

1. Según la guía de la ESGE (2023) sobre el manejo y tratamiento del esófago de Barrett, en un paciente con esófago de Barrett con displasia de bajo grado en dos endoscopias consecutivas confirmadas por dos patólogos está indicado:
 - a) Revisión endoscópica en 6 meses con biopsias según el protocolo de Seattle.
 - b) Ablación por radiofrecuencia
 - c) Resección mucosa endoscópica
 - d) Revisión endoscópica en 6 meses aplicando ácido acético y biopsias dirigidas.
2. Según la guía de la ESGE (2022) sobre el manejo y tratamiento de la hemorragia digestiva alta por varices esofagogástricas, en un paciente con sangrado activo por una variz gástrica aislada tipo I según la clasificación de Sarin está recomendado el tratamiento con:
 - a) Inyección de trombina
 - b) Inyección de cianocrilato
 - c) Ligadura con bandas
 - d) TIPS
3. La clasificación de Hill evalúa:
 - a) El daño mucoso secundario al reflujo gastroesofágico
 - b) La unión gastroesofágica en retroversión
 - c) La longitud del esófago de Barrett
 - d) El riesgo de resangrado de las úlceras esofágicas
4. Según la guía de actualización de la ESGE (2022) sobre disección submucosa de lesiones gastrointestinales superficiales se considera una resección no curativa la que cumple una de las siguientes características:
 - a) Ausencia de invasión linfovascular
 - b) Budding 3 en lesiones colorrectales
 - c) Tamaño de 15mm no ulcerado
 - d) Moderadamente diferenciado
5. Según la guía de la ESGE (2022) sobre el manejo de lesiones subepiteliales una lesión anecogénica con un septo interno y ausencia de señal Doppler corresponde a:
 - a) Tumor de células granulares
 - b) GIST de alto riesgo
 - c) Linfangioma
 - d) Quiste de duplicación
6. Según la guía de la ESGE 2020 sobre complicaciones de la CPRE, la perforación más frecuente teniendo en cuenta la clasificación de Stapfer es:
 - a) Tipo I
 - b) Tipo II
 - c) Tipo III
 - d) Tipo IV

- 7.Cuál de los siguientes **NO** forma parte del score de Glasgow-Blatchford:
- a) Frecuencia cardíaca
 - b) Tensión arterial sistólica
 - c) Enfermedad renal
 - d) Síncope en la presentación de la hemorragia
8. En un paciente de 56 años, sin comorbilidades asociadas, en afagia secundaria a un adenocarcinoma bien diferenciado de esófago distal T2N1M0 infranqueable con el endoscopio y con una pérdida ponderal del 18%, según la guía de la ESGE 2021 sobre stent esofágicos, cuál de las siguientes opciones estaría más indicada para asegurar la nutrición enteral:
- a) Colocar una prótesis metálica no cubierta
 - b) Colocar una prótesis metálica cubierta
 - c) Colocar una sonda nasogástrica
 - d) Colocar una prótesis biodegradable
9. Respecto a los eventos adversos relacionados con la colocación de prótesis de aposición luminal colocadas mediante ecoendoscopia, ¿cuál de las siguientes **NO** hace sospechar una malposición de ésta?:
- a) Neumoperitoneo inmediatamente después de desplegar el extremo distal
 - b) Fallo en el extremo distal para anclarse al intestino delgado o al estómago, siendo imposible avanzar la guía hacia su luz (la guía aparece extraluminal e intraperitoneal en la fluoroscopia)
 - c) Visualización de la luz de la estructura objetivo a través del stent tras dilatar con balón la parte central de la prótesis
 - d) Visualización del peritoneo a través de la prótesis de aposición luminal
10. Señale la afirmación **FALSA** con respecto a la CPRE:
- a) No se debe hacer profilaxis antibiótica de rutina
 - b) Previo a la colocación de un stent metálico es mandatorio la esfinterotomía
 - c) Existe profilaxis farmacológica de la pancreatitis aguda post-CPRE
 - d) No es imprescindible un estudio de coagulación previo en aquellos pacientes no ictericos y que no tomen anticoagulantes
11. Con relación al cáncer colorrectal (CCR) y la colocación de prótesis metálica autoexpandible, siguiendo las recomendaciones de la ESGE, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) En pacientes con CCR que condiciona una estenosis franqueable de la luz colónica y que no presentan clínica de obstrucción ni manifestaciones radiológicas de la misma, se puede plantear colocar una prótesis metálica autoexpandible de colon como medida profiláctica
 - b) Se recomienda un intervalo aproximado de 2 semanas hasta la cirugía cuando se coloca una prótesis metálica autoexpandible como puente a una cirugía electiva en pacientes con CCR de colon izquierdo con intención curativa
 - c) Se aconseja de rutina la administración de antibioterapia profiláctica para la colocación de prótesis metálica autoexpandible de colon
 - d) Se recomienda la colocación de prótesis metálica autoexpandible de colon en pacientes que se encuentren en tratamiento con terapias antiangiogénicas como el bevacizumab

12. Respecto a los tumores ampulares según la guía de la ESGE señale la **CORRECTA**:
- a) Los tumores ampulares tienen una incidencia baja, representado menos del 1% de los tumores digestivos y son más frecuentes en mujeres.
 - b) Respecto a la estadificación TNM de los carcinomas ampulares se estadifica como T1b cuando el tumor se limita a la ampolla de Vater o al esfínter de Oddi
 - c) No se recomienda la papilectomía endoscópica si la lesión mide más de 4 cm y tiene un componente intraductal
 - d) La ESGE recomienda el drenaje biliar preoperatorio de rutina en pacientes con tumores ampulares
13. Con relación a la última guía de polipectomía endoscópica y resección mucosa de lesiones colorrectales de la ESGE señale la respuesta **INCORRECTA**:
- a) Se recomienda que la polipectomía con asa fría de pólipos $\leq 5\text{mm}$, incluya 1-2mm de tejido normal alrededor del pólipo
 - b) Según la clasificación JNET un pólipo con patrón vascular y de superficie irregular probablemente tenga una histología con displasia de alto grado y corresponde a un tipo 2B
 - c) No se recomienda la resección fraccionada con asa fría de una lesión sesil serrada sin displasia de entre 10-19 mm debido al alto riesgo de resección R1.
 - d) Se aconseja la inyección de adrenalina diluida previa a la resección de pólipos pediculados con cabeza $>20\text{mm}$ para prevenir el sangrado inmediato postpolipectomía
14. Respecto a la valoración endoscópica de lesiones superficiales gastrointestinales señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) La ESGE aconseja disección submucosa para una lesión gástrica de 25mm indiferenciada con ulceración central.
 - b) La clasificación endoscópica de magnificación de la Sociedad Japonesa de Esófago predice la profundidad de invasión superficial del carcinoma escamoso de esófago
 - c) Se recomienda resección mucosa fragmentada para una lesión rectal JNET 2B de 15 mm
 - d) La ESGE recomienda disección submucosa para una lesión visible sobre un esófago de Barrett de Paris 0-IIa de 8mm
15. Según la guía de la ESGE sobre endoscopia en pacientes bajo tratamiento antiagregante y/o anticoagulante tras un accidente isquémico cerebral, señale la **CORRECTA**:
- a) La CPRE con esfinterotomía se considera un procedimiento de alto riesgo hemorrágico y se debe suspender el ticagrelor 3 días antes del procedimiento
 - b) La dilatación endoscópica de estenosis se considera un procedimiento de bajo riesgo hemorrágico y no requiere la suspensión del prasugrel
 - c) La colocación de una prótesis esofágica se considera un procedimiento de bajo riesgo hemorrágico y no requiere discontinuar el tratamiento con clopidogrel
 - d) La gastrostomía endoscópica percutánea se considera un procedimiento de alto riesgo hemorrágico y requiere la suspensión del clopidogrel 5 días antes y su reintroducción a las 24 horas del procedimiento

16. Señale la afirmación **CORRECTA** respecto a la escala de Oakland en la hemorragia digestiva baja:
- a) Se considera una hemorragia de alto riesgo un valor en la escala ≥ 8 y requiere un manejo ambulatorio del paciente
 - b) La puntuación en la escala respecto a la hemoglobina es inversamente proporcional a su valor
 - c) La urea, los hallazgos en el tacto rectal y la frecuencia cardíaca son parte de los ítems de la escala
 - d) Se considera una hemorragia de bajo riesgo un valor en la escala < 9 y requiere un manejo ambulatorio del paciente
17. Respecto a la clasificación de Sydney para valorar el daño en profundidad de la pared tras una resección mucosa endoscópica señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) En el tipo 1 se objetivan las fibras de tejido conectivo coloreadas en azul y los vasos submucosos íntegros
 - b) En el tipo 2 la muscular propia no se tiñe íntegramente con el índigo carmín
 - c) En el tipo 3 existe una resección parcial de la muscular propia que corresponde al signo de la diana
 - d) En el tipo 4 existe una pérdida focal del plano submucoso con compromiso de la muscular propia
18. De acuerdo con la guía de la ESGE de 2021 sobre HDA de origen no varicoso, señale la respuesta **FALSA**:
- a) La endoscopia dentro de las primeras 6 horas desde el inicio de la hemorragia puede asociarse a peores resultados clínicos respecto a la precoz dentro de las primeras 24 horas
 - b) No se considera el uso rutinario de Doppler endoscópico para evaluar la presencia de estigmas de riesgo de hemorragia en una úlcera
 - c) Recomienda cualquier clasificación que permita diferenciar aquellos pacientes con estigmas endoscópicos de riesgo
 - d) Tras una segunda endoscopia que ha fallado en el control de la hemorragia por úlcera péptica, se recomienda el uso de embolización angiográfica o cirugía, si la embolización no está disponible
19. Respecto a la anatomía funcional y la fisiología de la región anorrectal señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) En reposo el ángulo anorrectal es de aproximadamente 90° y durante la defecación se vuelve más agudo, aproximadamente 70°
 - b) El esfínter anal interno contribuye 70-85% de la presión anal en reposo
 - c) El musculo puborrectal no contribuye al mantenimiento de la continencia
 - d) El reflejo anal inhibitorio se conoce como el aumento de la presión anal en reposo tras la distensión rectal

20. Respecto a la evaluación de un paciente con incontinencia fecal señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) El reflejo anocutáneo examina la integridad de las conexiones entre los nervios sensitivos y la piel y se considera normal si existe una contracción brusca del esfínter anal externo tras golpear la piel perianal con una torunda de algodón
- b) La manometría anorrectal es un método útil para valorar la sensibilidad rectal, los reflejos anorrectales y la distensibilidad rectal pero no permite evaluar la presión del esfínter anal interno ni el externo
- c) La prueba de expulsión del balón se considera patológica cuando el paciente es capaz de expulsar un balón lleno de 200ml de agua en menos de 1 minuto
- d) La incontinencia de urgencia es el escape involuntario de material fecal o de gases de forma inconsciente

21. Respecto al uso de neuromoduladores en los trastornos funcionales digestivos indique cuál de los siguientes fármacos estaría indicado como primera línea en un paciente con síndrome de intestino irritable tipo estreñimiento:

- a) Duloxetina
- b) Amitriptilina
- c) Quetiapina
- d) Buspirona

22. La escala de Bristol valora la forma de las heces y puede establecer una relación entre la consistencia y el tiempo de tránsito. Las heces descritas como masas informes blandas con bordes claramente definidos corresponden según esta escala a:

- a) Tipo 3
- b) Tipo 4
- c) Tipo 5
- d) Tipo 6

23. Un paciente que presenta en los últimos 3 meses y con un inicio al menos 6 meses antes del diagnóstico una clínica de regurgitación recurrente de los alimentos recién ingeridos hasta la boca sin esfuerzo, seguida de la expulsión del bolo alimenticio o su nueva masticación y posterior deglución y no está precedida de arcadas ni náusea cumple criterios de Roma IV de cuál de los siguientes:

- a) Síndrome de vómitos cíclicos
- b) Síndrome de rumiación
- c) Eructos supragástricos
- d) Eructos gástricos

24. Señale la respuesta **CORRECTA** respecto al tratamiento del síndrome de intestino irritable tipo diarrea:

- a) La loperamida es un agonista de la encefalina y disminuye la velocidad de tránsito intestinal
- b) Eluxadolina tiene actividad mixta sobre el receptor opioide siendo agonista sobre μ y κ y antagonista δ
- c) La rifaximina es un antibiótico no absorbible que inhibe la síntesis de RNA bacteriano y la dosis administrada corresponde a 400mg 3 veces al día durante 14 días

- d) Ondansetron es un agonista 5-HT₄ que estimula la contracción del músculo liso y aumenta la secreción intestinal
25. ¿Cuál de las siguientes recomendaciones o afirmaciones acerca del diagnóstico del síndrome de sobrecrecimiento bacteriano (SIBO) está recogida en la última guía europea de práctica clínica?
- a) El test de hidrogeno con lactulosa ha demostrado obtener mejores resultados que el realizado con sustrato de glucosa
 - b) Un test se considera positivo cuando el ascenso de hidrogeno se produce entre los 90 y 180 minutos tras la toma del sustrato
 - c) La hinchazón abdominal se considera un síntoma con alta especificidad para el diagnóstico de SIBO
 - d) El tránsito gastrointestinal rápido se considera una causa potencial de falso positivo para el test de hidrógeno
26. De acuerdo con la guía de la ESNM (2021) sobre dispepsia funcional, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es **CORRECTA** con respecto al manejo y diagnóstico de esta condición?
- a) El diagnóstico de la dispepsia funcional se basa exclusivamente en la presencia de síntomas de dolor epigástrico cónico sin la exclusión de otras patologías gastrointestinales graves
 - b) El tratamiento de la dispepsia funcional debe basarse principalmente en la administración de antibióticos de amplio espectro para erradicar infecciones concomitantes
 - c) En la dispepsia funcional, el diagnóstico debe incluir una historia clínica detallada, pruebas diagnósticas mínimas para excluir patología orgánica y un enfoque terapéutico basado en la modulación de la motilidad gástrica y la función del tracto gastrointestinal superior
 - d) La dispepsia funcional se basa exclusivamente en síntomas de saciedad precoz y distensión abdominal
27. Según el consenso de Lyon, ¿cuál de los siguientes parámetros se considera definitivamente anormal en la monitorización ambulatoria del reflujo gastroesofágico?
- a) Tiempo de exposición al ácido esofágico (TEA) total inferior al 4 %
 - b) Más de 80 episodios de reflujo en 24 horas
 - c) Presencia de esofagitis de los Ángeles grado A
 - d) Índice de síntomas (IS) negativo
28. En el manejo del colangiocarcinoma intrahepático indica la **FALSA**:
- a) Si el tumor está localizado en el hígado y es <2cm podría valorarse trasplante hepático
 - b) Si el tumor es aparentemente resecable está indicada la realización de un PET-FDG para detectar ganglios afectos
 - c) Se recomienda realizar un panel NGS en el material obtenido mediante biopsia para valorar la presencia de mutaciones accionables y comenzar un tratamiento dirigido en primera línea
 - d) El esquema habitual de primera línea es gemcitabina + cisplatino +/- durvalumab (si disponible)

29. ¿Cuál de los siguientes **NO** es un factor de riesgo para la formación de cálculos biliares?:
- a) Origen americano nativo
 - b) Disminución rápida de peso
 - c) Colitis ulcerosa
 - d) Anemia hemolítica
30. Para clasificar los factores de riesgo de sufrir una pancreatitis post-CPRE la ESGE hace una distinción entre definitivos y probables, indica cual pertenece al grupo de “probable”:
- a) Sexo femenino
 - b) Canulación difícil
 - c) Inyección de contraste en páncreas
 - d) Vía biliar extrahepática de calibre normal
31. En la colecistitis aguda señale la **CORRECTA**:
- a) Para su diagnóstico definitivo (Tokio 2018) se requiere la presencia de un signo de inflamación local (Murphy+, dolor o masa en HCD) junto con signos sistémicos de inflamación (fiebre, leucocitosis, elevación PCR) e imagen compatible
 - b) La ecografía es un buen método de screening pero el diagnóstico definitivo debe ser por TC
 - c) Se considera un cuadro grave en caso de presentar complicaciones locales
 - d) En caso de optar por tratamiento quirúrgico el momento óptimo es en las primeras 24h
32. Respecto al cáncer de vesícula biliar señale la **CORRECTA**:
- a) Su incidencia está aumentada en algunos países como por ejemplo China
 - b) Alguno de los factores de riesgo para sufrirlo son la presencia de vesícula en porcelana, la presencia de pólipos vesiculares >2cm o ser portador de Samonella
 - c) Si el diagnóstico se realiza al estudiar la pieza de colecistectomía, como hallazgo incidental, está indicado ampliar la resección en un segundo tiempo incluso si el estadio es Tis
 - d) La apertura accidental de la vesícula durante la cirugía no es un factor de riesgo para carcinomatosis peritoneal
33. Respecto al manejo de la pancreatitis crónica señale la **CORRECTA**:
- a) La insuficiencia exocrina se trata con 25.000 UPh de lipasa en las comidas principales y 15.000 UPh en los snacks
 - b) Para el manejo de la insuficiencia exocrina se recomienda llevar una dieta baja en grasas
 - c) La aparición de DM está relacionada con el tiempo de evolución de esta patología
 - d) El uso de enzimas pancreáticos ayuda a controlar el dolor
34. En el diagnóstico y manejo de una estenosis biliar señale la **CORRECTA**:
- a) Los niveles de Ca19.9 son útiles para discernir entre causa maligna y benigna
 - b) Si la realización de colangioscopia está disponible debería usarse ya en la primera CPRE
 - c) El TC con contraste es superior a la colangiografía para discriminar entre etiología benigna o maligna
 - d) Una causa poco habitual es la colangiopatía por hipertensión portal

35. Los tumores neuroendocrinos del páncreas son un grupo muy heterogéneo de lesiones ya que provienen de diferentes tipos celulares. Respecto a estas neoplasias señale la **CORRECTA**:
- a) El grado (actividad proliferativa) se cuantifica con el indicador Ki67
 - b) Todos son funcionantes, produciendo distintos tipos de hormonas en mayor o menor medida
 - c) La mayoría son malignos (salvo el glucagonoma que es benigno en un 90% de los casos), presentando un alto % metástasis al diagnóstico
 - d) Los tumores metastásicos nunca son quirúrgicos
36. ¿Cuál de las siguientes características de un quiste pancreático se considera de alto riesgo de malignidad en la guía de Kyoto?
- a) Quiste mayor o igual a 3cm
 - b) Nódulo mural hipercaptante mayor o igual a 5mm
 - c) Cambio brusco en el calibre del conducto pancreático principal con atrofia distal
 - d) Presencia de linfadenopatías regionales
37. En relación a la neoplasia quística serosa del páncreas señale la **CORRECTA**:
- a) Puede presentar una cicatriz central característica
 - b) Supone un 40% de las lesiones quísticas pancreáticas
 - c) Aparece en ambos sexos por igual, entre la 5ª y 7ª década
 - d) El CEA del estudio del líquido intraquístico es $\geq 192\text{ng/mL}$
38. La clasificación de Todani agrupa los quistes de colédoco en 5 grupos, señale la **CORRECTA**:
- a) El tipo IVb tiene afectación intra y extrahepática
 - b) El tipo I supone el 40% del total
 - c) El tipo V tiene indicación de THO si hay complicaciones frecuentes
 - d) El tipo II es un pseudodivertículo de colédoco
39. Cual de las siguientes condiciones hereditarias aumenta más el riesgo de cáncer de páncreas:
- a) Sº de melanoma atípico familiar
 - b) Pancreatitis hereditaria familiar
 - c) Cáncer pancreático familiar
 - d) SºPeutz-Jeghers
40. La síntesis de ácidos biliares es un proceso complejo en el que tienen lugar diferentes procesos, señale la **CORRECTA**:
- a) En el hepatocito se sintetizan los ácidos biliares primarios (desoxicólico y litocólico)
 - b) En el colon actúan las bacterias intestinales que sintetizan los ácidos biliares secundarios
 - c) En el íleon terminal se absorben un 90% de los ácidos biliares que llegan
 - d) Dentro del hepatocito tiene lugar la desconjugación de los ácidos biliares

41. Paciente estudiada en consulta de Digestivo por antecedente materno de mutación en el gen HMBS que condiciona un déficit de porfobilinógeno desaminasa, siendo la paciente asimismo portadora de dicha mutación en el estudio genético. Acude a Urgencias por dolor abdominal muy intenso, orina de coloración rosada e hiponatremia grave. Respecto a esta entidad, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) El tratamiento inicial es analgésico con metamizol y mórfico.
 - b) Es importante dejar a dieta absoluta para controlar el dolor
 - c) La hiponatremia se debe únicamente a pérdidas digestivas
 - d) Para confirmar la sospecha diagnóstica se podría utilizar el test de Hoesch
42. La principal novedad respecto al manejo de la infección por VHD ha sido el desarrollo del siguiente fármaco:
- a) Bulevirtide
 - b) Elafibranor
 - c) Seladelpar
 - d) Daclatasvir
43. En la hepatitis autoinmune, señale la **CORRECTA**:
- a) La histología típica incluye hepatitis de interfase, infiltrado plasmocitario, rosetas y daño ductular
 - b) La presencia de Ac anti sp100 o anti gp210 es más específica de CPB
 - c) El diagnóstico definitivo se realiza con un score en el que la biopsia no siempre es necesaria
 - d) Una vez diagnosticada es obligatorio iniciar tratamiento, aunque no exista fibrosis y no haya elevación de transaminasas
44. La enfermedad poliquística hepática se define por la presencia de >10 quistes simples en el parénquima hepático, de tamaño y distribución variable. En dicha entidad, señale la **CORRECTA**:
- a) Las mujeres en tratamiento con estrógenos no necesitan suspender dicho tratamiento
 - b) Tras la realización de tratamiento percutáneo o quirúrgico de los quistes está indicado realizar un seguimiento de imagen reglado
 - c) En caso de presentar quistes pequeños y medianos en un lóbulo hepático está indicado valorar un THO
 - d) Si existen múltiples quistes pequeños/medianos por todo el hígado y el paciente presenta síntomas se recomienda tratamiento con análogos de somatostatina
45. Acude a consulta un paciente derivado por sospecha de hepatopatía crónica avanzada en una ecografía. En este caso te planteas la valoración de hipertensión portal siguiendo las recomendaciones del consenso Baveno VII, señale la **CORRECTA**:
- a) Se puede prescindir de realizar gastroscopia para despistaje de varices siempre que las plaquetas sean $\geq 150 \times 10^9/L$ y la elastografía $\leq 15kPa$
 - b) En caso de no realizar gastroscopia se recomienda actualizar la cifra de plaquetas y la elastografía cada 2 años
 - c) Se debería considerar el tratamiento con Carvedilol en la prevención de descompensaciones si el paciente tuviera una hipertensión portal clínicamente significativa

- d) El paciente está en tratamiento con Simvastatina 20mg/día. En caso de confirmarse la cirrosis y a pesar de constatar una buena función hepática (Child Pugh A5) recomendarás al paciente suspender dicho fármaco
46. La hiperferritinemia es un motivo de derivación frecuente a nuestras consultas, sin embargo, son un porcentaje bajo de estos pacientes los que finalmente son diagnosticados de hemocromatosis hereditaria. Señale la **CORRECTA**:
- a) En el estudio del gen HFE tanto la homocigosis C282Y como la homocigosis H63D se consideran causas genéticas claras de sobrecarga férrica
 - b) Los puntos de corte para sospechar esta entidad son IST>45% y ferritina >200 µg/L en todos los pacientes.
 - c) Al ser una enfermedad de herencia autosómica recesiva no es necesario que los familiares de primer grado se realicen estudio genético
 - d) El nivel deseado de ferritina tras las sangrías es de <50 µg/L durante la inducción y <100 µg/L durante el mantenimiento
47. Para el diagnóstico y manejo del síndrome hepato-pulmonar, señale la **CORRECTA**:
- a) Hay que valorar la presencia de clínica típica que incluye la platipnea y la ortodesoxia
 - b) Requiere la demostración de shunt derecha-izquierda mediante un ecocardiograma sin contraste
 - c) El trasplante hepático está contraindicado en caso de ser grave (P arterial O₂ <60mmHg)
 - d) La hipoxemia se debe a vasoconstricción de vasos pulmonares
48. Valoras a una mujer de 37 años en consulta por elevación de FA en la última analítica en la que destaca hemograma normal, Br 1,2mg/dl; AST 23; ALT 34; GGT 46 U/L (5-55); FA 243 U/L (43-115); ANA, AMA, ASMA y antiLKM negativos; IgA, IgG e IgM dentro de valores normales. En este caso, señale la **CORRECTA**:
- a) Es probable que se trate de una CBP seronegativa, para afinar el diagnóstico hay que hacer una biopsia hepática
 - b) Está claro el origen hepático de la FA, no es necesario realizar fracciones de FA
 - c) La presencia de prurito cutáneo apoyaría la sospecha de CBP
 - d) Está indicado realizar un test de embarazo
49. La aparición de trombosis portal aguda en pacientes sin hepatopatía crónica subyacente requiere un estudio etiológico dirigido, así como en ocasiones un manejo específico, señale la **CORRECTA**:
- a) En caso de presentar una mutación en factor V Leiden se recomienda anticoagulación durante 6m y luego suspender
 - b) La hemoglobinuria paroxística nocturna es una causa frecuente de trombosis portal
 - c) Es preciso estudiar la presencia de mutación en JAK2 para descartar síndromes mieloproliferativos
 - d) La ecografía es una técnica suficiente para despistaje de causas locales (neoplasia, pancreatitis, quistes, infecciones...)

50. Paciente de 62 años con antecedentes de CCR tratado con cirugía y quimioterapia, en remisión desde hace 5 años. Acude a Urgencias por sangrado variceal sin hepatopatía conocida. Las pruebas de imagen confirman la presencia de esplenomegalia descartando trombosis portal e infiltración tumoral en hígado, por lo que la sospecha principal es de enfermedad vascular portosinusoidal. Sobre este síndrome señale la respuesta **FALSA**:
- a) El esquema de quimioterapia que llevó este paciente probablemente llevaba oxaliplatino.
 - b) El diagnóstico de esta entidad requiere la realización de una biopsia hepática de al menos 2cm y con presencia de 10 espacios porta
 - c) La biopsia demostrará la presencia de cirrosis establecida
 - d) El tratamiento consiste en manejar las complicaciones o incluso valorar THO si la enfermedad maligna es de buen pronóstico
51. Ingresa en planta una paciente con hepatitis aguda alcohólica, con un consumo habitual de alcohol de 50gr/día y una sobreingesta la semana previa al ingreso. A las 12h de estar en planta empieza con temblor fino y cierto nerviosismo. El fármaco mas adecuado para iniciar tratamiento en este momento es:
- a) Clometiazol
 - b) Diazepam
 - c) Tiapride
 - d) Haloperidol
52. Respecto a los adenomas hepatocelulares, señale la **CORRECTA**:
- a) En la ecografía con contraste se visualiza una captación centrífuga rápida
 - b) El TC y la RNM son similares en la caracterización del subtipo
 - c) Está indicada su resección siempre en hombres o si se demuestra mutación de β catenina
 - d) Tienen igual prevalencia en ambos sexos
53. Se realiza una TC abdominal a un paciente por fiebre de origen desconocido, objetivándose una imagen en el hígado sugestiva de absceso. Señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) Habría que investigar antecedentes de patología biliar ya que es la principal vía de llegada en abscesos piógenos
 - b) La mayoría de los abscesos piógenos son monomicrobianos
 - c) En caso de sospechar un absceso amebiano por la epidemiología del paciente, es útil realizar estudio microbiológico en heces por PCR de *Entamoeba histolytica*
 - d) La clínica típica es dolor en HCD, leucocitosis, síndrome constitucional y fiebre continua de difícil control
54. En la revisión de 2022 de la BCLC de manejo del HCC recoge varios cambios, la principal novedad es:
- a) División del estadio intermedio (BCLC-B) en 3 subgrupos, asignándoles diferentes tratamientos
 - b) Posibilidad de ablacionar nódulos de hasta 4cm
 - c) Cambio de TACE por TARE en el manejo intraarterial
 - d) Ampliación de criterios de THO, llegando a incluir el trasplante en caso de HCC difuso

55. En relación a la vigilancia de CCR en pacientes con colitis ulcerosa, la ECCO en su último consenso de 2023 incluye un cambio sustancial que hace referencia a:
- a) La presencia de pseudopólipos en exploraciones previas
 - b) La extensión de la enfermedad al debut
 - c) Los antecedentes familiares de CCR
 - d) Los años de evolución de la enfermedad
56. ¿Qué fármaco biológico ha sido recientemente aprobado para el tratamiento de la Esofagitis Eosinofílica?:
- a) Tocilizumab
 - b) Sekuquinumab
 - c) Dupilimumab
 - d) Anakinra
57. En 2017 se publicó la Guía Europea de Esofagitis Eosinofílica. Para establecer el diagnóstico de la enfermedad se hace referencia a la cantidad y también a la densidad de eosinófilos que debemos encontrar en las biopsias. El límite para el diagnóstico se establece en 15 eosinófilos/campo de gran aumento. Esto equivale aproximadamente a:
- a) 0.3 eosinófilos/mm²
 - b) 3 eosinófilos/mm²
 - c) 15 eosinófilos/mm²
 - d) 30 eosinófilos/mm²
58. En relación a los pólipos hiperplásicos de estómago, señale la respuesta **FALSA**:
- a) Son el tipo más frecuente de pólipo gástrico
 - b) Se producen en respuesta a un estímulo inflamatorio crónico
 - c) En la mayor parte de las ocasiones son asintomáticos y representan un hallazgo casual en una exploración realizada por otro motivo
 - d) Aunque el potencial de malignización es bajo, se aconseja extirpación endoscópica si el tamaño es $\geq 2\text{cm}$
59. En relación al CMUSE (*cryptogenic multifocal ulcerative stenosing enteropathy*), señale la respuesta **VERDADERA**:
- a) Se trata de una entidad rara en cuya patogenia parece existir una alteración en el metabolismo de las prostaglandinas
 - b) La afectación transmural del segmento afecto hace que el diagnóstico diferencial con la enfermedad de Crohn en pacientes no operados sea difícil
 - c) Los pacientes suelen presentar signos de inflamación sistémica
 - d) Se suele presentar en forma de estenosis cortas circunferenciales, localizadas habitualmente en yeyuno o colon derecho

60. En el año 2018 el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicó el “Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la enfermedad Celíaca”. En relación a dicho protocolo, cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA**:
- a) Se define la enfermedad celíaca refractaria como la persistencia de atrofia vellositaria y malabsorción clínica a pesar de una dieta sin gluten mantenida de forma correcta durante al menos 6 meses
 - b) Los cambios histológicos asociados a la EC son parcheados, por lo que se recomienda tomar biopsias duodenales múltiples: toma de biopsias de bulbo (mínimo 1 muestra) y de segunda porción duodenal (mínimo 4 muestras)
 - c) La biopsia permite confirmar la existencia de lesiones compatibles y establecer el estadio de la lesión según la clasificación de Marsh, aunque ningún tipo de lesión histológica descrita es específico (patognomónico) de esta entidad
 - d) En individuos asintomáticos sólo se debe realizar cribado en aquellos que pertenezcan a grupos de riesgo
61. El descubrimiento de los inhibidores de *checkpoint* inmunológicos (ICI) es uno de los logros más importantes en los últimos años en Oncología. En 2024 la Asociación Española de Gastroenterología publicó un documento de posicionamiento en relación a la toxicidad digestiva de estos fármacos. Señale la respuesta **INCORRECTA** en relación a los efectos secundarios a nivel gastrointestinal:
- a) Si consideramos de forma conjunta la toxicidad hepática y gastrointestinal, su incidencia puede llegar hasta el 40%
 - b) El diagnóstico de colitis inmunomediada obliga a la suspensión definitiva del fármaco
 - c) En casos de toxicidad gastrointestinal grado 3, el paciente debe ingresar para tratamiento con esteroides endovenosos
 - d) En pacientes con contraindicación o no respuesta a infliximab se recomienda usar vedolizumab
62. Según la Asociación Española de Gastroenterología (AEG), a la hora de estratificar el riesgo de malignización de la gastritis crónica con metaplasia, qué 2 factores debemos tener presentes:
- a) Presencia de familiares con cáncer gástrico y extensión de la atrofia
 - b) Tipo de metaplasia y extensión de la misma
 - c) Antecedentes familiares de cáncer gástrico y tipo de metaplasia
 - d) Tiempo de evolución desde el diagnóstico y extensión
63. Cuál de las siguientes parejas de IBP **NO** son equipotenciales:
- a) Omeprazol 10mg - rabeprazol 20mg
 - b) Esomeprazol 20mg – lansoprazol 30mg
 - c) Omeprazol 20mg – pantoprazol 20mg
 - d) Lansoprazol 30 – rabeprazol 20mg

64. Consideramos que una cápsula de intestino delgado se ha quedado retenida cuando el paciente tarda en expulsarla más de:
- a) 2 semanas
 - b) 4 semanas
 - c) 3 meses
 - d) 6 meses
65. Todas las siguientes afirmaciones, menos una, reflejan errores comunes en el manejo de la EII. Señale aquella que es **CORRECTA**:
- a) El método de drenaje de elección de un absceso abdominal en un paciente con enfermedad de Crohn es el quirúrgico
 - b) Los pacientes con un brote grave de colitis ulcerosa se benefician de la dieta absoluta durante los primeros días, ya que disminuye la actividad de la enfermedad
 - c) La mayoría de los fármacos que se emplean en el tratamiento de la EII (esteroides, tiopurínicos, infliximab) incrementan por igual el riesgo de complicaciones postquirúrgicas
 - d) La uveítis es una urgencia oftalmológica
66. En el caso de la infección por *Clostridioides difficile* (CD), señale la respuesta **INCORRECTA**:
- a) Para diagnosticar la infección el paciente debe presentar diarrea + detección en heces de CD toxigénico
 - b) La respuesta al tratamiento puede ser lenta debiendo esperar un mínimo de 7 días antes de considerar que el paciente no responde
 - c) Se define la recurrencia como la reaparición de la infección en las 8 semanas posteriores a un episodio previo resuelto
 - d) A partir del tercer episodio (2ª recurrencia) siempre deberíamos plantear el trasplante fecal
67. La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es **INCORRECTA**?
- a) El paciente típico es diabético y > 60 años
 - b) En la colitis transitoria (forma más habitual de presentación) las úlceras pueden persistir varias semanas
 - c) Se considera grave cuando concurren 4 o más factores de riesgo
 - d) La prueba diagnóstica de elección es el TAC
68. La primera medida a adoptar ante un paciente con dolor abdominal asociado a SII es:
- a) Espasmolíticos
 - b) Dieta, ejercicio, estilo de vida saludable
 - c) Atención psicológica
 - d) Promover una buena relación médico-paciente

69. Según la Guía Europea de Colitis microscópica, cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA**:

- a) Las mujeres tienen más riesgo que los hombres
- b) En pacientes con colitis microscópica se recomienda despistaje de enfermedad celíaca
- c) La mesalazina y la budesonida son los tratamientos de elección
- d) Para el diagnóstico histológico de la colitis linfocítica deben estar presentes >20 linfocitos intraepiteliales/100 células epiteliales

70. En relación a los criterios de Roma IV para el diagnóstico de los trastornos funcionales digestivos, señale la respuesta **INCORRECTA**:

- a) Se establecen 8 categorías: 1) trastornos esofágicos; 2) trastornos gastroduodenales; 3) trastornos intestinales; 4) dolor gastrointestinal de los trastornos mediados centralmente; 5) trastornos del esfínter de Oddi y de la vesícula biliar; 6) trastornos anorrectales; 7) trastornos funcionales gastrointestinales de la infancia, y 8) trastornos funcionales gastrointestinales de la adolescencia.
- b) El ardor epigástrico se considera criterio diagnóstico de la hipersensibilidad por reflujo
- c) El síntoma predominante en el Síndrome de Intestino Irritable es el dolor
- d) La pirosis no es un síntoma dispeptico, aunque a menudo coexiste

71. En 2022 se publicó la V Conferencia Española de Consenso sobre el tratamiento de la infección por *Helicobacter pylori* (HP). Señale cuál de las siguientes afirmaciones es **VERDADERA**:

- a) Un tratamiento frente a HP se considera efectivo cuando es capaz de curar la infección en >75% de los casos
- b) Se recomienda que la duración del tratamiento cuádruple concomitante sin bismuto (IBP, claritromicina, amoxicilina y metronidazol) sea de 10 días
- c) En pacientes con úlcera gástrica que no requieren AINES ni AAS se recomienda mantener el tratamiento antisecreto 4-8 semanas después de haber finalizado el tto erradicador
- d) Tras un tercer tratamiento ineficaz se debe poner una pauta que incluya la rifabutina

72. Señale la respuesta **INCORRECTA** en relación a la proctitis infecciosa:

- a) El germen más frecuentemente implicado es *Neisseria gonorrhoeae*
- b) En mujeres puede aparecer incluso en ausencia de sexo anal
- c) La mayor parte de los pacientes presentan tenesmo
- d) La presencia de adenopatías inguinales obliga a descartar linfogranuloma

73. Un varón con una enfermedad de Crohn que desea tener descendencia, ¿qué fármaco de los siguientes debería **SUSPENDER** antes de plantearse?:

- a) Upadacitinib
- b) Mirikizumab
- c) Azatioprina
- d) Ninguno

74. Se considera que una gastroscopia es de calidad, cuando además de otros requisitos, tiene una duración mínima de:
- a) 5 minutos
 - b) 7 minutos
 - c) 12 minutos
 - d) 20 minutos
75. La capacitación en ecografía digestiva se va extendiendo entre las nuevas generaciones de residentes. ¿Cuáles son los dos datos ecográficos más relevantes en el diagnóstico de la colecistitis aguda?:
- a) Grosor de la pared y Murphy ecográfico
 - b) Diámetro longitudinal de la vesícula y grosor de la pared
 - c) Diámetro longitudinal de la vesícula y Murphy ecográfico
 - d) Grosor de la pared y presencia de líquido perivesicular

PREGUNTAS DE RESERVA (PARTE I)

1. En relación a la barrera intestinal, señale la respuesta **INCORRECTA**:
 - a) Las claudinas son el principal factor que determina la función de barrera de las uniones estrechas
 - b) La capa de moco consta de dos partes, una más densa (glicocáliz) en contacto con el epitelio intestinal y otra más fluida
 - c) La microbiota se localiza mayoritariamente en el glicocáliz
 - d) La primera línea de defensa del tracto gastrointestinal se encuentra en la propia luz intestinal (barrera química)
2. Recientemente el Grupo Europeo para el Estudio del Helicobacter y la Microbiota (EHMSG) ha publicado un artículo en el que recoge sus resultados sobre el impacto que la asociación de probióticos puede tener en la efectividad y/o la seguridad de los tratamientos erradicadores frente al Helicobacter pylori. Cuál de las siguientes afirmaciones es **FALSA**:
 - a) Se analizaron más de 42.000 tratamientos incluidos en el Registro Europeo del Helicobacter pylori
 - b) En España, el 7% de los tratamientos analizados, incluían un probiótico
 - c) No se encontraron diferencias significativas en las tasas de erradicación en primera línea entre ambos grupos (terapia erradicadora vs terapia erradicadora + probióticos)
 - d) La interrupción del tratamiento por efectos adversos fue la misma en ambos grupos
3. Mujer de 29 años embarazada que acude a su ginecólogo en la semana 29 por dolor en HCD y náuseas persistentes. En la exploración se detecta TA 150/90mmHg y edemas en extremidades inferiores. Se realiza analítica de sangre: Hb 10,4mg/dl; plaquetas 78×10^9 /ml; AST 135 UI/dl; ALT 160UI/dL; Br 2,5mg/dl; LHD elevada. En analítica de orina destaca proteinuria. En este contexto señale la respuesta **FALSA**:
 - a) Las cifras tensionales que presenta la paciente permiten iniciar un tratamiento oral con labetalol o nifedipino en régimen ambulatorio
 - b) Esta entidad siempre aparece antes del parto
 - c) En caso de presentar incremento en cifras tensionales hasta $TAS \geq 160$ mmHg la paciente debería ingresar para tratamiento iv incluyendo sulfato de magnesio para prevenir las convulsiones
 - d) Según la guía de la EASL 2022 si la paciente presenta un nuevo embarazo se recomienda tratamiento preventivo con AAS
4. Respecto a la definición y clasificación de los pólipos de la guía de la ESGE del 2024, señale la respuesta **CORRECTA**:
 - a) Las lesiones polipoideas <10mm también deberían clasificarse como granulares o no granulares
 - b) El riesgo de cáncer invasivo submucoso es mayor en el subtipo no granular plano elevado que en el subtipo granular mixto nodular
 - c) La clasificación WASP se basa en la clasificación NICE y usa un endoscopio de luz blanca de alta resolución y NBI

- d) Según la clasificación JNET el tipo 2B presenta una distribución irregular de los vasos, un patrón de superficie irregular y una histología con una probable displasia de bajo grado
5. Según la clasificación WASP, un pólipo de colon que cumple las siguientes características: vasos marrones, borde indistinguible y forma irregular probablemente corresponde a:
- a) Pólipo hiperplásico
 - b) Lesión sesil serrada
 - c) Adenoma tubular
 - d) Cáncer invasivo
6. Señale la respuesta **CORRECTA** respecto al síndrome de resección anterior baja (LARS).
- a) Dentro de los distintos scores para valorar los síntomas gastrointestinales postquirúrgicos, el LARS score valora la función anorrectal
 - b) El LARS es una condición multifactorial donde se producen alteraciones en la función de reservorio, en el esfínter anal y en las vías aferentes y autonómicas tras la resección del colon derecho
 - c) El tratamiento con metilcelulosa está indicado tras el fracaso de la estimulación del tibial posterior
 - d) La loperamida está contraindicada porque disminuye el tono del esfínter anal y favorece los episodios de incontinencia
7. La fibrosis quística es el defecto genético letal más frecuente en la raza blanca. Señale la respuesta **CORRECTA** respecto a sus manifestaciones y manejo:
- a) Íleo meconial; se trata con gadolinio por vía oral
 - b) Síndrome de obstrucción intestinal distal; se indica cirugía
 - c) Insuficiencia pancreática, apareciendo la endocrina antes que la exocrina
 - d) Afectación hepatobiliar que puede presentarse como colestasis neonatal, esteatosis hepática o incluso cirrosis.
8. En relación a la afectación intestinal, en pacientes con angioedema hereditario, señale la respuesta **INCORRECTA**:
- a) Los síntomas más frecuentes a nivel intestinal son el dolor abdominal y la diarrea
 - b) El segmento intestinal más frecuentemente afectado es el íleon
 - c) Los pacientes presentan niveles elevados de bradicinina, que es un potente vasodilatador
 - d) La ausencia de urticaria ayuda a diferenciarlo de una reacción alérgica