la incontinencia fecal? (2020 julio) (2019 junio)

- a) Wexner/Cleveland.
- b) Mayo.

- c) Quality of Life.
- d) LARS.
- e) Parks.

*correcta: a

*. ¿Cuál de los siguientes parámetros no se tiene en cuenta en la escala o valoración de Cleveland (Wexner score) de la incontinencia fecal? Seleccione una: (2020 mayo)

- a) Fragmentación de la deposición.
- b) Alteración del estilo de vida.
- c) Tipos de heces.
- d) Frecuencia en el tiempo.
- e) Necesidad de recurrir a dispositivos tipo "pañal".

*correcta: a

27. CÁNCER DE RECTO

. Con respecto a las relaciones del recto con el peritoneo pélvico ¿qué afirmación es cierta? (2023 mayo)

- a) Sólo el tercio inferior es totalmente extraperitoneal.
- b) Sólo el tercio superior es totalmente intraperitoneal.
- c) Los dos tercios superiores son intraperitoneales.
- d) Todo el recto es extraperitoneal.
- e) El fondo de saco recto vesical en el varón se sitúa a unos 12 cm del ano.

*correcta: a

. El drenaje linfático del tercio medio del recto ¿a qué ganglios regionales se dirigen? (2023 mayo)

- a) Ilíacos externos.
- b) Hipogástricos.
- c) De la vena mesentérica inferior.
- d) De la sacra media.
- e) Son correctas las respuestas b y c.

→ tercio inferior recto drena → vasos hipogástricos + vena iliaca externa

- metástasis a distancia en pulmón (secundarias en frecuencia tras hígado) xq el drenaje linfático se salta el sistema profa llegando directamente a la cava y de ahí al pulmón

*correcta: e

. Un adenocarcinoma de recto que en profundidad invade la submucosa es un. Seleccione una: (2020 julio)

- a) Tumor no diferenciable de una displasia de alto grado.
- b) Cáncer localmente avanzado.
- c) Carcinoma in situ.
- d) Cáncer precoz.
- e) Hagitt 4.

→ "early cáncer" = carcinoma T1 = invade submucosa

*correcta: d

. La mejor prueba para la estadificación local del cáncer de recto y valorar la profundidad de invasión parietal (cT) es: (2024 mayo)

- a) Tacto rectal.
- b) Rectoscopia rígida.
- c) TC pélvico.
- d) Resonancia magnética pélvica.
- e) Ecografía endorrectal.

→ cáncer de recto - estadificación

- RNM pélvica = muy buena para T + uso para N (tasa error 50%)

- Eco-endoscopia = afinar T

- TC toraco-abdominal = M

*T = profundidad de invasión del tumor en la parte recto (en cáncer anal T = tamaño)

*correcta: d

. Un enfermo de 58 años, varón, es diagnosticado de un cáncer de recto a 7 cm del margen anal. La biopsia corresponde a un adenocarcinoma bien diferenciado. ¿cuál de las siguientes pruebas es de primera elección para la estadificación local del mismo? (2020 julio)

- a) Colonoscopia.
- b) Rectoscopia.
- c) RM.
- d) Ecoendoscopia.
- e) TC tóraco-abdominal.

*correcta: c

. ¿Cuál es el riesgo de metástasis en los ganglios linfáticos regionales en un cáncer de recto T1sm3? (2020 mayo)

- a) 20%.
- b) 30%.

- c) 5%.
- d) 10%.
- e) 15%.

→ cáncer recto - afectación ganglionar según profundidad invasión

T1

- Sm1 (parte superficial submucosa) = 1-3%
- Sm2 = 8%
- Sm3 (afectada totalidad mucosa) = 23%

*correcta: a

. ¿Cuál no es indicación para el tratamiento mediante resección quirúrgica local de un cáncer de recto como única modalidad terapéutica? (2020 julio)

- a) Adenocarcinoma bien diferenciado.
- b) Tumor <7cm de margen anal.
- c) Tumor <3cm.
- d) CT2.
- e) Ausencia de invasión linfo-vascular.

*correcta: d

. ¿Cuál no es una indicación para el tratamiento mediante resección quirúrgica local de un cáncer de recto como única modalidad terapéutica? (2019 junio)

- a) Tumor a < 5 cm de margen anal.
- b) Tumor < de 3 cm.
- c) Adenocarcinoma de alto grado.
- d) CT1.
- e) Ausencia de invasión linfo-vascular.

→ cáncer recto - resección local - indicaciones:

- tumor <4cm
- cara post/lat
- afectación <40% circunferencia rectal
- T1-Sm1
- móvil
- bien diferenciado
- sin invasión linfática
- margen libre >3mm

Resumen = T1 sin signos histológicos de riesgo + 8-10cm margen anal + afectación <40% circunferencia rectal

*correcta: c

. ¿Cuál es una indicación absoluta de amputación abdomino-perineal en un cáncer de recto? (2020 mayo)

- a) Infiltración tumoral del esfínter interno.
- b) Incontinencia/mala función esfinteriana.
- c) Infiltración tumoral del esfínter externo.
- d) Tumores a <1cm anillo anorrectal pequeños sin infiltración del esfínter.
- e) Tumores del canal anal o <1cm del anillo rectal.

→ cáncer recto - tto = amputación abdomino-perineal (Miles)

- cuándo el tumor se acerca mucho al margen anal

*correcta: e

. ¿Cuál considera que es el tratamiento de elección en un adenocarcinoma de bajo grado de recto, de 2 cm de diámetro, situado en la cara posterior del recto a 7 cm de margen anal, cT3bN2MO en RM y TC? (2024 mayo)

- a) Resección local.
- b) Resección local + quimioterapia adyuvante.
- c) Neoadyuvancia con quimio-radioterapia + resección de recto TME + amputación abdomino-perineal.
- d) Inmunoterapia + resección de recto TME + anastomosis colo-rectal.
- e) Resección de recto TME + anastomosis colo-rectal.

→ tumor rectal - tto

- TME = resección mesorecto total
- resección local = [NEED] NO
- amputation abdomino-perineal = tumor cerca margen anal (<8cm)
- neoadyuvante = radio-QT + (si 1/3 medio/sup) resección y anastomosis
- (importante recordar cómo identificar tercios recto) recto = 3 tercios según distancia desde margen anal:
- Recto superior: 10-15 cm del margen anal.
- Recto medio: 5-10 cm del margen anal.
- Recto inferior: 0-5 cm del margen anal.

*correcta: c

. ¿En qué caso no estaría indicado el tratamiento neoadyuvante en el cáncer de recto de tercio inferior en un varón de 56 años? Seleccione una: (2020 mayo)

- a) T4N2M0.
- b) T3N1M0.
- c) T3aNOMO.
- d) T3CNOMO.
- e) T2N1M1.

→ cáncer recto - tto = neoadyuvancia → T3 + T4 + N(+) → NO tiene impacto en metástasis a distancia

*correcta: e

. Un varón de 52 años es diagnosticado de cáncer de recto inferior, estadio cT3N1M0 ¿Cual es tratamiento de elección en este paciente? (2020 mayo)

- a) Quimio-radioterapia neoadyuvante y cirugía diferida 6-10 semanas.
- b) Resección local.
- c) Resección anterior con excisión total del mesorrecto.
- d) Radioterapia neoadyuvante.
- e) Amputación abdomino-perineal.

*correcta: a

. Sobre el tto NO operatorio del cáncer de recto (el llamado "wait & watch" en la literatura anglosajona) señalamos unas afirmaciones. Indique la equivocada. (2020 julio) (2020 mayo)

- a) Es un tto de eficacia comprobada.
- b) Precisa de una perfecta estadificación post-tto neoadyuvante.
- c) El seguimiento debe ser estricto y riguroso.
- d) La cirugía ofrece iguales resultados oncológico que la Cx estándar.
- e) Requiere tratamiento neoadyuvante.

→ cáncer recto - tto neoadyuvante:

- tras completar tto (ciclo corto/largo) = respetar periodo de ventana de espera hasta Cx → fin: produzcan efectos tto - reestadije previo Cx = 8-10sem ⇒ "Wait and Watch" = actualmente no evidencia científica apoye este método (xq aunque la respuesta patológica sea completa no asegura que no hayan quedado nódulos residuales que produzcan recidivas en el futuro).

*correcta: a

28. TUMORES ANALES

. ¿Cuál es el tipo histológico más frecuente del cáncer de ano? (2024 mayo)

- a) Adenocarcinoma.
- b) Carcinoma epidermoide. *
- c) Melanoma.
- d) Paget.
- e) Carcinoide.

→ tumores canal anal => carcinoma epidermoide = supone 85% casos

*Marinfo: a diferencia del cáncer de colon y recto que el (+)frec es el adenocarcinoma

. De entre los siguientes tipos histológicos del tumor maligno del año, ¿cuál es más frecuente en el canal anal? (2018 junio)

- a) Melanoma.
- b) Carcinoma epidermoide.
- c) Adenocarcinoma.
- d) Linfoma.
- e) Ninguno de los anteriores.

*correcta: b

. De entre los siguientes tipos histológicos de tumor maligno, ¿cuál es más frecuente en el ano? (2017 junio)

- a) Paget.
- b) Bowen.
- c) Carcinoma epidermoide.
- d) Epitelioma basocelular.
- e) Melanoma.

*correcta: c

*. De entre los siguientes tipos histológicos de tumor maligno, ¿cuál es más frecuente en el canal anal? (2016 mayo)

- a) Melanoma.
- b) Paget.
- c) Bowen.
- d) Epitelioma espinocelular.
- e) Epitelioma basocelular.

*correcta: a

. El drenaje linfático del canal anal situado entre la línea pectínea y unión ano-rectal se realiza hacia ¿qué territorio vascular de los señalados? (2020 mayo)

- a) Mesentéricos inferiores.
- b) Mesentéricos inferiores e ilíacos internos.
- c) Ilíacos internos y externos.
- d) Ilíacos externos.
- e) Ilíacos internos.

*correcta: b

. El drenaje linfático del canal anal situado entre línea pectínea y unión ano-rectal se realiza hacia ¿qué territorio vascular de los señalados? (2018 junio)

- a) De mesentéricos inferiores.
- b) De ilíacos internos.
- c) De ilíacos externos.
- d) Correctas a y b.
- e) Correctas b y c.

→ línea dentada (pectínea) - puborrectal (unión ano-rectal) = ganglios ilíacos internos + aretruamesentérica inferior (AMI)

*correcta: d

. El término neoplasia anal intraepitelial ¿a qué tipo de tumor hace referencia? (2019 junio)

- a) Enfermedad de Paget.

- b) Enfermedad de Bowen /escamoso.
- c) Melanoma anal.
- d) Carcinoma adenoescamoso.
- e) Carcinoma basocelular.

→ enfermedad de Bowen = AIN = neoplasia anal intraepitelial

*correcta: b

. Con respecto a los siguientes factores de riesgo de cáncer de ano señale la afirmación incorrecta: (2019 junio)

- a) Virus papiloma humano (tipos 16 y 18).
- b) Condiomas acuminados.
- c) VIH.
- d) Neoplasia anal intraepitelial (AIN III).
- e) Descartar adenocarcinoma de endometrio en mujeres

→ carcinoma epidermoide - FR

- virus papiloma humano 16 y 18
- condilomas acuminados
- virus del herpes
- sexo anal con personas afectadas
- VIH
- inmunosupresión
- neoplásica anal intraepitelial grado III (AIN III)
- tabaco
- descartar cáncer cervical en mujeres

*correcta: e

. ¿Cuál no es un objetivo primario del cirujano en el tratamiento del carcinoma epidermoide de ano? (2020 mayo) (2018 junio)

- a) Re-biopsia de cicatriz tras radio quimioterapia.
- b) Tratamiento quirúrgico electivo del tumor primario.
- c) Cirugía de rescate.
- d) Colostomía ante efectos secundarios de radioterapia.
- e) Biopsia de lesiones sospechosas.

→ tumores anales - carcinoma epidermoide - tto - papel Cx

1. participar en Dx = Hª clínica + indicación biopsia
2. biopsia lesiones sospechosas
3. re-biopsia de cicatriz tras radioquimioterapia (descartar persistencia enfermedad)
4. colostomía ante efectos secundarios de radioterapia (incontinencia, proctitis, estenosis, ...)
5. Cx rescate (amputación abdomino-perineal recto) en fallo tto o recidiva

*correcta: b

. De las siguientes afirmaciones sobre el melanoma de canal anal señale la incorrecta: (2020 julio)

- a) La supervivencia depende de la radicalidad de la intervención quirúrgica.
- b) Tiene predominio en varones en la 6ª década de la vida.
- c) Es muy raro.
- d) Supone la 3ª localización, tras la piel y los ojos.
- e) Tiene mal pronóstico.

→ melanoma

- tercera localización (+) frec = 1. Piel → 2. Retina → 3. Canal anal
- tumor muy raro
- >60a + mujeres
- tumor maligno con mucha incidencia metas
- único tto min eficaz = Cx

29. HEPATITIS VÍRICA

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con las hepatitis crónicas es cierta? (2015 junio)

- a) Las elevaciones de AST y ALT durante un período superior a 6 meses es el hallazgo de laboratorio más característico.
- b) Los virus hepatotropos (VHB, VHC) son la causa más frecuente de hepatitis crónica.
- c) El virus de la hepatitis A produce aproximadamente el 5% de las hepatitis crónicas.
- d) a y b son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ hepatitis crónica

- elevación AST (aspartato aminotransferasa) + ALT (alanina aminotransferasa) => no criterio diagnóstico principal.
- persistencia infección >6 meses = cronicidad -> confirma x pruebas serológicas/virológicas (presencia de AgHBs en hepatitis B o ARN del VHC en hepatitis C)
- infección x virus hepatitis A = nunca infección crónica
- acusa (+) frec = virus hepatotrofos.

*correcta: d

. Dos virus hepatotropos de transmisión fecal-oral: (2021 mayo)

=> Virus de la hepatitis A y E (VHA y VHE).

. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor etiológico de la cirrosis hepática? (2017 junio)

- a) Consumo regular y excesivo de alcohol.
- b) Virus de la hepatitis C.
- c) Virus de la hepatitis A.
- d) Enfermedad de Wilson.
- e) Hemocromatosis hereditaria.

→ VHA = NO cronicidad = NO cirrosis

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes vías de transmisión no es propia de la infección por el virus de la hepatitis B? (2017 junio)

- a) Parenteral.
- b) Sexual.
- c) Vertical.
- d) Fecal-oral.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

→ hepatitis B - vías transmisión = contacto sangre con sangre: parenteral + sexual + vertical.

*correcta: d

. Paciente con anti-HBsAg negativo, anti-HBs positivo y anti-HBc positivo, ¿cuál es el diagnóstico mas probable? (2019 mayo)

→ creo que está mal escrito y que sería HBs-Ag(-) + antiHBs(+) + antiHBc(+) = infección no activa (HBs-Ag(-)) + inmunidad contra el virus (antiHBs) + infección pasada (antiHBc).

. ¿Cuál es el marcador serológico que indica exposición en la infección por el virus de la hepatitis B (VHB)? (2018 junio)

=> Anti-HBc.

→ anticuerpos VHB

- anti-HBs = inmunidad contra virus (x infección o vacuna)
- anti-HBc = existió exposición al virus

. ¿A qué situación clínica corresponde una persona con un perfil serológico constituido por anti-HBs positivo con HBsAg negativo y anti-HBc negativo? (2018 junio)

=> Vacunación o inmunidad por vacunación.

. En la hepatitis B aguda todas las siguientes afirmaciones sobre sus marcadores en sangre son ciertas, excepto: (2016 mayo)

- a) En la fase temprana de la infección son positivos: HBsAg, HBcAg, Anti-HBc-IgM y DNA- VHB.
- b) En la fase de ventana son positivos HBsAg y anti-HBc-IgM. *
- c) En la fase temprana no se encuentra anti-HBc-IgG.

- d) En la fase tardía son positivos los anti-HBc-IgG.
- e) En la fase de recuperación son positivos los anti-HBs.

. ¿En cuál de las siguientes infecciones virales podría prescribir entecavir o tenofovir para su tratamiento? (2024 mayo)

- a) Hepatitis crónica por virus de la hepatitis B.
- b) Infección aguda por virus de la hepatitis A
- c) Infección por virus de la hepatitis E en gestantes.
- d) Hepatitis crónica por virus de la hepatitis C de origen post-transfusional.
- e) Hepatitis delta en un usuario de drogas por vía parenteral.

→ hepatitis B - tto (hepatitis crónicas) = entecavir (<potente/>seguro) + tenofovir (>potente/>efectos adversos)

*correcta: a

. Señale dos fármacos que se emplean en el tratamiento actual de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). (2018 junio)

=> Tenofovir, entecavir, lamivudina.

. ¿Cuál de los siguientes se considera un grupo de riesgo para la transmisión de la infección por el virus de la hepatitis C? (2017 junio) (2016 junio)

- a) Usuarios de drogas por vía parenteral.
- b) Receptores de hemoderivados antes del año 1990.
- c) Personal sanitario.
- d) a, b y c son correctas.
- e) Ninguna es correcta.

→ VHC - transmisión = parenteral → grupos d riesgo sceptibles a la infección x VHC

- uso de drogas por vía parenteral (UDVP)
- transfusiones previas 1990
- receptores hemoderivados
- personal sanitario

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones acerca del riesgo de transmisión del virus de la hepatitis C en personal sanitario es correcta? (2017 junio)

- a) El personal sanitario se considera un grupo de riesgo para la transmisión del VHC.
- b) La prevalencia de la infección es mayor entre el personal de enfermería que en los médicos.
- c) La prevalencia de la infección es mayor en los cirujanos que en los médicos clínicos.
- d) El riesgo de transmisión se reduce a un 1% al aplicar las medidas universales de protección.
- e) Todas las anteriores son correctas.

→ VHC - grupos riesgo susceptibles infección = personal sanitario

- prevalencia 1-4% (x antiguo uso material Qx)
- riesgo personal enfermería > médico
- riesgo máximo = enfermería hemodiálisis + cirugía oral
- riesgo transmisión accidental actual se ha reducido <1%

*correcta: e

. Señale dos combinaciones de fármacos antivirales de acción directa que se emplean en el tratamiento actual de la hepatitis C. (2018 junio)

=> Glecaprevir + pibrentasvir, sofosbuvir + ledipasvir, sofosbuvir + velpastavir, grazoprevir+ elbasvir, sofosbuvir + velpastavir + voxilaprevir.

→ VHC - tto = antivirales de acción directa - nunca va solo x elevada mutación del virus (1 antiviral solo aumentaría las resistencias a los antivirales)

- glecaprevir + pibrentasvir = (+) utilizado
- sofosbuvir + ledipasvir
- sofosbuvir + velfastavir
- grazoprevir + elbasvir

. Tras una infección reciente por el VHC pueden ocurrir todas las eventualidades siguientes, excepto: (2016 mayo)

- a) Algunos enfermos desarrollan un cuadro clínico de hepatitis aguda con ictericia y elevación de las transaminasas.
- b) Muchos pacientes permanecen asintomáticos, pero tienen elevación de las transaminasas durante un período de tiempo variable.
- c) Menos de la mitad de los infectados se curan.
- d) Más de la mitad de los infectados desarrollan una hepatitis crónica.
- e) En una parte de los enfermos que se curan, se detecta en sangre crónicamente el RNA- VHC.

*correcta: e?

. Tras una infección reciente por VHC puede ocurrir un cuadro de hepatitis aguda sintomática. En este contexto ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa? (2016 mayo)

- a) Los pacientes pueden tener ictericia, náuseas, coluria y dolor en el hipocondrio derecho.
- b) Se detecta un aumento de las transaminasas en la sangre.
- c) En la sangre aparecen primero los anticuerpos contra el VHC y posteriormente el RNA- VHC.
- d) Más de la mitad de los pacientes progresan a la cronicidad, aunque el cuadro clínico de hepatitis aguda desaparezca.
- e) La hepatitis fulminante ocurre con muy poca frecuencia.

*correcta: c

. El diagnóstico por el laboratorio de una hepatitis C aguda durante los primeros días desde aparición del cuadro clínico se hace con los siguientes datos analíticos en sangre: (2016 mayo)

- a) Presencia de RNA-VHC con anticuerpos anti-VHC negativos. *
- b) Presencia simultánea de RNA-VHC y anticuerpos anti-VHC.
- c) Presencia de anti-VHC con RNA-VHC negativo.
- d) Presencia de anti-VHC asociado a anticuerpos anti-VHD.
- e) Presencia simultánea de anti-VHC de las clases IgG e IgM

. Paciente con anti-HBsAg negativo, anti-HBs positivo y anti-HBc positivo, ¿cuál es el diagnóstico más probable? (2019 mayo)

Respuesta: Hepatitis por virus C y hepatitis por virus B pasada con inmunización

30. HEPATOPATÍA ALCOHÓLICA

. Una mujer de 44 años es ingresada tras acudir al Servicio de Urgencias por un cuadro de 5 días de evolución de malestar general, astenia, pérdida de peso, náuseas, ictericia y dolor en el hipocondrio derecho. Entre sus antecedentes destaca el hábito tabáquico (20 uds/día desde los 17 años) y el consumo de 80 grs/día de etanol, que ha incrementado en las últimas semanas. Niega consumo de drogas por vía parenteral o inhalada. No ha recibido transfusiones sanguíneas. No hay exposición reciente a fármacos. Al ingreso se aprecia TA 100/70, FC 105 lpm y temperatura 37.5 °C. Se aprecia ictericia de piel y mucosas. Se palpa borde hepático a 4 traveses desde arcada costal, doloroso. No hay datos de irritación peritoneal. En las determinaciones analíticas destaca leucocitos 12300 con 85% de polimorfonucleares, VCM 111 fL, plaquetas 109000/mm³, AST 389 UI/L (normal <40), ALT 152 UI/L (normal <40), GGT 801 UI/L (normal <35), FAL 175 UI/L (normal <125), bilirrubina total 8.4 mg/dL, tasa de protrombina 58% y albúmina 3.4 g/dL. La serología de VHB muestra HBsAg negativo y anti-HBc positivo. La serología de VHC es negativa. Con estos datos, ¿cuál considera que es el diagnóstico más probable? (2024 mayo)

- a) Hepatitis aguda por virus de la hepatitis B.
- b) Hepatitis aguda alcohólica. *
- c) Colangitis biliar primaria.
- d) Enfermedad hepática grasa metabólica.
- e) Coledocolitiasis.

→ hepatopatía alcohólica

- 10-12 años tomando 60-80gr (machos) / 40-60gr (hembras) de alcohol al día

- dx = VCM>99 + AST>ALT (<500) + GGT>50

- clínica = ictericia + cansancio + pérdida muscular + fiebre + dolor abdominal

- exploración física = hepatomegalia + dolor palpación

→ hepatitis aguda alcohólica

- lab = AST/ALT>2 + anemia macrocítica (VCM>99) + leucocitosis con neutrofilia + bilirrubina>5 + (-) albúmina + alargamiento TP/INR

- clínica = dolor abdominal + fiebre + leucocitosis + ASTx2>ALT (NO>500)

→ descartar otras opciones

- VHB = HBsAg (-) = NO infección activa

- colangitis biliar primaria = prurito + FAL>2-3 límite sup + mujeres con antecedentes autoinmune

- enfermedad hepática grasa =

- colecolitiasis = elevación (>) FAL/GGT

. Qué índice pronóstico específico se emplea para establecer la gravedad de la hepatitis aguda alcohólica? (2018 junio)

=> Factor discriminante o índice de Maddrey.

→ hepatitis aguda alcohólica => índice de Maddrey = para saber si hepatitis aguda alcohólica es grave (>32) (*si es grave = mortalidad 50% al mes).

. ¿En qué enfermedad se emplea el índice de Lille para evaluar la respuesta a los corticoides? (2024 mayo)

- a) Colangitis biliar primaria.
- b) Hepatitis aguda por paracetamol.
- c) Hepatitis aguda alcohólica. *
- d) Hepatitis crónica autoinmune.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ hepatitis aguda alcohólica (grave) - tto:

- abstinencia etílica

- corrección desnutrición

- glucocorticoides (corto plazo) = para ver respuesta hacer a los 7 días Índice de Lille (>0.45 = mala respuesta)

*. Un varón de 53 años es traído por su familia al Servicio de Urgencias refiriendo alteraciones conductuales y aumento del perímetro abdominal y de miembros inferiores de dos semanas de evolución. A la exploración física el paciente muestra ictericia conjuntival, hipertrofia parotídea bilateral, 'spiders' en la porción superior del tronco, eritema palmar, fibromatosis palmar, equimosis en miembros, matidez cambiante en flancos y edemas maleolares con fovea. La exploración neurológica muestra un paciente colaborador aunque somnoliento, desorientado en tiempo y espacio, con flapping tremor. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a este paciente no es correcta? (2017 junio)

- a) Las alteraciones neurológicas sugieren un síndrome de privación alcohólica. *

- b) Los hallazgos de laboratorio esperables son disminución del recuento plaquetario y elevación de la bilirrubina.
- c) La hipertrofia parotidea y la fibromatosis palmar sugieren el alcoholismo como el factor etiológico de su enfermedad hepática.
- d) Debemos concluir que nos encontramos ante una cirrosis hepática descompensada en forma de ascitis y encefalopatía hepática.
- e) Ninguna es correcta.

. En relación con la enfermedad hepática alcohólica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera incorrecta? (2014 mayo)

- a) La abstinencia absoluta de bebidas que contengan alcohol es el tratamiento más efectivo de la enfermedad hepática alcohólica.
- b) Una abstinencia de al menos 6 meses permite identificar a los pacientes con mejoría significativa que haga innecesario un trasplante hepático.
- c) Es fundamental evaluar la repercusión del consumo de alcohol sobre otros órganos y sistemas como el corazón, páncreas, SNC y tracto aéreo-digestivo superior.
- d) En ausencia de hemorragia y/o infección, los corticoides son el tratamiento de elección de la hepatitis aguda alcohólica grave.
- e) La cirrosis hepática alcohólica no es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma hepatocelular.

→ hepatitis aguda alcohólica - tto

- abstinencia absoluta = tto (+) efectivo
- glucocorticoides = NO en pacientes con HDA/infecciones
- trasplante = esperar 6 meses para ver si se puede recuperar con abstinencia + evaluación previa enfermedades asociadas (corazón, páncreas, sistema nervios, laringe)

*correcto: e

31. HEPATOPATÍA METABÓLICA

. ¿En cuál de las siguientes enfermedades o situaciones clínicas esperarías encontrar asociada una enfermedad hepática por depósito de grasa metabólica? (2024 mayo)

- a) Hipercolesterolemia.
- b) Diabetes mellitus.
- c) Obesidad.
- d) Hipertrigliceridemia.
- e) Todas las anteriores son correctas. *

→ enfermedad hepática - asociación

- obesidad
- DM2
- dislipemia = hipercolesterolemia + hipertrigliceridemia
- sd metabólico

*correcta: e

. En cuál de las siguientes enfermedades o situaciones clínicas no esperarías encontrar asociada una enfermedad hepática por depósito de grasa metabólica? (2023 mayo)

- a) Diabetes mellitus.
- b) Hipertrigliceridemia.
- c) Obesidad.
- d) Síndrome de Budd-Chiari.
- e) Hipercolesterolemia.

*correcta: d

32. ENFERMEDADES HEPÁTICAS AUTOINMUNES

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con las hepatitis crónicas es cierta? (2017 junio)

- a) Las elevaciones de AST y ALT durante un periodo superior a 6 meses son el hallazgo de laboratorio más característico.
- b) Los virus hepatotropos (VHB,VHC) son la causa más frecuente de hepatitis crónica.
- c) El virus de la hepatitis A no es un causante de hepatitis crónica.
- d) A y b son correctas.
- e) Todas son correctas.

→ hepatitis crónica:

- enfermedad hepática - duración >6 meses - manifestación clínica: hipertransaminasemia (patrón citolítico) + histología inflamación portal, necrosis hepatocelular, fibrosis
- estado evolutivo = cirrosis
- 90% causas víricas = st VHC (B vacuna + A/E aguda) / 5% causa autoinmune

*correcta: e

. En relación con la hepatitis crónica autoinmune, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2014 mayo)

- a) Las rosetas y el infiltrado inflamatorio por células plasmáticas son hallazgos histopatológicos patognomónicos.
- b) El sistema de puntuación multifactorial CLOMS es de utilidad en el diagnóstico de la hepatitis autoinmune
- c) La presencia de anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA) descartan definitivamente el diagnóstico de hepatitis autoinmune.
- d) El tratamiento se realiza con sales biliares a dosis de 13,5 -15 mg/kg de peso/día.
- e) Se detecta habitualmente hipergammaglobulinemia a expensas de IgG.

→ hepatitis autoinmune

- hipergammaglobulinemia a expensas IgG
- Ac = mayores ANA + AML + antiLKM / menores SLA + LC-1 + ASG-p + actina (+ ANCA)
- AP = hepatitis interfase (inflamación espacio periportal + infiltrado plasmocitario) + rosetas autoinmunes (agrupación hepatocitos formando rosa)
- tto = prednisona + azatioprina

*correcta: e

. Paciente con elevación de GGT y FA, anticuerpos anti-M2 (son los ac antimitocondriales) e hipergammaglobulinemia IgM. Clínica de ictericia [Daba mucha más información que no recuerdo pero creo que lo importante para el diagnóstico es esto]. ¿Cuál es la sospecha diagnóstica? (2019 mayo)

=> Colangitis biliar primaria

→ colangitis biliar primaria

- perfil bioquímico = elevación GGT + FAL + bilirrubina (en fases avanzadas)
- hipergammaglobulinemia a expensas de IgM
- anticuerpos antimitocondriales circulantes (anti-M2) = específicos CBP

. ¿Qué fármaco resulta de elección en primera línea en la colangitis biliar primaria? (2018 junio)

=> Ácido ursodesoxicólico.

→ colangitis biliar primaria - tto = sales biliares (ej. ácido ursodesoxicólico)

. ¿A qué enfermedad digestiva se asocia con elevada frecuencia la colangitis esclerosante primaria? (2018 junio)

=> Colitis ulcerosa (EII).

33. HEPATITIS TÓXICA

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la hepatitis tóxica? (2017 junio)

- a) Es obligada la reexposición al fármaco sospechoso para el diagnóstico de hepatitis medicamentosa.
- b) Nunca cursa de forma grave con evolución fulminante o subfulminante.
- c) La isoniácida produce hepatotoxicidad por un mecanismo intrínseco.
- d) El daño hepático inducido por anticonceptivos orales corresponde a un perfil fundamentalmente de necrosis hepatocelular, con elevación de AST y ALT en las determinaciones analíticas.
- e) Todas las anteriores son falsas.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la hepatitis tóxica? (2017 junio)

- a) Es obligada la reexposición al fármaco sospechoso para el diagnóstico de hepatitis medicamentosa.
→ hepatitis tóxica - dx => efecto de la reexposición (rechallenge) = paciente empeora al reintroducir fármaco (x exposición accidental) - pruebas NO se realiza xq puede provocar fallo hepático fulminante.
- b) Nunca cursa de forma grave con evolución fulminante o subfulminante.
→ hepatitis tóxica - patrón hepatocelular (/ citolítico) = sí la necrosis es extensa puede producir hepatitis aguda grave (TP<40) fulminante que requiere trasplante.
- c) La isoniácida produce hepatotoxicidad por un mecanismo intrínseco.
→ hepatitis tóxica - hepato toxicidad idiosincrática = ej: isoniazida
- d) El daño hepático inducido por anticonceptivos orales corresponde a un perfil fundamentalmente de necrosis hepatocelular, con elevación de AST y ALT en las determinaciones analíticas.
→ hepatitis tóxica - patrón colestásico = ACO (*patrón hepatocelular/citolítico = lesión predominante: necrosis hepatocelular)
- e) Todas las anteriores son falsas.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con la hepatitis tóxica? (2015 junio)

- a) Nunca cursa de forma grave con evolución fulminante o subfulminante.
- b) La reaparición del cuadro tras la reexposición al fármaco sospechoso es clave en el diagnóstico de hepatitis medicamentosa.
- c) La isoniácida produce hepatotoxicidad por un mecanismo intrínseco.
- d) El daño hepático inducido por anticonceptivos orales corresponde a un perfil fundamentalmente de necrosis hepatocelular, con elevación de AST y ALT en las determinaciones analíticas.
- e) Todas las anteriores son falsas.

*correcta: e (yo pondría la b como correcta, porque no es correcto hacerlo como prueba Dx pero si corre de manera accidental ayuda al dx)

. Ponga un ejemplo de un fármaco que produce hepatotoxicidad por un mecanismo intrínseco. (2018 junio)

=> Paracetamol, ácido valproico.

→ hepatotoxicidad intrínseca:

- efectos en todos los individuos a partir determinada dosis (umbral toxicidad)
- predecible + reproducible
- Ej: paracetamol

. ¿Cuál de los siguientes fármacos es el antídoto del daño hepático inducido por paracetamol? (2024 mayo)

- a) L-carnitina.
- b) Penicilina G.
- c) Silimarina.
- d) N-acetilcisteína. *
- e) La intoxicación por paracetamol no dispone de antídoto.
→ hepatitis tóxica - tto = antídotos:
 - paracetamol = N-acetilcisteína
 - ácido valproico = carnitina
 - hongo "Amanita phalloides" = silimarina + penicilina G + ceftazidima

. Paciente que acude a urgencias tras la ingesta de 20 gramos de paracetamol, ¿Cuál es la actitud a seguir? (2019 mayo)

=> Administración de N-acetilcisteína antes de 6h.

. En relación con el daño hepático inducido por fármacos (hepatitis toxico-medicamentosa) ¿ cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2014 mayo)

- a) El mecanismo de hepatotoxicidad idiosincrásico es predecible y reproducible en animales de experimentación.
- b) El paracetamol produce hepatotoxicidad por un mecanismo idiosincrásico.
- c) Está recomendado re exponer al paciente al fármaco sospechoso para realizar el diagnóstico de hepatitis tóxica.
- d) El antídoto de la intoxicación por paracetamol es la N-acetil-cisteína.
- e) La fibrosis periductal " en capas de cebolla" es un hallazgo histológico característico de la hepatitis tóxico-medicamentosa.

. En relación con el daño hepático inducido por fármacos (hepatitis toxico-medicamentosa) ¿ cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2014 mayo)

- a) El mecanismo de hepatotoxicidad idiosincrásico es predecible y reproducible en animales de experimentación.
 - hepatotoxicidad intrínseca = predecible + reproducible (modelos animales)
 - hepatotoxicidad idiosincrásica = NO reproducible en experimentación (si repetible) + impredecible
- b) El paracetamol produce hepatotoxicidad por un mecanismo idiosincrásico.
 - hepatotoxicidad intrínseca = paracetamol
 - hepatotoxicidad idiosincrásica = isoniazida
- c) Está recomendado re exponer al paciente al fármaco sospechoso para realizar el diagnóstico de hepatitis tóxica.
 - hepatitis tóxica - dx => efecto de la reexposición (rechallenge) = paciente empeora al reintroducir fármaco (x exposición accidental) - pruebas NO se realiza xq puede provocar fallo hepático fulminante.
- d) El antídoto de la intoxicación por paracetamol es la N-acetil-cisteína.
 - hepatitis tóxica - tto = antídotos => N-acetilcisteína - paracetamol
- e) La fibrosis periductal "en capas de cebolla" es un hallazgo histológico característico de la hepatitis tóxico-medicamentosa.
 - fibrosis periductal capas cebolla = patrón colestásico (CEP)
 - patrón hepatocelular citolítico = necrosis hepatocelular (lesión predominante)

*correcta: d

34. CIRROSIS

. Señale las dos características anatomopatológicas fundamentales que definen y caracterizan a la cirrosis hepática. (2018 junio)

=> Fibrosis + nódulos de regeneración.

-> cirrosis = término anatomopatológico caracterizado x presencia: fibrosis + nódulos regeneración

. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor etiológico de la cirrosis hepática? (2017 junio)

- a) Consumo regular y excesivo de alcohol.
- b) Virus de la hepatitis C.
- c) Virus de la hepatitis A.
- d) Enfermedad de Wilson.
- e) Hemocromatosis hereditaria.

-> cirrosis - etiología

- cirrosis NO colestásica = cirrosis: hepática alcohólica + viral (VHB/C/D) + autoinmune + criptogénica.
- enfermedades metabólicas (x depósito = enf. hepática) = hemo cromatosis primaria + déficit alfa-1-antitripsina + enf. Wilson (depósito cobre) + esteatohepatitis NO alcohólica (enfermedad hepática grasa dismetabólica)
- enf vasculares = Sd de Budd-Chiari + cirrosis cardíaca
- cirrosis colestásica = colangitis (cirrosis biliar primaria) + colangitis esclerosante primaria + ...

*correcta: c

. En relación con la etiología de la cirrosis hepática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2017 junio)

- a) El virus de la hepatitis E es la causa más frecuente de cirrosis hepática en los países en vías de desarrollo.
- b) La causa más frecuente de cirrosis hepática a nivel mundial es la cirrosis autoinmune.
- c) Las enfermedades por depósito (metales, alfa-1-antitripsina, esteatohepatitis) no se consideran factores etiológicos de la cirrosis hepática.
- d) Las cirrosis colestáticas incluyen la colangitis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria.
- e) Todas son correctas.

. En relación con la etiología de la cirrosis hepática, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2017 junio)

- a) El virus de la hepatitis E es la causa más frecuente de cirrosis hepática en los países en vías de desarrollo.
-> virus hepatitis C = causa (+) frec de cirrosis a nivel global
- b) La causa más frecuente de cirrosis hepática a nivel mundial es la cirrosis autoinmune.
-> 1ª mundial VHC / 1ª España alcohólica / 1ª EEUU metabólica
- c) Las enfermedades por depósito (metales, alfa-1-antitripsina, esteatohepatitis) no se consideran factores etiológicos de la cirrosis hepática.
-> cirrosis - etiología = enfermedades metabólicas x depósito: hemocromatosis 1ª + déficit alfa-1-antitripsina + enfermedad Wilson (depósito cobre) + esteatohepatitis no alcohólica
- d) Las cirrosis colestáticas incluyen la colangitis biliar primaria y la colangitis esclerosante primaria.
-> cirrosis colestásica = colangitis o cirrosis biliar primaria + colangitis esclerosante primaria + colangitis o cirrosis biliar secundaria + ductopenia idiopática del adulto + enfermedad de injerto contra huésped posttransplante MO.
- e) Todas son correctas.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones acerca de la cirrosis hepática no es correcta? (2017 junio)

- a) Existe un riesgo incrementado para el desarrollo de cáncer hepático.
- b) El consumo de alcohol y las hepatitis virales son las causas más prevalentes.
- c) El paracetamol se encuentra totalmente contraindicado como analgésico en la cirrosis hepática, debido a su potencial hepatotoxicidad.
- d) Debe evitarse el empleo de antiinflamatorios no esteroideos en la cirrosis hepática.
- e) Todas son correctas.

. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones acerca de la cirrosis hepática no es correcta? (2017 junio)

- a) Existe un riesgo incrementado para el desarrollo de cáncer hepático.
-> cirrosis - evolución natural = infiltrado inflamatorio -> necrosis -> fibrosis -> nódulos regeneración (lesiones premalignas) -> displasia (hepato carcinomas)
- b) El consumo de alcohol y las hepatitis virales son las causas más prevalentes.

→ cirrosis hepática - etiología => cirrosis NO colestásicas (afectación hepática directa) = alcohólica (+frec Galicia) + viral (VHC +frec mundial)

c) El paracetamol se encuentra totalmente contraindicado como analgésico en la cirrosis hepática, debido a su potencial hepatotoxicidad.

→ tiene hepatotoxicidad en dosis muy elevadas (umbral de 10gr cuando la máxima indicada es de 3gr)

d) Debe evitarse el empleo de antiinflamatorios no esteroideos en la cirrosis hepática.

→ AINE = nefrotoxicidad + sangrado gastrointestinal + descompensación hepática (estos sacado de cahtGPT)

e) Todas son correctas.

*correcta: d

. ¿Cuál de las siguientes relaciones manifestación clínica mecanismo fisiopatológico en la cirrosis hepática no considera correcta? (2017 junio) (2015 junio)

a) Esplenomegalia - Hipertensión portal.

b) Arañas vasculares - Hipertensión portal.

c) Ginecomastia - Insuficiencia hepatocelular.

d) Signo de la "cabeza de medusa" periumbilical Hipertensión portal.

e) Varices esofágicas - Hipertensión portal.

→ cirrosis - clínica

- hipertensión portal = esplenomegalia + varices esofágica + cabeza medusa + ascitis e hidrotórax + sd hepato-renal

- insuficiencia hepática = ictericia + ginecomastia + arañas vasculares

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos ecográficos podría encontrar en una enfermedad hepática crónica avanzada? (2024 mayo)

a) Dilatación del eje espleno-portal.

b) Ascitis.

c) Esplenomegalia.

d) Repermeabilización venosa umbilical.

e) Todas las anteriores son correctas.

→ cirrosis - dx - métodos indirectos - datos eco - hipertensión portal

- vena porta dilatada >12mm

- bazo aumentado tamaño >12cm

- reapertura vena umbilical

- varices en territorio abdominal

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes parámetros no forma parte de la clasificación de Child-Pugh? (2017 junio)

a) Tasa de protrombina.

b) Albúmina.

c) Ascitis.

d) Bilirrubina.

e) Creatinina.

→ cirrosis - dx - datos analíticos insuficiencia hepática = alteración: albúmina + bilirrubina + factores coagulación + INR + TP + TTPA.

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes hallazgos de laboratorio puede encontrarse en la cirrosis hepática? (2017 junio)

a) Disminución del recuento plaquetario.

b) Hipoalbuminemia.

c) Hiperbilirrubinemia.

d) Alargamiento del tiempo de protrombina.

e) Todas las anteriores son correctas.

→ cirrosis - dx - métodos indirectos

- datos analíticos hipertensión portal = citopenias (1. trombopenia + 2. leucopenia + 3. anemia)

- datos analíticos insuficiencia hepática = alteración: albúmina + bilirrubina + factores coagulación + INR + TP + TTPA

*correcta: e

. ¿Cuáles de las siguientes exploraciones complementarias aportan información en la evaluación de la cirrosis hepática? (2017 junio)

- a) Ecografía abdominal.
- b) Esofago-gastro-duodenoscopia (endoscopia digestiva alta).
- c) Estudio hemodinámico hepático.
- d) Estudio histopatológico hepático.
- e) Todas son correctas.

→ cirrosis - dx:

- morfología hepática = hallazgos ecográficos inespecífico (lóbulo hepático izq < derech + bordes irregulares, lobulados, aserrada + parénquima vidrio deslustrado)
- datos ecográficos de hipertensión portal
- datos endoscópicos de hipertensión portal
- biopsia hepática (gold standard)
- hemodinámica hepática

*correcta: e

. Caso clínico largo donde indicaba bilirrubina, tasa de protrombina, no ascitis ni encefalopatía hepática, ¿Qué datos analíticos hacen falta para hacer la calificación de Child-Pugh? (2019 mayo)

Creo que se refiere a lo puramente analítico, serían bilirrubina, albúmina y tasa de protrombina. (No obstante, el paciente no tenía ni ascitis ni encefalopatía)

. ¿Qué puntuación aporta a la clasificación de Child-Pugh una bilirrubina total de 2,4mg/dL? (2018 junio)

=> 2 puntos

→ saberse parámetros Child = bilirrubina + albúmina + TP + ascitis + encefalopatía hepática

. ¿Qué parámetros se incluyen en la fórmula para el cálculo de la puntuación de MELD? (2018 junio)

=> Creatinina, INR, bilirrubina.

→ MELD = INR + bilirrubina + creatinina sérica

. ¿Cuál de los siguientes parámetros no forma parte de la puntuación del Model End-stage Liver Disease (MELD)? (2017 junio)

- a) INR.
- b) Albúmina.
- c) Creatinina.
- d) Bilirrubina.
- e) Todas son correctas.

*correcta: b

. Un varón de 51 años acude a consultas externas de Hepatología remitido por su médico de Atención Primaria por alteraciones persistentes de la bioquímica hepática. Entre los antecedentes personales destaca el uso de drogas por vía parenteral a los 20 años durante un período de 2 años. Analíticamente presenta AST 91 UI/L (normal <40), ALT 186 UI/L (normal <40), GGT 221 UI/L (normal <35), albúmina 3.1 g/dL, bilirrubina total 2.5 mg/dL, INR 1.5, recuento plaquetario 74000/uL y leucocitos totales 3220/uL. En esta situación, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta? (2017 junio)

- a) La primera exploración debe ser una biopsia hepática para conocer la causa y el grado de lesión hepática.
- b) Se debe iniciar lo antes posible el tratamiento inmunosupresor con prednisona y azatioprina ante la hipótesis diagnóstica de hepatitis crónica autoinmune.
- c) Debemos recomendar la abstinencia completa de bebidas alcohólicas y la pérdida de peso, y repetir las determinaciones analíticas tras un período de 6 meses.
- d) Se debe solicitar una ecografía abdominal y una endoscopia digestiva alta para confirmar la existencia de manifestaciones de la hipertensión portal y detectar complicaciones. *
- e) Todas son correctas.

35. CIRROSIS COMPLICACIONES

. ¿Cuáles de las siguientes exploraciones complementarias aportan información en la evaluación de la cirrosis hepática? (2017 junio)

- a) Ecografía abdominal.
- b) Esofago-gastro-duodenoscopia (endoscopia digestiva alta).
- c) Estudio hemodinámico hepático.
- d) Estudio histopatológico hepático.
- e) Todas son correctas.

→ cirrosis - complicaciones - 80% x hipertensión portal - para valorarla se necesita

- hemograma
- eco doppler abdominal
- endoscopia digestiva alta
- hemodinámica hepática (uso seleccionado - respuesta beta-bloq)
- elastografía transitoria

*recuerda el método directo para valorar la cirrosis es BIOPSIA (gold)

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes no es una complicación de la cirrosis hepática? (2018 junio)

- a) Ascitis e hidrotórax.
- b) Encefalopatía hepática.
- c) Síndrome hepato-renal.
- d) Carcinoma hepatocelular.
- e) Trombosis de la arteria hepática.

→ cirrosis hepática = Sd: hipertensión portal + insuficiencia hepática

1. ascitis + hidrotórax
2. peritonitis bacteriana espontánea
3. disfunción renal + Sd hepatorenal
4. hemorragia digestiva x rotura de varices
5. encefalopatía hepática
6. trombosis eje espleno-portal
7. descompensación icterica ("acute-on-Chronic")
8. carcinoma hepatocelular + colangiocarcinoma

*correcta: e

. En relación con la cirrosis hepática, señale la descompensación que con más frecuencia aparece como forma de debut en la misma. (2018 junio)

=> Ascitis.

→ cirrosis - complicaciones = ascitis → complicación (+) frec cirrosis - supone descompensación de debut

. Un paciente con cirrosis hepática acude al Servicio de Urgencias por ganancia de peso, aumento del perímetro abdominal y edemas periféricos en las últimas cuatro semanas. A la exploración física muestra semiología de ascitis. La función renal es normal. Entre las exploraciones realizadas consta una paracentesis abdominal percutánea diagnóstica que muestra un recuento celular en líquido ascítico de 720 PMN/mm³. ¿Cuál considera que debe ser la siguiente medida? (2024 mayo)

- a) Es un valor muy bajo: dar al paciente de alta y esperar al resultado del cultivo del líquido ascítico.
- b) En ausencia de alergias, iniciar tratamiento intravenoso con cefotaxima.
- c) Repetir la paracentesis a las 24 horas para control.
- d) Avisar urgentemente a Cirugía, pues puede tratarse de una peritonitis por perforación de víscera hueca.
- e) Valorar implantar un TIPS.

→ ascitis - paracentesis = >250PMN = peritonitis bacteriana espontánea - tto sin cultivo = Cefotaxima (cefalosporina 3ªg)

*correcta: b

. ¿Por encima de qué cifra de polimorfonucleares neutrófilos en el líquido ascítico debe hacerse el diagnóstico de peritonitis bacteriana espontánea en la cirrosis? (2019 mayo) (2018 junio)

=> >250 PMN/mm³

→ ascitis - paracentesis abdominal percutánea = >250PMN => peritonitis bacteriana espontánea (damos tto sin resultado cultivo)

- peritonitis bacteriana espontánea - tto = Cefotaxima (cefalosporina 3ª generación)

. Caso de paciente con peritonitis bacteriana espontánea, indicar cual sería la profilaxis secundaria. (2019 mayo)

=> Norfloxacin.

→ ascitis - complicación => peritonitis bacteriana espontánea - profilaxis

1ª <0.5 proteínas (disfunción renal) = norfloxacin / hemorragia digestiva = ceftriaxona

2ª (PBE previa) norfloxacin diario indefinido

. ¿Qué fármaco debe infundirse por vía intravenosa tras realizar una paracentesis abdominal percutánea evacuadora superior a 5000 cc para evitar el síndrome de disfunción circulatoria post-paracentesis? (2023 mayo)

a) Cefotaxima.

b) Somatostatina.

c) Lactulosa.

d) Carvedilol.

e) Albúmina.

→ ascitis refractaria - tto = paracentesis evacuadora => descenso brusco presión abdominal + pérdida proteínas = disfunción circulatoria postparacentesis → riesgo mínimo evacuan <5L

- dar 8mg albúmina / 1L evacuado = 10mg albúmina / 1,5L evacuados

*correcta: e

. En cuanto al tratamiento de la ascitis en la cirrosis, señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta: (2024 mayo)

a) Las medidas generales incluyen la dieta hiposódica y la eliminación del agente etiológico de la enfermedad hepática.

b) Se pueden emplear diuréticos distales ahorradores de potasio y diuréticos de asa.

c) Uno de los eventos adversos más frecuentes de la espironolactona es la mastodinia.

d) El TIPS puede considerarse en el tratamiento de la ascitis con criterios de refractariedad.

e) La ascitis con criterios de refractariedad nunca es indicación de trasplante hepático.

*correcta: e

. En cuanto al tratamiento de la ascitis en la cirrosis, señale cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta: (2023 mayo)

a) Se emplean diuréticos distales ahorradores de potasio y diuréticos de asa.

b) Uno de los eventos adversos más frecuentes de la espironolactona es la mastodinia.

c) Los diuréticos pueden inducir alteraciones iónicas, disfunción renal y el desarrollo de encefalopatía hepática.

d) El TIPS puede considerarse en el tratamiento de la ascitis con criterios de refractariedad.

e) La ascitis con criterios de refractariedad nunca es indicación de trasplante hepático.

→ ascitis - tto

- diuréticos = espironolactona (distal ahorrador potasio) → efectos 2º = (antiandrogénico) ginecomastia-mastodinia + encefalopatía hepática + favorecer disfunción renal + hiponatremia + hiperpotasemia

- refractariedad = paracentesis + TIPS + trasplante

*correcta: e

. Paciente que refiere varices de > 5mm, ¿con qué se realiza la profilaxis primaria con medicamento? (2019 mayo)

=> Betabloqueantes

→ cirrosis complicaciones = hemorragia digestiva x varices → endoscopia = varices >5mm → profilaxis 1ª = carvedilol (betabloq)

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en la profilaxis secundaria de la hemorragia digestiva por varices en la cirrosis hepática? (2018 junio)

=> Ligadura endoscópica con bandas elásticas.

→ cirrosis - complicaciones = hemorragia digestiva x varices - profilaxis

1ª carvedilol

2ª ligadura endoscópica

. ¿Cuál o cuáles de los siguientes consideraría como un potencial tratamiento de la hemorragia digestiva aguda por varices esofágicas? (2017 junio)

- a) Vasoconstrictores esplácnicos.
- b) Ligadura endoscópica de varices esofágicas.
- c) Derivación porto-sistémica percutánea intrahepática (DPPI o TIPS).
- d) Taponamiento esofágico mediante balón de Sengstaken.
- e) Todas son correctas.

*correcta: e

.Cuál de los siguientes no lo consideraría como un potencial tratamiento de la hemorragia digestiva aguda por varices esofágicas? (2015 junio)

- a) Vasoconstrictores esplácnicos.
- b) Ligadura endoscópica de varices esofágicas.
- c) Derivación porto-sistémica percutánea intrahepática (DPPI o TIPS).
- d) Infusión intravenosa de albúmina.
- e) Ninguna es correcta.

→ hemorragia digestiva alta - tto:

- Medidas generales = reposición de volumen (lento = evitar congestión esplácnica)

- Profilaxis 1ª peritonitis bacteriana espontánea

1. Terlipresina = vasoconstricción vasos esplácnicos

2. Ligadura endoscópica

- tto rescate = taponamiento esofágico con balón / prótesis

- no funciona nada => TIPS

*albúmina en Sd hepato-renal y en ascitis (st)

*correcta: d

. Fármaco útil en el tratamiento activo de las varices esofágicas: (2013 mayo)

=> Terlipresina.

. Señale los dos fármacos empleados en la primera línea de tratamiento de la encefalopatía hepática. (2018 junio)

=> Rifaximina y lactulosa/lactitol.

→ cirrosis complicaciones - encefalopatía hepática - tto

1er episodio = lactulosa

2º episodio = lactulosa

3er episodio = rufaximina

36. TUMORES HEPÁTICOS BENIGNOS

. ¿A qué se asocia el síndrome Kasabach-Merritt? (2023 julio)

=> Hemangioma cavernoso.

. ¿Cuándo debe ser intervenida quirúrgicamente una enferma con Hiperplasia Nodular Focal? (2024 mayo)

- a) Si es mayor a 5 cm.
- b) Si son Sintomáticos.
- c) Si existe displasia celular.
- d) Siempre.
- e) Nunca.

-> hiperplasia nodular focal - sintomático = resección

*correcta: b

. ¿Cuál de las siguientes sería indicación de Cirugía en la Hiperplasia Nodular Focal hepática? (2023 mayo)

- a) Siempre es indicación quirúrgica.
- b) Nunca será indicación quirúrgica.
- c) Si existiesen síntomas compresivos.
- d) Si hay metástasis a distancia.
- e) Si existe angiodisplasia microscópica.

*correcta: c

. ¿Qué exploración es fundamental para conocer la posibilidad de degeneración en una enferma con adenoma hepático?: (2024 mayo)

- a) TC.
- b) Gammagrafía Hepática.
- c) Scanner 3D.
- d) Resonancia Hepática.
- e) Biopsia hepática.

-> adenoma hepático -> RNM (>sensible TC) = diferencia subtipos adenomas con mayor riesgo progresión malignidad

*correcto: d

. ¿Cuál de los siguientes tumores hepáticos se relacionan con tratamientos hormonales? (2023 mayo)

- a) Enfermedad Poliquística Hepatorrenal.
- b) Quiste hidatídico.
- c) Hemangioendotelioma.
- d) Hamartoma.
- e) Adenoma.

-> tumores hepáticos benignos - sólidos => tumores hormono dependientes (asociados a toma ACO) = hiperplasia nodular focal + adenoma quístico

*correcto: e

. Cuándo se pueden usar pautas antibióticas largas ante abscesos piógenos: (2023 julio)

=> Cuando hay abscesos piógenos múltiples y pequeños.

-> quistes hepáticos infecciosos - absceso piógeno - tto:

1. Sospecha clínica
2. Tto ATB iv amplio espectro
3. TC abdominal pélvico

- NO causa = absceso grande - drenaje percutáneo + ATB / múltiples abscesos pequeños = terapia prolongada con ATB iv
- causa abdominal/pelvica = Cx causa + drenaje absceso

. ¿En qué tumores hepáticos es característica la presencia de lo que se denomina "vesículas hijas"? (2024 mayo)

- a) Abscesos únicos grandes.
- b) Abscesos múltiples grandes.
- c) Quistes hidatídicos.
- d) Quistes amebianos.

e) Poliquistosis congénita.

→ quiste infeccioso - quiste idatídico = hidatidosis hijas (vesículas hijas)

*correcto: c

36. TUMORES HEPÁTICOS MALIGNOS

. Pruebas en la evaluación preoperatoria de la resección hepática. (2023 julio)

→ hepatocarcinoma - resección - preparación preoperatoria

1. Corregir coagulación y nutrición = Cx sangrantes (hígado productor factores coagulación) + pacientes desnutridos (mucho alcohol)
2. Preparación intestinal (porsi pinzamiento/lesión colon)
3. Profilaxis ATB (pacientes inmunodepres)
4. Donación autóloga (poco frec)

Vale me he equivocado = creo que se refiere a valoración preoperatoria (no preparación)

→ hepatocarcinoma - valoración preoperatoria

1. estado biológico enfermo
2. reserva funcional hepática = estadio Child Pugh + MELD SCORE
3. grado hipertensión portal + bilirrubina
4. estadije + localización tumor

. MELD evalúa el pronóstico a 3 meses. (2023 julio)

→ hepatocarcinoma - valoración preoperatoria para resección = MELD SCORE → indica mortalidad en 3 meses del paciente hepatópata

. En el Hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico ¿Cuál sería un candidato ideal para la resección hepática? (2024 mayo)

- a) Todos los enfermos serían candidatos a la cirugía.
- b) Nunca será indicación de cirugía, por la cirrosis.
- c) Paciente que cumple los criterios de Milán.
- d) Estadio A de Child con MELD score de 8.
- e) Estadio A de Child con MELD score de 12.

*correcta: d

. En el Hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico ¿Cuál sería el candidato resección hepática? (2023 mayo)

- a) Siempre será indicación de resección quirúrgica.
- b) Nunca será indicación quirúrgica, por la cirrosis.
- c) Child-Pugh estadio A y tumor periférico.
- d) Child-Pugh estadio A y tumor central.
- e) Tumor único con Hipertensión portal mayor de 15 mmHg.

→ hepatocarcinoma - candidato ideal para resección:

- estadio Child A + MELD 8/9
- ausencia hipertensión portal (gradiente <10-12mmHg) + plaquetas >100.000 + bazo tamaño normal
- bilirrubina normal
- tumor único <5cm + bien delimitado + periférico (permite resecciones con margen

*correcta: c

. ¿Unas de las ventajas del Trasplante Hepático en un hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico es?: (2024 mayo)

- a) Trata la cirrosis y el tumor simultáneamente.
- b) Nulas complicaciones.
- c) Nunca recidivan, pues hemos tratado la cirrosis.
- d) a y c.
- e) a y b.

→ hepatocarcinoma - trasplante hepático

ventajas

- trata simultáneamente = hepatocarcinoma + cirrosis
- alta supervivencia largo plazo
- baja cifra recidiva

desventajas

- escasez órganos y tiempo largo en lista espera
- mortalidad inmediata (<10%)
- coste elevado
- recidiva enfermedad VHC

*correcta: a

. ¿Cuál sería el mayor inconveniente para indicar el trasplante hepático en el hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico?: (2023 mayo)

- a) Baja tasa de reseccabilidad.
- b) Escasez de órganos.
- c) Tiempo en lista de espera.
- d) b y c.
- e) a y b.

→ trasplante hepático - inconvenientes

- escasez de órganos + tiempo largo en lista de espera
- mortalidad inmediata (<10%)
- coste elevado
- recidiva enfermedad primaria VHC (casos desaparecidos x antivirales)

*correcta: d

. Los criterios de Milán se utilizan para seleccionar a los pacientes con hepatocarcinoma candidatos a trasplante hepático. (2023 julio)

→ hepatocarcinoma - trasplante hepático = criterios Milán

- criterios suponen indicaciones trasplante hepático en hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico

1. imposibilidad resección
2. lesión única <5cm
3. <3 lesiones (mismo lóbulo) <3cm (cada una)
4. dx extensión negativo

. ¿Cuándo es aconsejable realizar una embolización portal previa a una cirugía hepática en presencia de metástasis hepáticas del cáncer colorrectal?: (2024 mayo)

- a) Futuro Remanente Hepático < 30%.
- b) Futuro Remanente Hepático 30%-40%.
- c) Futuro Remanente Hepático < 1%.
- d) Nunca es preciso hacerla.
- e) Siempre debe hacerse, previo a la resección.

→ metástasis hepáticas - técnicas para mejorar reseccabilidad

- si vamos a dejar <30% hígado remanente = preferible realizar embolización portal (se emboliza porta drch para que se atrofie el lóbulo derecho y se hipertrofie el izquierdo, que es el que vamos a dejar)

*correcta: a

. En el Registro Internacional LiverMetSurvey sobre metástasis hepáticas del Cáncer Colorrectal, la supervivencia a 10 años tras Cirugía y Quimioterapia de estas lesiones es: (2023 mayo)

- a) 26%.
- b) 36%.
- c) Menor al 10%.
- d) 10%.
- e) Mayor al 50%.

→ no lo he encontrado

*correcta: a

37. TRANSPLANTE HEPÁTICO E INTESTINAL

. MELD evalúa el pronóstico a 3 meses. (2023 julio)

→ indicación trasplante se determina x escala MELD = SCORE MELD → pronóstico mortalidad 3 meses post-trasplante

. La puntuación PELD (PELD Score) en el trasplante de hígado: (2024 mayo)

- a) Debe usarse siempre en los pacientes pediátricos.
- b) Es de mucha utilidad en las atresias biliares.
- c) Es de escasa utilidad en los pacientes pediátricos.
- d) Es usada en el Carcinoma Hepático pediátrico.
- e) Es usada en los trastornos metabólicos pediátricos.

→ indicaciones trasplante se determina x escala MELD → pacientes pediátricos PELD = (-) precisión + NO extendida

*correcta: c

. En la puntuación MELD del trasplante de hígado en la cirrosis hepática ¿Cuál sería el factor que no se considera para su elaboración? ANULADA. Tanto la a) como la e) son incorrectas (2023 mayo)

- a) Ascitis. *
- b) Creatinina.
- c) Bilirrubina Total.
- d) INR.
- e) Albúmina. *

→ score MELD (índice pronóstico mortalidad 3 meses post-trasplante hepático) = creatinina sérica + bilirrubina sérica + INR

→ score PELD (pediátrico) = edad + albúmina + bilirrubina + INR (*por si te lías con la albúmina)

. ¿Cuál es el inmunosupresor más potente, en la actualidad, en el trasplante hepático?: (2024 mayo)

- a) Tacrolimus.
- b) Ciclosporina.
- c) Micofenolato.
- d) Timoglobulina.
- e) Everolimus.

→ este año le daba importancia a Tacrolimus

*correcta: d

. ¿Cuál es el inmunosupresor más utilizado, en la actualidad, en el trasplante hepático?: (2023 mayo)

- a) Tacrolimus. *
- b) Ciclosporina.
- c) Micofenolato
- d) Sirolimus.
- e) Basiliximax.

→ pasadas las primeras 24h post-trasplante se administra la primera dosis de Tacrolimus.

. ¿Cuál es la indicación más frecuente de trasplante intestinal en el adulto? (2024 junio)

- a) Gastroschisis.
- b) Isquemia.
- c) Tumores.
- d) Colitis Ulcerosa.
- e) Vólvulo.

→ trasplante intestinal

- ppl indicación = resección intestinal masiva (secundaria: vólvulos + isquemia intestinal + enfermedad Chron)

- pacientes pediátricos = 1. gastrosquisis (21%) → 2. vólvulo (17%)

- pacientes adultos = 1. isquemia (23%) → 2. neo GI (16%) → 3. enfermedad Crohn (14%)

- indicación = trasplante intestinal se limita a casos en los que la nutrición parenteral ha alcanzado sus límites

*correcta: b

38. LITIASIS BILIAR

. ¿Qué prueba considera de elección para el diagnóstico de una coledocistitis? (2023 mayo)

- a) Endoscopia.
- b) Tomografía.
- c) Ecografía.
- d) Eco-edoppler.
- e) Resonancia Magnética.

→ coledocistitis = eco → método muy exacto para dx coledocistitis

*correcta: c

. Señale la respuesta correcta en relación a la coledocistitis aguda. (2024 mayo)

- a) La Escherichia Coli es una bacteria aerobia productora de gas, responsable de la coledocistitis enfisematosa.
- b) El mecanismo fisiopatológico de la coledocistitis alitiásica es la obstrucción biliar del conducto cístico.
- c) La coledocistitis grado 1, grave, según las guías de Tokio, se caracteriza por la inestabilidad hemodinámica, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y por la insuficiencia respiratoria.
- d) En el íleo biliar, el tratamiento de primera elección es la coledocistectomía laparoscópica.
- e) En el síndrome de Bouveret, la obstrucción post-pilórica se suele resolver mediante extracción endoscópica y fragmentación del cálculo biliar.

. Señale la respuesta correcta en relación a la coledocistitis aguda. (2024 mayo)

- a) La Escherichia Coli es una bacteria aerobia productora de gas, responsable de la coledocistitis enfisematosa.
→ coledocistitis enfisematosa ⇒ gangrena en pared vesicular + infección x microorganismos productores de gas: bacterias anaerobios (Clostridium Perfringens) + aerobias (E.Coli)
- b) El mecanismo fisiopatológico de la coledocistitis alitiásica es la obstrucción biliar del conducto cístico.
→ coledocistitis alitiásica = etiología isquémica
*en clase explicó lo siguiente: personas que están mucho tiempo en ayuno el esfínter de Oddi permanece cerrado por mucho tiempo - toda la bilis refluye a vesícula = aumenta tamaño vesícula = distensión paredes vesícula = peor vascularización = isquemia.
- c) La coledocistitis grado 1, grave, según las guías de Tokio, se caracteriza por la inestabilidad hemodinámica, insuficiencia renal, insuficiencia hepática y por la insuficiencia respiratoria.
→ coledocistitis aguda - clasificación gravedad - guías Tokio 2018
 - grado I = sin criterios II/III + coledocistitis aguda en paciente previamente sano sin disfunción orgánica y con inflamación leve de la vesícula biliar
 - grado III = (disfunciones orgánicas) cardiovascular (hipotensión que requiere dopamina/norepinefrina) + neuro (deterioro estado alerta) + respiratorio ($PaO_2/FiO_2 > 300$) + renal (oliguria o creatinina $> 2.0 \text{ mg/dL}$) + hepática (INR > 1.5) + hematológica (plaquetas < 100.000)
- d) En el íleo biliar, el tratamiento de primera elección es la coledocistectomía laparoscópica.
→ íleo biliar ⇒ consecuencia cálculo permanece enclavado y no se desobstruye = inflamación = isquemia = perforación = peritonitis biliar / absceso = fístula → coledocistoduodenal: puede llegar a válvula ileocecal = íleo biliar)
→ íleo biliar = tto Qx (enterotomía + extirpación cálculo biliar dis intestino) → NO [need] extirpación vesícula
- e) En el síndrome de Bouveret, la obstrucción post-pilórica se suele resolver mediante extracción endoscópica y fragmentación del cálculo biliar. *
→ sd bouveret = obstrucción postpilórica
- tto = endoscopia (fragmentando piedra o llevándola a estómago)

. Señale la respuesta incorrecta en relación a la indicación de la coledocistectomía laparoscópica en el tratamiento de la litiasis biliar. (2024 mayo)

- a) En la coledocistitis asintomática está indicada la cirugía cuando los cálculos tienen un tamaño superior a 3cm, en una vesícula en porcelana, o en un paciente con una anemia hemolítica.
- b) El síndrome de Mirizzi tipo 2 es una buena indicación para la coledocistectomía laparoscópica.
- c) La coledocistectomía y la coledocoscopia transcística laparoscópica pueden resolver la coledocistitis y la coledocolitiasis en un solo tiempo quirúrgico y evitar la realización de una CPRE.
- d) La coledocistectomía laparoscópica está indicada en la ictericia obstructiva tras la realización de una CPRE.
- e) La lesión iatrogénica de la vía biliar es una complicación muy grave de la coledocistectomía laparoscópica y puede comprometer la vida y la calidad de vida de los pacientes.

→ coledocistectomía - indicaciones Qx:

- síntomas = cólicos reales + colecistitis aguda (urgente en las primeras 72h al inicio síntomas) + hidropónico vesicular + pancreatitis aguda + coledocolitiasis (tras CPRE) + colangitis (tras CPRE) + sd Mirizzi
 - asintomáticas = cálculos >3cm + vesícula calcificada ("en porcelana") (st parcial) + anemia hemolítica
- tto Qx
- colecistectomía = riesgo ppl → lesión biliar
 - colecistectomía + coledoscopia = extirpación vesícula biliar + exploración transcítica con coledoscopia biliar + extracción cálculos vía biliar → pacientes con coledocolitiasis (ictericia obstructiva)

*correcta: e

. ¿Cuál de los siguientes criterios diagnósticos de colecistitis aguda no se encuentran en las guías de Tokio (TG13/TG18)? (2023 mayo)

- Signo de Murphy.
- Fiebre.
- Leucocitosis.
- Proteína C elevada.
- Signo de Charcot.

*correcta: e

39 COLANGITIS BILIAR

. La obstrucción total o parcial del conducto hepático común por un cálculo impactado en el infundíbulo vesicular o el conducto cístico se denomina: (2024 mayo)

- a) Síndrome de Mirizzi.
- b) Síndrome de Charcot.
- c) Síndrome de Reynolds.
- d) Síndrome de Bouveret.
- e) Síndrome de vesícula escleroatrófica.

→ sd Mirizzi = compresión vía biliar extrahepática x cálculo que está en cuello vesícula/ conducto cístico

*correcta: a

. En un paciente con colangitis aguda, ¿cuál de los siguientes síntomas no forma parte de la pentada de Reynolds: (2024 mayo)

- a) Alteración del nivel de conciencia.
- b) Dolor en fosa iliaca izquierda.
- c) Fiebre.
- d) Ictericia.
- e) Inestabilidad hemodinámica.

→ triada Charcot

- 1. Fiebre
- 2. Ictericia
- 3. Dolor abdominal hipocondrio drch

→ pentada Reynolds

- 1. Fiebre
- 2. Ictericia
- 3. Dolor abdominal hipocondrio drch
- 4. Disminución nivel conciencia
- 5. Inestabilidad hemodinámica

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes síntomas y signos NO forman parte de la pentada de Reynolds? (2023 mayo)

- a) Fiebre.
- b) Ictericia.
- c) Dolor abdominal.
- d) Vómitos (sería inestabilidad hemodinámica).
- e) Alteración del nivel de conciencia.

*correcta: d

. Varón de 35 años, con antecedentes de colitis ulcerosa, que muestra en un seguimiento alteración fluctuante de la bioquímica hepática, con predominio de fosfatasa alcalina y GGT. Se realiza finalmente una colangiografía por resonancia magnética que no muestra alteraciones significativas. El estudio de autoinmunidad es negativo, salvo por positividad de los anticuerpos ANCA. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2023 mayo)

- a) Colangitis esclerosante primaria de pequeño calibre.
- b) Colangitis biliar primaria.
- c) Hepatitis autoinmune.
- d) Colangitis esclerosante primaria en su forma clásica.
- e) Colangitis infecciosa recidivante.

→ CEP - paciente típico = varón 30-40a con dx CU/EC + alteración BQ hepática

- forma clásica = (+) FA/GGT + CPRM estenosis biliares multifocales +/- síntomas colestasis (ictericia/prurito) +/- ANCA(+)

- conducto pequeño = métodos imagen NO observan estenosis (SI clínica/bq)

→ otras opciones:

- colangitis biliar primarias = mujer + antiAMA(+)

- hepatitis autoinmune = patrón hepatocelular (aumento AST/ALT) NO colestásico + autoanticuerpos (+)

- colangitis infecciosa recidivante = fiebre + dolor + datos infección (PCR, procalcitonina)

*correcta: a

40. TUMORES VESÍCULA Y VÍA BILIAR (CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR)

. ¿Cuál no es un factor de alto riesgo de desarrollo de Cáncer de Vesícula Biliar?: (2024 mayo)

- a) Fístula Colecistoentérica.
- b) Enfermedad de Fundel.
- c) Síndrome de Mirizzi.
- d) Colitis Ulcerosa.
- e) Enfermedad de Crohn.

*correcta: b

. Cáncer de vesícula en el que se puede optar por colecistectomía simple: (2023 julio)

=> T1s

→ cáncer vesícula - algoritmo tto - reseables:

T1a = colecistectomía simple

. La colecistectomía radical con vaciamiento ganglionar en bloque estaría indicada, principalmente, en el Cáncer de Vesícula: (2023 junio)

- a) T1s
- b) T2.
- c) T3.
- d) T4a.
- e) T4b.

*correcta: b

. ¿Cuál es el tratamiento de elección del Cáncer de vesícula T-III? (2024 mayo)

- a) Colecistectomía simple y vaciamiento ganglionar.
- b) Colecistectomía Radical con vaciamiento ganglionar siempre.
- c) Colecistectomía Radical más Quimioterapia más Inmunoterapia.
- d) Quimioterapia Radical más inmunoterapia.
- e) Colecistectomía Radical con vaciamiento ganglionar en casos seleccionados.

→ si es reseable:

T1a = colecistectomía simple

T1b = colecistectomía radical

T2 = colecistectomía radical + vaciamiento ganglionar en bloque

T3 = colecistectomía en pacientes muy seleccionados (jóvenes capaces soportar QT adyuvante)

T4 = paliativo sintomático

*correcta: e

. El Colangiocarcinoma más frecuente es: (2024 mayo)

- a) Intrahepático.
- b) Hiliar.
- c) Distal.
- d) Difuso.
- e) Esclerosante.

→ colangiocarcinoma - clasificación:

- intrahepáticos (5-10%) = hepatocolangiocarcinomas
- hiliares (60-70%) = Klatskin -> (+) complicados tratar
- distales (20-30%) = mismo tto cáncer páncreas (duodenopancreatectomía cefálica)

*correcta: b

. ¿Cuál es el Colangiocarcinoma más frecuente? (2023 junio)

- a) Intrahepático.
- b) Hiliar.
- c) Tercio medio.
- d) Distal.
- e) Difuso.

. Extensión de un colangiocarcinoma tipo IIIB: (2023 julio)

=> Afecta confluencia pero más hacia lado izquierdo

-> colangiocarcinoma hiliares (Klastkin) - clasificación Bismuth y Corlette

I = tumor NO afecta confluencia hepáticos

II = afecta confluencia (inicialmente)

IIIa = afecta confluencia (más lado drch)

IIIb = afecta confluencia (más lado izq)

IV = llega hasta segunda dictotomía de los canales derechos izquierdos

. Factores que condicionan el éxito en la resección de un colangiocarcinoma: (2023 julio)

=> R0

-> colangiocarcinoma - resección

- se resecta hasta colédoco distal

- biopsia colédoco distal que quedan [IN] páncreas -> saber si está infiltrada => IMP margen distal R0

- extremo proximal hepático = [need] margen negativo (R0)

- vaciamiento ganglionar todo hialino hepático hasta salida tronco celíaco-> estadiar + pronóstico

- margen NO negativo = hepatectomía

41. PANCREATITIS AGUDA

. Causa más frecuente de pancreatitis aguda en nuestro medio: (2023 julio)

=> Litiasis biliar.

. En un paciente con antecedentes de consumo elevado de alcohol, que acude a urgencias por dolor abdominal agudo, localizado en epigastrio e irradiado a ambos hipocondrios, el diagnóstico de sospecha de pancreatitis aguda puede confirmarse mediante: (2024 mayo)

- a) Elevación de la actividad sérica de transaminasas.
- b) Elevación de la actividad sérica de lipasa.
- c) Presencia de litiasis biliar en la ecografía.
- d) Presencia de derrame pleural en la placa simple de tórax.
- e) a y b son correctas.

-> pancreatitis aguda - dx = 2/3

1. dolor abdominal agudo compatible (dolor abdominal intenso agudo en epigastrio irradiado a ambos hipocondrios modo cinturón)
2. >x3 enzimas pancreáticas (amilasa/lipasa)
3. TC abdominal con hallazgos compatibles

-> mejor enzima pancreática: lipasa > amilasa x

- amilasa = (-) específica (se produce en muchos órganos: gl salivares, ovarios, vía biliar, intestino, pulmón) / (-) sensible (>) velocidad aclaramiento renal (se elimina antes x vía renal 24-48h)

- lipasa = (+) específica (páncreas, lengua y estómago) / (+) sensible (tarda más en aclararse 3-5 días)

-> pancreatitis - etiología - obstructiva = litiasis biliar (causa +frec pancreatitis aguda en nuestro medio)

-> pancreatitis - exploración física = auscultación pulmonar: disminución murmullo vesicular bases + derrame pleural

*correcta: b

. Mujer de 40 años que se somete a una CPRE por coledocolitiasis. Unas horas después del procedimiento comienza con dolor epigástrico intenso, irradiado a la espalda. Se le realiza analítica urgente que evidencia hemoglobina 12.8; leucocitos 16.500/mm3, creatinina de 0.9mg; urea 62mg; AST 39U/L; ALT 43U/L; GGT 152U/L; Lipasa 1600U/L. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2021 mayo)

=> Pancreatitis aguda post CPRE

-> pancreatitis aguda

- etiología => iatrogénica: CPRE - complicación (+) frecuente = pancreatitis aguda

- clínica = dolor abdominal intenso agudo en epigastrio irradiado a la zona lumbar

- dx (2/3) = dolor abdominal agudo compatible + >x3 enzimas pancreáticas (amilasa, lipasa) + TC abdominal con hallazgos compatibles

*entre la CPRE y la coledocolitiasis no tiene más boletos para pancreatitis aguda porque no se ha hinchado a alcohol

. Una pancreatitis aguda se define como moderada si cumple los siguientes criterios: (2015 junio)

- a) Colecciones líquidas agudas o fallo orgánico transitorio.
- b) Necrosis pancreática y fallo orgánico persistente.
- c) Fallo orgánico transitorio y/o complicaciones locales o sistémicas.
- d) Necrosis infectada asociada a fallo orgánico persistente.
- e) Ninguna de las anteriores es correcta.

-> pancreatitis aguda - clasificación clínica

- leve = ausencia complicaciones locales/sistémicas

- moderada = fallo orgánico transitorio y/o complicaciones locales/sistémicas

- grave = fallo orgánico persistente único/múltiple >48h a pesar tto

*correcta: c

. ¿Qué criterios definen a una pancreatitis aguda como grave? (2018 junio)

=> Presencia de fallo orgánico persistente, único o múltiple.

-> pancreatitis aguda - clasificación clínica - pancreatitis aguda grave (5-10%)

- fallo orgánico persistente (único/múltiple) >48h a pesar tto

- recuperación >6-8sem = ingresos UCI varias semanas/meses

- mortalidad elevada (50%)

. Mujer de 65 años que acude a urgencias por dolor abdominal agudo, náuseas y vómitos. A la exploración física se trata de una mujer con un nivel de conciencia normal, orientada temporo-espacialmente. Presenta una frecuencia cardíaca de 110 lpm, tensión arterial de 110/70 mmHg, Temperatura 38.5°C. En el hemograma destaca leucocitosis (16500 leucocitos/mm³) y elevación de hematocrito. En bioquímica sérica destaca glucemia 145 mg/dL, urea 75 mg/dL, creatinina 1.3mg/dL, lipasa 3540 U/L, AST 63 U/L, ALT 92 U/L, GGT 310 U/L. Radiografía AP y lateral de tórax y radiografía simple de abdomen normales. ¿Qué puntuación BISAP presenta esta paciente? (2023 mayo)

- a) 6.
- b) 3. *
- c) 4.
- d) 7.
- e) 5.

→ pancreatitis aguda - evaluación pronóstica - escala BISAP = 0-2p <2% mortalidad / >3p mortalidad >15%

- Blood urea nitrogen = BUN >25 / urea >60mg/dL

- Impaired mental status = Glasgow <15

- Systemic inflammatory response syndrome = 2/4: <35°C/>38°C + >20rpm/<32mmHg + >90lpm + <4.000leucopenia/>12.000leucocitosis/>10%caídos(desviación izquierda)

- Age = >60a

- Pleural effusion = derrame pleural evidencia Rx

→ caso = >60a 1pto + >90lpm/>38°C/>12.000leucocitosis 1pto + urea>60 1pto = 3pto

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la reposición hidroelectrolítica en pancreatitis aguda? (2023 mayo)

- a) Se debe administrar sueroterapia 1.5 ml/kg/h en perfusión continua.
- b) Los sueros de elección son el fisiológico y el glucosado al 5%.
- c) En caso de datos de hipovolemia deben administrarse 10 ml/kg de suero a pasar en 2 horas.
- d) En caso de datos de sobrecarga hídrica se debe interrumpir o reducir la sueroterapia.
- e) La administración de sueros debe mantenerse hasta demostrar tolerancia a la alimentación oral.

→ pancreatitis aguda - tto - reposición hidroelectrolítica:

- Ringer lactato (no se usa ni suero fisiológico ni glucosado)

- velocidad perfusión estándar 1.5mL/kg/h

- si el paciente tiene datos de hipovolemia antes de empezar perfusión con ringer lactato = dar bolo 10mL/kg de ringer lactato a pasar en 2h

- evaluar 12/24/48/72h => si el paciente sigue mal, pero sino cortamos y damos de comer (realimentacion oral precoz)

- si el paciente tiene una sobrecarga hídrica = paramos perfusión o reducimos volumen Ringer lactato

*correcta: b

. Paciente de 73 años de edad que acude a urgencias por dolor abdominal agudo, intenso y persistente de 12 horas de evolución, acompañado de náuseas y vómitos. No fiebre. Pulso 112 lpm, TA 120/65. No taquipnea. Analíticamente destaca la presencia de hematocrito elevado, leucocitosis, elevación de urea, AST, ALT y GGT, marcada elevación de lipasa (por encima de 1000 U/L). Resto de analítica sin alteraciones relevantes. Se le realiza ecografía abdominal que demuestra la presencia de colelitiasis. Páncreas no visualizado por interposición de gas. ¿Qué tres medidas terapéuticas debe iniciar en urgencias en este paciente? (2019 mayo) (2018 junio)

=> Dieta absoluta, reposición hidroelectrolítica, analgesia.

→ pancreatitis aguda

- clínica (2/3) = dolor abdominal agudo compatible + >x3 enzimas pancreaticas (lipasa, amilasa) + TC abdominal compatible

- tto = dieta absoluta + reposición hidroelectrolítica + analgesia IV + soporte nutricional

. ¿Cuál de las siguientes frases es correcta en relación a la pancreatitis aguda? (2017 junio)

- a) La pancreatitis aguda se define como grave solo si existe fallo orgánico persistente.
- b) La etiología mas frecuente en nuestro medio es el consumo de alcohol.
- c) La presencia de necrosis pancreática infectada es indicación de ingreso en UCI.
- d) La clave del tratamiento en la fase inicial es dejar al paciente en dieta absoluta y administrar analgésicos intravenosos.
- e) La alimentación oral puede reiniciarse tan pronto como los niveles de enzimas pancreáticas en suero se hayan normalizado.

. ¿Cuál de las siguientes frases es correcta en relación a la pancreatitis aguda? (2017 junio)

- a) La pancreatitis aguda se define como grave solo si existe fallo orgánico persistente.
→ pancreatitis aguda grave = fallo orgánico único/múltiple persistente >48h a pesar tto
- b) La etiología mas frecuente en nuestro medio es el consumo de alcohol.
→ pancreatitis aguda - etiología obstructiva = litiasis biliar (causa (+) frec en nuestro medio
- c) La presencia de necrosis pancreática infectada es indicación de ingreso en UCI.
→
- d) La clave del tratamiento en la fase inicial es dejar al paciente en dieta absoluta y administrar analgésicos intravenosos.
→ pancreatitis aguda - tto = dieta absoluta + reposición hidroelectrolítica (clave) + analgesia
- e) La alimentación oral puede reiniciarse tan pronto como los niveles de enzimas pancreáticas en suero se hayan normalizado.
→ pancreatitis - tto => soporte nutricional = realimentación oral precoz ASAP - NO dolor/ileo paralítico -> NO importan niveles lipasa/amilasa

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes frases es falsa en relación a la pancreatitis aguda? (2015 julio)

- a) La presencia de necrosis pancreática define a la pancreatitis como grave.
- b) La etiología más frecuente en nuestro medio es la litiasis biliar.
- c) La evaluación del síndrome de respuesta inflamatoria sistémica tiene utilidad pronóstica.
- d) La clave del tratamiento es la reposición hidroelectrolítica adecuada precoz.
- e) La alimentación oral debe reiniciarse tan pronto como el paciente recupere el peristaltismo intestinal y haya cedido el dolor.

*correcta: a

. Se inicia tratamiento en el paciente de la pregunta anterior consiguiéndose un buen control del dolor y mejoría analítica. Sin embargo, a lo largo de los primeros 7 días de ingreso persiste intolerancia a la alimentación oral. Se realiza TAC abdominal en el día 7 de evolución que muestra la presencia de áreas de parénquima pancreático y grasa peripancreática que no captan contraste, con presencia de abundante líquido libre retroperitoneal. ¿Qué complicación de la pancreatitis aguda presenta el paciente? (2024 mayo)

- a) Colección líquida aguda.
- b) Necrosis pancreática organizada.
- c) Colección necrótica aguda. *
- d) Pseudoquiste pancreático.
- e) Necrosis pancreática infectada.

→ pancreatitis aguda - complicaciones locales:

- colección homogénea de líquido + limitada x planos anatómicos retroperitoneales + adyacentes al páncreas + sin pared que las delimite + en contexto pancreatitis edematosa + aparecen en fase precoz (primeras 4 semanas)
- colección necrótica aguda = colección precoz (primeras 4sem) con contenido líquido y tejido necrótico

*al principio creías que era colección líquida aguda pensando que en la necrosis no había líquido pero sí que lo hay. .uy clave tb cuando dice "parénquima pancreática y grasa peripancreática que no captan contraste, haciendo referencia al tejido necrótico.

. Un paciente con pancreatitis aguda, con buena evolución inicial, presenta intolerancia alimentaria en el intento de reintroducción de la alimentación oral. Se realiza por este motivo TAC abdominal a los quince días de evolución de la enfermedad, que muestra una gran colección líquida de unos 12 cm de diámetro que comprime la cámara gástrica. La inyección de contraste iv demuestra que el páncreas está bien perfundido en cabeza y cuerpo, sin realce en cola. Dicho hallazgo es compatible con: (2017 junio)

- a) Colección líquida peripancreática aguda.
- b) Pseudoquiste pancreático agudo.
- c) Colección necrótica aguda.
- d) Necrosis organizada (walled-off necrosis).
- e) Pseudoaneurisma pancreático.

→ NO capta contraste = necrosis

*correcta: c

. Un paciente ingresado por pancreatitis aguda presenta a las 5 semanas del ingreso un cuadro séptico, con fiebre, leucocitosis y elevación de los niveles de PCR. Se realiza TAC abdominal (imagen) en ese momento que demuestra la existencia de una complicación. ¿De qué complicación se trata? (2019 mayo) (2018 junio)

=> Necrosis cavitada infectada.

→ pancreatitis aguda - complicaciones = pancreatitis aguda necrotizante: necrosis organizada

- colección tejido necrótico limitado x pared
- [need] >4sem para formarse desde [start] pancreatitis
- puede infectarse

42. PANCREATITIS CRÓNICA

. ¿En cuál de las siguientes situaciones clínicas sospecharía pancreatitis crónica? (2015 junio)

- a) Paciente no bebedor con dolor epigástrico irradiado a espalda.
- b) Paciente con síntomas dispépticos y antecedentes personales de pancreatitis aguda.
- c) Paciente con pancreatitis recidivante.
- d) Paciente fumador con cuadro de dispepsia con predominio de dolor que no cede al tratamiento habitual con inhibidores de la bomba de protones.
- e) En todas las situaciones anteriores.

*correcta: e

. ¿Mutaciones en qué gen son causantes de pancreatitis crónica hereditaria? (2024 mayo)

- a) Tripsinógeno catiónico o PRSS1.
 - b) Inhibidor de tripsina o SPINK 1.
 - c) Quimotripsina G o CTSC.
 - d) Regulador transmembrana de la fibrosis quística o CFTR.
 - e) Receptor sensor de calcio o CASR.
- pancreatitis crónica
- mutaciones causan pancreatitis hereditaria = mutaciones tripsinógeno catiónico (PRSS1) <- única causa
 - mutaciones predisponen = vía afínar (SPINK1/CTSC) + vía ductal (CFTR/CASR)

*correcta: a

. ¿La mutación de qué gen se asocia a pancreatitis crónica hereditaria? (2018 junio)

=> PRSS1 o tripsinógeno catiónico

. Mutaciones de cual de los siguientes genes definen el diagnóstico de pancreatitis crónica hereditaria. (2016 mayo)

- a) Tripsinógeno catiónico o PRSS1.
- b) Inhibidor de tripsina PST1 o SPINK1.
- c) Regulador transmembrana de la fibrosis quística o CFTR.
- d) Quinotripsinógeno catiónico o CTSC.
- e) El diagnóstico de pancreatitis hereditaria requiere de la asociación de mutaciones en al menos dos de los genes anteriores.

*correcta: a

. ¿Cuál de las siguientes formas de pancreatitis crónica se asocia a mayor riesgo de cáncer de páncreas? (2023 mayo)

- a) Pancreatitis crónica alcohólica.
 - b) Pancreatitis crónica autoinmune.
 - c) Pancreatitis crónica hereditaria.
 - d) Pancreatitis crónica obstructiva.
 - e) El riesgo de cáncer de páncreas es similar en todos los casos de pancreatitis crónica.
- pancreatitis crónica - mutaciones CAUSAN pancreatitis crónica = mutPRSS1 = 40% cáncer páncreas

*correcta: c

. Varón de 42 años, bebedor habitual de 20 gramos de etanol, fumador de 20 cig/día, que acude a su médico de AP por dolor epigástrico continuo irradiado a la espalda, de aproximadamente un año de evolución. Ocasionalmente le despierta por la noche. No náuseas, vómitos ni pérdida de peso. Tolerancia a alimentación oral normal. No toma fármacos ni cuenta antecedentes relevantes. Se realiza hemograma y bioquímica básica que no muestra alteraciones relevantes. Test de antígenos de H. Pylori en heces negativo. Dos semanas antes se había realizado una EDA en un centro privado, que fue informado como normal. En ese momento le pautaron tratamiento con omeprazol que no produjo ninguna mejoría. El médico de AP le solicita una ecografía abdominal que es informada como hígado, bazo y riñones normales, vesícula biliar de pared normal sin lesión, vía biliar no dilatada, páncreas no visualizado por interposición de gas. ¿Cuál es el diagnóstico de sospecha y qué pruebas solicitarías para confirmarlos? (2021 mayo)

=> Pancreatitis crónica. Ecografía endoscópica o RMN/CPRM.

→ pancreatitis crónica

- etiología = tabaco y alcohol
- manifestaciones clínicas = dolor epigástrico irradiado a espalda/hipocóndrio

- dx - técnicas imagen = ecografía endoscópica (método elección para dx)

. ¿Cuál de los siguientes métodos de imagen es el mas sensible para el diagnostico de pancreatitis crónica? (2017 junio)

- a) Ecografía abdominal.
- b) Ecografía endoscópica.
- c) Colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE).
- d) RMN pancreática.
- e) TAC abdominal.

*correcta: b

. Varón de 58 año, exbebedor y exfumador, diagnosticado de pancreatitis crónica. Acude a urgencias del hospital por intolerancia a la alimentación oral con vómitos de repetición. Se realiza un TC abdominal que, junto a un páncreas con múltiples calcificaciones puntiformes, muestra la existencia de una gran colección líquida bien definida, de 12x9cm, adyacente al páncreas, que comprime el estómago. ¿Cuál es el tratamiento de elección en este paciente? (2021 mayo)

=> Drenaje endoscópico transpapilar o transmural.

-> pancreatitis crónica - tto = etiológico -> obstrucción = endoscópico/Qx

. Paciente varón de 54 años de edad, previamente diagnosticado de pancreatitis crónica alcohólica que acude a urgencias por dolor abdominal y vómitos. En el TAC abdominal se observa la presencia de una colección líquida de 7 cm de diámetro situada en cabeza-cuerpo de páncreas que comprime cámara gástrica y marco duodenal. El tratamiento de elección de este caso consiste en: (2017 junio)

- a) Analgesia y ver evolución.
- b) Drenaje percutáneo.
- c) Drenaje quirúrgico.
- d) Resección quirúrgica.
- e) Drenaje endoscópico transgástrico.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes medidas no es correcta en relación al tratamiento del dolor en pancreatitis crónica? (2017 junio)

- a) Reducción del consumo de alcohol y tabaco.
- b) Corticoides orales en caso de etiología autoinmune.
- c) Extracción endoscópica de calculo enclavado en cabeza pancreática.
- d) Prescripción de pregabalina.
- e) Prescripción de analgésicos opioides.

-> pancreatitis aguda - tto dolor

1. ABSTINENCIA alcohol/tabaco (ni un poco)
2. Analgésico NO opioides
3. Pregabalina
4. Analgésicos opioides
5. Resección quirúrgica.

*tto primero y fundamental = etiológico (corticoides autoinmune / Qx obstrucción ...)

*correcta: a

. Durante el seguimiento de un paciente con pancreatitis crónica se establece el diagnóstico de insuficiencia pancreática exocrina. ¿Cuál es su tratamiento? (2024 mayo)

- a) Administración de enzimas pancreáticas vía oral con cada comida.
- b) Drenaje endoscópico de la vía biliar en caso de ictericia obstructiva.
- c) Drenaje endoscópico en caso de pseudoquistes pancreáticos.
- d) Derivación quirúrgica del conducto pancreático.
- e) Todas las anteriores son correctas.

-> insuficiencia pancreática exocrina - tto:

- dieta saludable normal
- enzima pancreáticos v.o. cada vez que ingiere alimento
- IBP

*correcta: a

. Un paciente a seguimiento por pancreatitis crónica acude a revisión refiriendo diarrea, con heces pastosas que flotan en agua, aumento de los ruidos intestinales y meteorismo. Se realiza un test de función pancreática que confirma la presencia de insuficiencia pancreática exocrina. ¿Qué dosis de enzimas pancreáticas por comida y por snack son recomendadas de inicio? (2018 junio)

=> 50.000 U por comida y 25.000 U por snack

-> pancreatitis crónica = insuficiencia pancreática exocrina - tto =

- dieta saludable normal

- enzimas pancreática vo en cada comida = dosis 50.000 lipasa en comidas principales / 25.000 lipasa en comidas menores

*todas las pancreatitis crónicas acaban produciendo insuficiencia si no se frena el progreso de la enfermedad.

. (...) crónica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA? (2023 mayo)

a) La prevalencia de insuficiencia pancreática exocrina en pancreatitis crónica es muy elevada, superior al 80%.

b) El objetivo del tratamiento de la IPE es evitar síntomas de malabsorción intestinal y normalizar el estado nutricional del paciente.

c) El diagnóstico de IPE en pancreatitis crónica se basa en la evaluación de síntomas, déficits nutricionales y la cuantificación de la concentración de elastasa en heces.

d) El tratamiento de la IPE se basa en recomendaciones dietéticas y tratamiento enzimático sustitutivo vía oral.

e) La dosis inicial recomendada de enzimas es de 50.000 U con desayuno, comida y cena, y 25.000 U con la merienda.

-> pancreatitis crónica - tto insuficiencia pancreática exocrina

1. Dieta saludable normal (NO reducir grasas)

2. Enzimas pancreáticas = 25.000 comidas menores + 50.000 comidas mayores

3. IBP = cuando tto enzimáticos sustitutivos NO funcionan

*correcta: a

. Caso de paciente con pancreatitis crónica que relata que sus heces son pastosas, flotan en el agua (porque tienen mucho gas al no absorberse los hidratos de carbono), flatulencias, pérdida de peso. Sospecha clínica y tratamiento. (2019 mayo)

=> Insuficiencia pancreática exocrina Tratamiento: enzimas pancreáticas con cada comida.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación al tratamiento de la pancreatitis crónica? (2016 junio)

a) La abstinencia absoluta de alcohol y tabaco constituye uno de los principales pilares del tratamiento.

b) El tratamiento de la pancreatitis autoinmune se basa en la administración de corticoides vía oral.

c) El tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina secundaria a pancreatitis crónica se basa en una dieta pobre en grasas y tratamiento enzimático sustitutivo.

d) La pregabalina es eficaz en el tratamiento del dolor por pancreatitis crónica.

e) En la diabetes secundaria a pancreatitis crónica (tipo 3c), el tratamiento insulínico se asocia a un mayor riesgo de hipoglucemias que el mismo tratamiento en diabetes tipo 2.

*correcta: c

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la pancreatitis crónica es cierta? (2015 junio)

a) La causa de la pancreatitis hereditaria es la mutación del gen SPINK 1.

b) El diagnóstico se basa en la demostración de infiltrado inflamatorio crónico en muestra de biopsia pancreática obtenida mediante punción guiada por ecoendoscopia.

c) El TAC abdominal con contraste es el método diagnóstico más sensible.

d) El tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina se basa en una dieta pobre en grasa y en la administración de enzimas pancreáticas vía oral.

e) El tabaco es una de las causas principales de pancreatitis crónica.

*correcta: e

. En relación a las complicaciones de la pancreatitis crónica, es falso que: (2015 junio)

a) Un pseudoquistes debe drenarse independientemente de su tamaño si produce dolor o si se complica.

b) El tratamiento de elección de la estenosis duodenal es quirúrgico.

c) La aparición de una estenosis biliar en un paciente con pancreatitis crónica obliga a descartar degeneración maligna.

d) Las trombosis venosas del eje esplenoportal son complicaciones vasculares frecuentes.

e) Un pseudoaneurisma requiere seguimiento estrecho.

*correcta: e

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la pancreatitis crónica es falsa? (2014 mayo)

- a) La causa más frecuente de la enfermedad es el consumo de alcohol y tabaco.
- b) El diagnóstico se basa en la demostración de alteraciones morfológicas del páncreas secundarias a fibrosis de la glándula.
- c) El método diagnóstico de elección es el tac abdominal con contraste.
- d) El tratamiento de la insuficiencia pancreática exocrina se basa en una dieta normal, sin restricción de la ingesta de grasa, y en la administración de enzimas pancreáticas vía oral con cada comida.
- e) El síntoma más frecuente más frecuente de la enfermedad es el dolor epigástrico.

*correcta: c

43. CIRUGÍA PANCREATITIS

. ¿Cuál de las siguientes indicaciones de tratamiento quirúrgico de la Pancreatitis aguda no es correcta? (2023 mayo)

- a) Diagnóstico Clínico incierto.
- b) Colectomías tras episodio agudo inflamatorio.
- c) Necrosectomía una vez diagnosticada la Pancreatitis aguda.
- d) Infección refractaria a un tratamiento más conservador.
- e) Síndrome compartimental abdominal refractario.

→ pancreatitis aguda - indicaciones tto Qx

1. Diagnóstico incierto
2. Colectomía

- esperar 4-6sem [after] ataque agudo para que proceso autoinflamatorio autolimitado
- si es edema tosa = se hace en ingreso
- NO add imagen = colangiografía intraoperatoria laparoscópica/abierta (ver si queda cálculo vía biliar)

3. Complicaciones (ej: sd compartimental abdomen agudo refractario, primero tto médico)

→ tto pancreatitis necrótico s = infección / persistente >4sem + síntomas

*correcta: c

. ¿Cuál de los siguientes gestos serían correctos en el desbridamiento quirúrgico de una Pancreatitis aguda? (2024 mayo)

- a) Drenaje amplio.
- b) Colectomía.
- c) Gastrostomía de alimentación.
- d) a y b.
- e) Todas las anteriores.

→ necrosis pancreática infectada - tto escalonado

1. ATB (carbapenem)
2. Tto intervencionista = drenaje endoscópico percutáneo
3. Necrosectomía Qx

→ metas desbridamiento

1. Desbridarte máximo tejido necrótico posible con mayor seguridad
2. Conseguir amplio drenaje de la cavidad pancreática (externo/gastrointestinal)
3. Establecer vía alimentación enteral
4. Realizar colectomía / colangiografía (si estuviese indicada)
5. Intentar ser lo más "fisiológico posible" lata evitar secuelas a largo plazo.

*correcta: d

. En el curso de una necrosectomía por Laparotomía en una Pancreatitis aguda ¿Que vasos podrían ser dañados con más facilidad?: (2023 mayo)

- a) Mesentéricos.
- b) Ilíacos.
- c) Femorales.
- d) Aorta.
- e) Vena Cava Inferior.

*correcta: a

. En el síndrome compartimental abdominal, ¿cuáles de los siguientes tratamientos sería el más correcto?: (2024 mayo)

- a) Solo Sedación e intubación.
- b) Solo Analgesia con opiáceos.
- c) En caso de Insuficiencia renal, HDFVC.
- d) Descompresión percutánea siempre.
- e) Descompresión quirúrgica siempre.

→ pancreatitis - Sd compartimental abdominal agudo - tto médico:

- sedación + analgesia + bloq neuromusc
- descompresión = SNG + sonda de colon + procinéticos
- diuréticos + hemodiafiltración venovenosa continua (HDFVC) (diálisis continua muy efectiva)
- descompresión percutáneo

*tto según necesidades enfermo: si lo tiene es un compromiso pulmonar podemos intubar

→ sd compartimental abdominal agudo - Qx = laparotomía descompresiva

*correcta: c

. En la cirugía de la Pancreatitis Crónica, ¿Qué técnica no supone resección pancreática?: (2024 mayo)

- a) Operación de Beger.
- b) Operación de Partington-Rochelle.
- c) Operación de Duval.
- d) Operación de Whipple.
- e) Operación de Warren.

→ pancreatitis crónica

- técnicas drenaje = pancreático yeyunostomía

• latero-lateral / Partington-Rochelle / Puestow-Gillesby

• mixta = Frey

- técnicas drenaje = distal + DPC (transverso-longmire + Berger) + preservadoras + totales

*correcta: b

. Objetivos del tratamiento quirúrgico de la pancreatitis crónica. (2022 mayo)

1. Resolución dolor (dolor pancreático muy intenso)
2. Control complicaciones órganos vecinos.
3. Preservación función exocrina y endocrina.
4. Rehabilitación social y ocupacional.
5. Mejoría calidad de vida,

44. CANCER PÁNCREAS

. De las neoplasias malignas pancreáticas ¿Cuál es la más frecuente?: (2023 mayo)

- a) Pancreatoblastoma.
- b) Adenocarcinoma ductal.
- c) Tumor pseudopapilar.
- d) Cistoadenocarcinoma.
- e) Carcinoma Acinar.

→ cáncer de páncreas = adenocarcinoma ductal = pero pronos + (+) frec

*correcta: b

. ¿Cuál de los siguientes factores se considera de alarma para el diagnóstico de un Cáncer de Páncreas?: (2024 mayo)

- a) Diabetes de comienzo tardío. *
- b) Diabetes tipo I juvenil.
- c) Dispepsia.
- d) Diabetes con altas necesidades de Insulina.
- e) Diabetes paradójica.

→ cáncer páncreas - clínica = diabetes tardía (en pacientes sin factores de riesgo para desarrollo de DM tipo 2

. En el Cáncer de páncreas borderline, el tratamiento más correcto es: (2024 mayo)

- a) Pancreatectomía Total directa.
- b) Operación de Beger.
- c) Cirugía de resección y Quimioterapia adyuvante.
- d) Quimioterapia Neoadyuvante y Cirugía de resección.
- e) Operación de Frey.

→ cáncer páncreas - algoritmo tto - tumores borderline = QT neoadyuvante → re-estadiaje = tumor reduce → resecable =

Cx

*correcta: c

. En el Cáncer de páncreas "Bordeline" resecable, el tratamiento de elección es: (2023 mayo)

- a) Pancreatectomía Total directa.
- b) Pancreatectomía segmentaria directa.
- c) Pancreatectomía de Beger directa.
- d) Quimioterapia Neoadyuvante y Cirugía de resección.
- e) Cirugía de resección y Quimioterapia adyuvante.

*correcta: d

. En el Cáncer de Páncreas localmente avanzado, ¿cuál de las siguientes aseveraciones no es correcta?: (2024 mayo)

- a) Siempre se puede operar en centro especializado.
- b) Nunca será resecable si invade venas esplácnicas.
- c) Se podría resear si responde a quimioterapia.
- d) Siempre hay que dar quimioterapia adyuvante.
- e) No es aconsejable operar, aunque respondiese a la Quimioterapia.

→ cáncer páncreas - algoritmo tto - tumores borderline = QT paliativa → no va bien = QT + RDT → tumor se reduce = Cx

→ pregunta anulada (creo)

*correcta: e

45. TUMORES QUÍSTICOS PANCREÁTICOS

. En un varón de 73 años se detecta incidentalmente en un TAC abdominal la presencia de una lesión quística pancreática de 1 cm de diámetro en la cola del páncreas. El páncreas, por lo demás, no presenta otras alteraciones. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2024 mayo)

- a) Pseudoquiste pancreático.
- b) Cistoadenoma mucinoso.
- c) Cistoadenoma seroso.
- d) Tumor papilar mucinoso intraductal de rama lateral.
- e) Tumor papilar mucinoso intraductal de conducto pancreático principal.

→ tumores quísticos pancreáticos = cistoadenoma seroso (>mujeres) + cistoadenoma mucinoso (>mujeres) + tumor papilar mucinoso intraductal (hombres=mujeres)

→ tumor papilar mucinoso intraductal

- hombres = mujeres

- localización: cabeza + cuerpo + cola

- 75% asintomáticos

→ lesiones quísticas pancreáticas - aproximación dx - RNM/CPRM

- lesiones quísticas multifocales = TPML rama lateral

- lesión quística única + CPP normal = lesión indeterminada

*correcta: d

. En el caso anterior, ¿cuál es la actitud diagnóstico-terapéutica más adecuada? (2024 mayo)

- a) Resección quirúrgica laparoscópica.
- b) Punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecoendoscopia.
- c) Cuantificación de los niveles de amilasa, glucosa y CEA en el líquido del quiste.
- d) Caracterización mediante RNM/CPRM para descartar datos de alarma.
- e) b y c son correctas.

*correcta: d

. Un varón de 61 años sin enfermedad pancreática previa conocida, presenta lesiones quísticas en el páncreas como hallazgo casual en una ecografía abdominal realizada en el contexto de evaluación de patología renal. Se solicita CPRM que muestra la siguiente imagen. ¿Cuál es el diagnóstico? (2023 mayo)

- a) Cistoadenoma seroso.
- b) Cistoadenoma mucinoso.
- c) Pseudoquiste pancreático.
- d) Tumor papilar mucinoso intraductal.
- e) Quistes simples pancreáticos.



→ tumor papilar mucinoso intraductal (TPMI)

- tumor quístico pancreático (+) frec

- frec: hombres = mujeres (clave este dato, ya que los otros quistes, cistoadenoma será mucinoso, son mayoritariamente en mujeres)

- se origina en el conducto pancreático principal o ramas laterales

- puede ser tumores únicos, pero frecuentemente son múltiples

- 75% asintomáticos

- Dx = RNM método elección

*correcta: d

. Se realiza punción-aspiración con aguja fina guiada por ecoendoscopia de una lesión quística de 3 cm situada en cuerpo de páncreas. El análisis bioquímico del líquido muestra una amilasa muy baja, una glucosa elevada y un antígeno carcinoembrionario bajo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? (2023 mayo)

- a) Cistoadenoma seroso.
- b) Cistoadenoma mucinoso.
- c) Pseudoquiste pancreático.
- d) Tumor papilar mucinoso intraductal.
- e) Quiste simple pancreático.

→ cistoadenoma seroso:

- localización = cuerpo + cola
- NO comunica con conducto pancreático
- lesión completamente benigna = sin potencial de degeneración

→ tumores quísticos pancreáticos - dx diferencial con líquido quiste - cistoadenoma seroso

- mucinoso (-) = no produce moco
- amilasa: baja = NO comunica con CPP
- glucosa: alta = NO potencial maligno
- CEA: bajo = NO maligniza

*correcta: a

. Mujer de 55 años de edad que es remitida por su ginecologo por encontrar en una ecografía de control una lesión quística de 3 cm de diámetro localizada en cola de páncreas. Se realiza evaluación mediante ecografía endoscópica que muestra una lesión quística bien definida con pared regular y ausencia de nódulos murales. El conducto pancreático principal no está dilatado y es de características normales. Se realiza punción-aspiración con aguja fina y se envía el líquido obtenido para estudio citológico y bioquímico. La evaluación citológica se informa como ausencia de células. El estudio bioquímico muestra unos niveles de amilasa no detectables y de CEA de 480ng/ml ¿Cuál es el diagnóstico más probable en esta paciente? (2016 mayo)

- a) Cistoadenoma seroso.
- b) Cistoadenoma mucinoso.
- c) Tumor papilar mucinoso intraductal.
- d) Cistoadenocarcinoma mucinoso.
- e) Pseudoquiste.

*correcta: b

. Una mujer de 55 años asintomática y sin antecedentes de interés es remitida a las consultas de Aparato Digestivo por presentar en una ecografía abdominal realizada durante un control ginecológico rutinario un quiste único en la cola del páncreas. Se realiza ecografía endoscópica que confirma la existencia de una lesión quística de 5cm en la cola del páncreas, sin tabiques en su interior y sin nódulos murales. La punción-aspiración con aguja fina muestra un contenido con moco y su análisis demuestra unos niveles bajos de amilasa y elevados de CEA. El diagnóstico más probable es: (2015 junio)

- a) Pseudoquiste.
- b) Quiste simple.
- c) Cistoadenoma seroso.
- d) Cistoadenoma mucinoso.
- e) Tumor papilar mucinoso intraductal.

→ cistoadenoma mucinoso

- st mujeres (>95%)
- localizaron = cuerpo + cola
- NO comunica con CPP
- lesión premaligna

→ tumores quísticos pancreáticos - dx diferencial con líquido quiste - cistoadenoma mucinoso

- mucina = ++ (produce moco)
- amilasa = baja (no comunica con CPP)
- glucosa = baja (potencial maligniza)
- CEA = alta (maligniza)

*correcta: d

46. TRANSPLANTE DE PÁNCREAS Y CIRUGÍA DEL BAZO

. ¿Quiénes realizaron el primer trasplante de Páncreas en el mundo? (2024 mayo)

- a) Kelly y Stariz
- b) Kelly y Shunway.
- c) Kelly y Lillehei. *
- d) Kelly y Calne.
- e) Kelly y Carrel.

→ trasplante páncreas = Kelly y Lillehei → 1er trasplante páncreas (mujer con DM)

*correcta: c

. ¿Cuál es el tipo de Trasplante de Páncreas que se realiza con más frecuencia? (2024 mayo)

- a) Páncreas aislado.
- b) Páncreas-Riñón.
- c) Páncreas-Hígado.
- d) Páncreas después de un riñón.
- e) Páncreas-Intestino (tipo Clúster).

*correcta: b

. ¿Cuál es el tipo de trasplante de páncreas realizado con más frecuencia?: (2023 mayo)

- a) Trasplante simultáneo de Páncreas-Riñón.
- b) Trasplante simultáneo de Páncreas-Hígado.
- c) Trasplante secuencial después de trasplante renal.
- d) Trasplante de Páncreas Aislado.
- e) Trasplante simultáneo de Páncreas-Yeyuno.

→ trasplante páncreas - tipos = simultáneo páncreas-riñón = 90-95% casos

*correcta: a

. ¿Cuál no es indicación de trasplante de páncreas

=> Cáncer de páncreas.

→ indicaciones trasplante páncreas-riñón

- DM1
- diálisis / prediálisis
- <50a
- aceptable estado general
- vasos aortoiliacos sin patología grave

. Causa más frecuente de esplenectomía urgente:

=> traumatismo

. Causa más frecuente de esplenectomía programada:

=> PTI