

## CASO CLINICO 1

Acude a consulta de digestivo un varón de 26 años, sin antecedentes médicos relevantes y sin tratamiento farmacológico, derivado desde su médico de atención primaria por un cuadro clínico de pirosis retroesternal con regurgitación, episodios de dolor torácico episódico y sensación de stop ocasional con alimentos sólidos de 2 meses de evolución. No tiene hiporexia ni pérdida de peso. Su médico de atención primaria ha pautado omeprazol 20mg/24 horas desde hace 4 semanas con respuesta parcial de la pirosis.

1. ¿Cuál de las siguientes exploraciones crees que está indicada a continuación?
  - a) Gastroscoopia sin IBP con biopsia duodenal, gástrica y de esófago distal y proximal
  - b) Gastroscoopia con IBP con biopsia duodenal, gástrica y de esófago distal y proximal
  - c) Manometría esofágica y pHmetría con tratamiento
  - d) Gastroscoopia y TAC toracoabdominal

Se realiza una gastroscoopia con sedación que describe un esófago con un pseudodivertículo distal, dos úlceras esofágicas distales de bordes bien definidos que abarcan el 70 % de la circunferencia y una UEG con discreta resistencia al paso del endoscopio. En el informe anatomopatológico se describe: muestra C (esófago distal) con presencia de 16 eosinófilos por campo. Muestra D (esófago proximal) con presencia de 12 eosinófilos por campo

2. ¿Cuál de las siguientes medidas está indicada a continuación?
  - a) Iniciar tratamiento con IBP/12 horas durante 8 semanas y repetir la gastroscoopia para valorar curación mucosa
  - b) Iniciar tratamiento con corticoides tópicos orales con 1mg de budesónida viscosa cada 12 horas y solicitar gastroscoopia a las 12 semanas
  - c) Solicitar manometría y pHmetría y derivar al paciente a cirugía para valoración de funduplicatura Nissen 360
  - d) Solicitar TAC toracoabdominal para valorar patología tumoral subyacente

Tras pautar tratamiento, se realiza una gastroscoopia de control que objetiva una mucosa esofágica íntegra con persistencia del pseudodivertículo y con discreta resistencia al paso del endoscopio. El paciente refiere mejoría de la pirosis con persistencia de la regurgitación y aumento de la frecuencia del dolor torácico y los episodios de impactación. Su médico responsable solicita una manometría esofágica de alta resolución y una pHmetría sin tratamiento.

La manometría describe los siguientes hallazgos. Unión gastroesofágica tipo II a 39cm de ala nasal. Presión de reposo media del esfínter esofágico inferior de 55mmHg, IRP de 28, 100% de degluciones fallidas con un 30% de degluciones prematuras y 10% degluciones con presurización panesofágica.

3. Según estos hallazgos manométricos, ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
  - a) Obstrucción al flujo de la unión esofagogástrica con respuesta hipercontractil
  - b) Espasmo esofágico distal
  - c) Acalasia tipo III
  - d) Acalasia tipo II

El informe de la pHmetría refleja los siguientes datos del canal distal: Número de reflujos totales 32: 20 en sedestación y 12 en supino. Número de reflujos de larga duración (mayor de 5 minutos) 1: 1 en sedestación y 0 en supino. Reflujo más largo de 5,3 minutos. Tiempo total de reflujo medido en porcentaje 3,6%: 5,2% en sedestación y 1,3% en supino. Valor DeMeester: 6,42

4. Con estos datos, ¿cuál es el diagnóstico más probable?
  - a) No se evidencia reflujo gastroesofágico patológico
  - b) Reflujo gastroesofágico patológico en posición erguida
  - c) No se puede establecer el diagnóstico con los datos registrados en el enunciado
  - d) Reflujo gastroesofágico patológico en posición supina
  
5. Con el diagnóstico de presunción que has establecido con los datos presentados previamente, ¿qué tratamiento ofrecerías de primera línea al paciente?
  - a) Inyección de toxina botulínica en la unión esofagogástrica
  - b) Dilatación neumática de la unión esofagogástrica
  - c) Miotomía endoscópica peroral (POEM)
  - d) Miotomía de Heller y funduplicatura Dor

## CASO CLÍNICO 2

### Anamnesis

Varón de 22 años. Lo remiten a consulta general de Digestivo para estudio de dolor abdominal. Al parecer lleva como un año con molestias intermitentes, sobre todo en hemiabdomen inferior, que en ocasiones asocian sensación de distensión abdominal y parecen aliviar con el ventoseo. En los 2 meses previos a la consulta refiere que las molestias son más frecuentes y más intensas y tienden a focalizarse en FID. Por este motivo ha faltado varios días a la Universidad. Además, ha tenido episodios de febrícula (máximo termometrado 37.8) sin síntomas respiratorios asociados. Aunque no se ha pesado, cree que habrá perdido unos 5kg. No tiene cambios en el ritmo intestinal y sigue con deposición única al día. Tampoco tiene clínica digestiva alta

### Antecedentes

Tiene antecedente de dermatitis atópica, motivo por el que había sido valorado en Dermatología unos 6 años antes. No fuma y no toma medicación. Su madre tiene un hipotiroidismo autoinmune y su padre tuvo un cáncer colorectal con 53 años

### Exploración física

Peso en consulta 62kg. Último peso referenciado en historia 68kg. Talla 178cm. IMC 20. Palidez cutánea. ACP: normal. Abdomen: blando y depresible; doloroso de forma selectiva en FID con cierta defensa que impresiona de voluntaria. Peristaltismo presente. No cicatrices

A la vista de los hallazgos de la exploración se habla con la unidad de ecografía digestiva y se decide hacer, sobre la marcha, una ecografía intestinal y una analítica urgente

### Resultados

- Analítica: leucos 8000, Hb 12.2 g/dL, VCM 78, colesterol 131mg/dL, albúmina 32g/L, IST 11%, ferritina 277mcg/L, PCR 205mg/L (0-5)
- Ecografía intestinal: Colon transversal, descendente y sigma proximal sin alteraciones destacables (sigma distal y recto no valorables). Colon derecho y ascendente con engrosamiento de hasta 6,5 mm disminución de la luz, ulceraciones superficiales y profundas, hiperemia grado III/III, con sinus tract (fístula enteromesentérica) con pequeña cantidad de líquido adyacente (en ascendente proximal), aumento de la ecogenicidad de la grasa ingurgitación vascular y adenopatías. Se administra sonovue, no observando absceso. En 100-120 cms del íleon (terminal, pélvico y posteriormente llega hasta flanco derecho-mesogastrio), se observa engrosamiento de la pared de 6,3 mm, a expensas de las 3 capas, disminución de la luz, hiperemia grado III/III, pérdida de la estructura > de 3 cms, ulceraciones superficiales y profundas, aumento de la ecogenicidad de la grasa ingurgitación vascular y adenopatías, sin dilatación anterógrada. En mesenterio se observa aumento de la ecogenicidad con varias adenopatías. Pequeña cantidad de líquido en pelvis. Parcialmente el yeyuno sin alteraciones

6. A la vista de estos hallazgos, ¿cuál crees que es la actitud más adecuada?

- a) Ingreso al paciente e inicio tratamiento con esteroides endovenosos
- b) Gestiono una colonoscopia con ileoscopia y toma de biopsias por segmentos Como le vamos a dormir incluyo también gastroscopia
- c) Gestiono una colonoscopia con ileoscopia y toma de biopsias por segmentos. Dado que no tiene clínica digestiva alta no indico gastroscopia
- d) Como no se menciona el apéndice, mando al paciente a urgencias para TAC y valoración por Cirugía General

Al final, al paciente se le acaba realizando una colonoscopia en la que se describe: se exploran los últimos 12 cm de íleon terminal que presentan múltiples úlceras superficiales y otras profundas en sacabocados, algunas >2cm, que en la parte más distal afectan a prácticamente toda la circunferencia, con patrón en empedrado. Desde ciego a colon transversal proximal se identifican numerosas erosiones y úlceras, algunas profundas, con afectación parcheada entre áreas de mucosa normal.

Las biopsias, tanto ileales como colónicas, describen únicamente un infiltrado inflamatorio crónico en la lámina propia, sin granulomas

7. El diagnóstico de enfermedad de Crohn es un momento clave y no siempre es sencillo. Los criterios de Lennard Jones diferencian entre diagnóstico “probable” y “definitivo”, y pueden ser útiles en este momento. En relación a dichos criterios, señale la respuesta **INCORRECTA**:

- a) Se tienen en cuenta criterios clínicos, endoscópicos, radiológicos e histológicos
- b) Se pueden aplicar a pacientes con sospecha de enfermedad de Crohn y también cuando lo que se sospecha es una colitis ulcerosa
- c) El diagnóstico de Crohn se considera definitivo cuando el paciente presenta granulomas, independientemente del resto
- d) El diagnóstico de Crohn se considera probable cuando el paciente presenta 2 de los criterios

8. Una vez establecido el diagnóstico, de cara a conocer la extensión de la enfermedad, en este caso concreto qué propondrías:

- a) Pediría enteroRM ya que es la prueba de elección para hacer el estudio de extensión de la enfermedad de Crohn de reciente diagnóstico
- b) Pediría cápsula de intestino delgado previa patency
- c) Pediría TAC abdominal
- d) No haría más pruebas; ya tiene una ecografía intestinal y esta exploración es válida para el estudio de extensión

Al paciente se le solicita, por protocolo, un estudio prebiológico. Los resultados son: TPMT 12, quantiferón negativo, serologías: antiHBs <2, HBcAc negativo, Serología sarampión-rubeola-parotiditis IgG positiva, serología varicela positiva, serología VHA-VHC-HIV-CMV-VEB IgG negativas. También se solicita un HLA de celiaquía (el paciente presenta el haplotipo HLA DQ A105)

9. A la vista de todo ello, cuál crees que sería el tratamiento más adecuado para este paciente:

- a) Indicaría tratamiento con adalimumab
- b) Indicaría tratamiento con un fármaco con mecanismo de acción distinto del antiTNF
- c) Indicaría esteroides endovenosos con azatioprina
- d) Indicaría tratamiento combo (antiTNF + azatioprina) que mantendría a largo plazo para disminuir la inmunogenicidad frente al antiTNF

10. En el momento de realizar la colonoscopia el paciente estaba ingresado. En una de las visitas nos pregunta el motivo por el que se le administra heparina todas las tardes. Recordamos que GETECCU acaba de publicar un Documento de Posicionamiento sobre la enfermedad cardiovascular en la EII. Señale la respuesta **INCORRECTA**:
- a) Los pacientes con EII tienen un riesgo aumentado de enfermedad tromboembólica
  - b) En comparación con la población general, el riesgo de enfermedad tromboembólica es mayor en los pacientes adultos y en los hombres
  - c) A la hora de calcular el riesgo de fenómenos tromboembólicos 90 días tras el alta, en los pacientes con EII, uno de los factores de mayor peso es el número de días hospitalizado
  - d) Los pacientes con EII muestran datos de arteriosclerosis subclínica en ausencia de factores de riesgo cardiovascular
11. Unos meses más tarde, nos llaman de Dermatología. Al parecer el paciente ha tenido un brote muy importante de su dermatitis atópica que no han conseguido controlar de forma adecuada con las medicaciones más habituales. Nos preguntan si por la posibilidad de hacer algún cambio en el tratamiento. ¿Cuál de los siguientes fármacos crees que podríamos plantear?:
- a) Upadacitinib
  - b) Ustekinumab
  - c) Risankizumab
  - d) Vedolizumab
12. Al diagnóstico de la enfermedad el paciente había sido remitido a Medicina Preventiva quiénes le habían actualizado el calendario de vacunas. Dado que ahora tenemos disponible una vacuna nueva frente al virus de la varicela zóster (Shingrix®), teniendo en cuenta las modificaciones introducidas en Navarra con respecto al documento del Ministerio, qué le aconsejarías al paciente:
- a) No puede vacunarse ya que es una vacuna viva atenuada
  - b) No puede vacunarse ya que sólo está indicada en pacientes > 18 años en tratamiento con un fármaco iJAK
  - c) Debe vacunarse ya que en Navarra se indica en pacientes inmunosuprimidos independientemente de la edad
  - d) No puede vacunarse ya que en Navarra se indica sólo en pacientes inmunosuprimidos > 50 años
13. En relación a la prevención de CCR, qué deberíamos aconsejar a este paciente:
- a) Colonoscopia + cromoendoscopia unos 8-10 años después del diagnóstico
  - b) No precisa vigilancia
  - c) TSOH a los 50 años
  - d) Colonoscopia a los 43 años

14. Otro de los aspectos de gran relevancia en el manejo de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal es la monitorización de niveles de fármacos biológicos. En relación a ello, y según las últimas recomendaciones de GETECCU, señale la respuesta **CORRECTA**:
- a) La evidencia actual aconseja una estrategia de monitorización proactiva generalizada
  - b) Si planteamos retirada de un fármaco antiTNF se recomienda realizar niveles del fármaco ya que los niveles elevados se asocian con menor riesgo de recaída
  - c) En el caso del vedolizumab, hay evidencia firme a favor de la determinación de niveles en pacientes con pérdida de respuesta secundaria
  - d) La monitorización terapéutica de niveles es obligatoria después de la reducción de la dosis de infliximab o adalimumab
15. A una de las visitas nuestro paciente acude acompañado de su pareja. En relación a la fertilidad y la posibilidad de descendencia, y teniendo en cuenta la última guía de la ECCO, señale la respuesta **INCORRECTA**:
- a) Los fármacos biológicos, no antiTNF, se deben retirar en el tercer trimestre de embarazo
  - b) Para la monitorización de la actividad de la EII durante el embarazo se usa prioritariamente la calprotectina, ya que parámetros sanguíneos como la Hemoglobina o la PCR pueden estar influenciados por la propia gestación
  - c) El riesgo de tener una EII es mayor en los hijos de pacientes afectos, sobre todo en el caso de progenitores con enfermedad de Crohn
  - d) En pacientes con enfermedad activa la fertilidad se afecta, tanto en hombres como en mujeres

### CASO CLÍNICO 3

Acude a Urgencias un varón de 62 años por distensión abdominal progresiva hasta dificultarle la ingesta y provocarle sensación disneica y edemas bilaterales en extremidades inferiores. Como antecedentes personales destacan una HTA en tratamiento con IECA y DM insulinodependiente con regular control glucémico. Trabaja como administrativo, no historia de uso de drogas ni tatuajes, no relaciones sexuales de riesgo. Su madre falleció hace unos años por un problema hepático que no sabe especificar. Bebe dos copas de vino a diario. No fumador.

Analíticamente presenta Hb 13,1g/dL; plaquetas  $64 \times 10^9/L$ ; Act PT 62%; Br 3,1mg/dL; AST 59U/L (5-50); ALT 72 U/L (5-50); GGT 219 U/L (5-55); FA 98 U/L (43-115); Albúmina 32g/L (35-52); Cr 1,1 mg/dL (0,67-1,17); Na 129mmol/L (136-146)

Se realiza una ecografía abdominal que demuestra abundante líquido libre abdominal, con mala visualización del hígado aunque se describen contornos lobulados del mismo y esplenomegalia.

16. Como primer paso en el manejo de este paciente lo más adecuado sería:

- a) Realizar una paracentesis evacuadora del mayor volumen posible en una sola sesión con reposición posterior con albúmina
- b) Iniciar tratamiento diurético con espironolactona e incrementar progresivamente la dosis según la respuesta
- c) Pautar dieta hiposódica y restricción hídrica
- d) Realizar una paracentesis diagnóstica y en caso de que el estudio del líquido sea compatible con HTP ( $GASA > 1,1$ ) extraer parte del líquido ascítico

17. En el estudio del líquido ascítico se objetiva leucocitos  $560/mm^3$  (5%PMN, 95% monocitos); albúmina 16g/L; proteínas 9 g/L; glucosa 88mg/dL. Con estos datos lo más adecuado es:

- a) Iniciar antibioterapia con Ceftriaxona ya que estamos ante una PBE
- b) Pautar profilaxis primaria de PBE con Norfloxacino oral
- c) Realizar un TC urgente para despistaje de peritonitis bacteriana secundaria
- d) Hablar con Cardiología para valorar al paciente para descartar un origen cardiaco

18. Se amplía el estudio analítico al ingresar, objetivándose HbA1c 8%; Triglicéridos 213mg/dL (0-150); colesterol total 245mg/dL (110-200); alfa1antitripsina y ceruloplasmina que son normales, IgG, IgA e IgM elevadas, ANA 1:80, AMA, ASMA, antiLKM negativos, AcVHC negativos, HBsAg+; HBcAc+; HBeAg-; HBeAc+. Respecto a estos resultados:

- a) Es muy probable que el origen sea metabólico por sus múltiples FRCV
- b) La presencia de elevación de Igs nos obliga a realizar biopsia hepática para descartar un origen autoinmune
- c) Hay que realizar una determinación de DNA de VHB
- d) Los ANA+ son muy específicos de HAI por lo que podemos iniciar tratamiento con corticoides

19. Una vez ya en planta el paciente presenta una evolución favorable aunque lenta con el tratamiento. Se realiza un TC abdominal en el que se objetivan tres lesiones hepáticas que presentan hipercaptación arterial con lavado venoso y formación de pseudocápsula, una de 4cm en sVIII y otras dos de 1 y 2cm respectivamente en sIII. El sistema portal y las suprahepáticas están permeables. Se completa el estudio con un TC torácico que no presenta lesiones y se determina la AFP que está en 280 ng/mL (0,8-8,7). La actitud más adecuada en este paciente es:
- a) Manejo paliativo ya que está descompensado y con mala función hepática
  - b) Radioembolización selectiva de las dos lesiones
  - c) Tratamiento sistémico con atezolizumab+bevacizumab
  - d) Trasplante hepático considerando los criterios up-to-seven
20. Una vez estabilizado el paciente es dado de alta y a los 15 días de estar en casa es traído nuevamente a Urgencias por síncope en su domicilio. A la exploración destaca taquicardia de 115lpm e hipotensión 83/54mmHg. El paciente está orientado y no presenta flapping. Se realiza analítica urgente en la que se objetiva Hb 7,1mg/dl, Cr 1,7mg/dL; Urea 65 mg/dL (17-43); Na 127mmol/L (136-146). El resto de la analítica esta similar a la del ingreso anterior y presenta ascitis moderada. Tras esta primera valoración, estando en el box de Urgencias el paciente presenta un vómito hemático abundante. Respecto a esta situación:
- a) Dado que la función hepática en este paciente está muy deteriorada (ChildPugh C10) es candidato a colocar un TIPS urgente como primera medida
  - b) Aparte de la reanimación habitual y el tratamiento endoscópico está indicado realizar una prueba de imagen para despistaje de trombosis portal como desencadenante del cuadro
  - c) Debemos realizar nuevamente paracentesis diagnóstica para ver si es necesario empezar antibioterapia con Ceftriaxona
  - d) No está indicado transfundir ya que el dintel que se recomienda en cirróticos es una Hb 7g/dl

#### CASO CLÍNICO 4

Varón de 62 años que consulta por dolor epigástrico irradiado en cinturón de unas 12 horas de evolución, con intolerancia oral y vómitos. No transgresión dietética previa, no fuma ni bebe alcohol de forma habitual. Ha tomado analgesia de primer escalón sin conseguir controlar el dolor.

A la exploración presenta TA 138/91mmHg; FC 92 lpm; Sat 96%; Frecuencia respiratoria 21 rpm; Tª 36,7°C; Peso 98Kg; Altura 1,69cm; IMC 34,3. Llama la atención la ausencia de peristaltismo, palpándose un abdomen poco depresible, con dudosa irritación peritoneal.

En la analítica de sangre se objetiva Hto 46%; Leucocitos  $13 \times 10^9/L$ ; Plaquetas  $246 \times 10^9/L$ ; Cr 1,1 mg/dL (0,67-1,17); FG 61mL/min/1,73m<sup>2</sup> (>60); Urea 48 mg/dl (17-43); BUN 22 mg/dl; Br 5,6mg/dl (0,3-1,2); AST 145 U/L (5-50); ALT 153 U/L (5-50); Amilasa 3400 U/L (28-125); Lipasa 2304 U/L (3-67); PCR 150mg/L (0-5).

21. Respecto a la predicción de la gravedad en este paciente:

- a) Es necesario realizar una prueba de imagen para poder predecir la gravedad
- b) El paciente presenta 2 criterios de SIRS por lo que se le estratifica en riesgo alto
- c) La obesidad no es un factor de riesgo para desarrollar un curso grave
- d) Este paciente presenta un BISAP score de 2 puntos

22. Se realiza una ecografía abdominal en la que se describe una vía biliar principal en su porción más proximal con un diámetro de 5mm. La vesícula biliar contiene múltiples imágenes hiperecogénicas en su interior que dejan sombra acústica posterior y tiene paredes finas. La sospecha etiológica es biliar; en relación a este origen:

- a) Este paciente presenta un riesgo bajo de coledocolitiasis ya que no tiene dilatación de vía biliar
- b) Si se confirma una evolución grave de la pancreatitis se recomienda realizar colecistectomía preferentemente antes del alta
- c) En caso de confirmarse la presencia de coledocolitiasis habría que hacer una CPRE en <24h
- d) Si no realizamos colecistectomía tras este episodio existe un riesgo del 25-30% en las próximas semanas/meses de recurrencia de la pancreatitis o aparición de colecistitis/colangitis

23. Durante los primeros días de ingreso el paciente requiere analgesia creciente, vómitos al intentar reintroducir la alimentación y una elevación progresiva de PCR. Se decide realizar un TC con contraste, señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) Se recomienda que el primer TC realizado sea solo con fase portal para disminuir los requerimientos de contraste y evitar nefrotoxicidad
- b) El índice con mayor capacidad pronóstica es el TC severity index modificado, que aparte de los datos que recoge la escala de Balthazar añade la necrosis y las complicaciones peripancreáticas
- c) La presencia de necrosis peripancreática aislada supone un peor pronóstico que si hay necrosis pancreática
- d) Si realizáramos el TC en las primeras 72h existe el riesgo de sobreestimación del daño

24. El paciente continúa ingresado durante 30 días con evolución tórpida desde el punto de vista nutricional, con vómitos al intentar reintroducir la vía oral. Las últimas tardes está registrada una febrícula, sin cambios en el perfil analítico salvo elevación progresiva de PCR que se encuentra ya en torno a 300mg/L. Se descarta infección respiratoria, infección de orina o flebitis y se recogen hemocultivos que son negativos. Ante esta situación se repite el TC abdominal objetivándose colección necrótica en cuerpo de páncreas, encapsulada con alguna pequeña burbuja en su interior, de unos 8cm que comprime duodeno con escaso paso de contraste oral. Asimismo, se describe junto a dicha colección un pseudoaneurisma de la arteria esplénica. En cuanto al manejo del paciente en el momento actual señale la respuesta **CORRECTA**:

- a) No es necesario realizar ninguna actuación sobre el pseudoaneurisma antes de plantear un tratamiento endoscópico
- b) Ante la sospecha de necrosis infectada se recomienda iniciar antibioterapia de amplio espectro junto con antifúngico
- c) Tanto la clínica compresiva como la sospecha de infección de la colección son indicaciones de drenaje de la misma
- d) El drenaje transmural se realizará de forma indiferente a ciegas con gastroscopio tradicional o guiado por USE

25. Respecto a la técnica de drenaje de la colección necrótica señale la **CORRECTA**:

- a) Está indicada la colocación de una prótesis pancreática transpapilar simultánea de forma rutinaria
- b) Dado el tamaño de la misma (8cm) es necesaria la realización de más de una fístula gastro-quistica
- c) El uso de CO2 durante las necrosectomías está desaconsejado por riesgo de empeoramiento de insuficiencia respiratoria
- d) El acceso más utilizado si técnicamente es factible es el transgástrico (frente al transduodenal) ya que permite más maniobrabilidad en las necrosectomías

## CASO CLÍNICO 5

Varón de 51 años remitido a consulta procedente del Programa de Detección Precoz de Cáncer Colorrectal. Tras ser positivo el Test de Sangre Oculta en Heces se ha realizado colonoscopia y estudio histopatológico de las lesiones objetivadas, con el resultado de:

- Un adenoma túbulo-velloso sésil, en ángulo hepático, de 2 cms, reseado en un fragmento previa inyección submucosa de gelafundina, con hallazgo de ADC pobremente diferenciado, que infiltra focalmente la submucosa (<1mm), sin invasión linfovascular, sin gemación tumoral y con margen de resección profundo libre (>1mm). El estudio inmunohistoquímico (IHQ) de proteínas reparadoras muestra tinción normal para MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2.
- Cinco adenomas túbulo-vellosos de entre 5 y 15mm de predominio proximal.
- Trece adenomas tubulares (cinco de ellos mayores de 1cm) de distribución pancolónica.
- Presenta restos fecales no aspirables en su totalidad a lo largo de todo el colon que condicionan una valoración subóptima. Se recomienda solicitar colonoscopia con intensificación de la preparación.

El paciente refiere que su hermano fue diagnosticado de cáncer colorrectal a los 55 años y que no conoce ningún otro antecedente familiar relevante.

26. Respecto al test de sangre oculta en heces inmunológico (TSOHi), seleccione la **VERDADERA**:

- a) Se considera positivo un valor igual o mayor a 100 ng Hg/mL o 20 mg Hb/gr heces
- b) La muestra de heces se recogerá independientemente de la presencia de sangre en las heces
- c) Es necesario estar en ayunas para la recogida de la muestra
- d) Es necesario no tomar AAS ni AINEs las 48 horas previas

27. ¿Siguiendo las recomendaciones ESGE 2019 estaría indicada la realización de panel de genes?:

- a) Sí estaría indicado porque tiene más de 10 adenomas
- b) Sí estaría indicado porque tiene más de 10 adenomas y un familiar de primer grado con CCR
- c) No estaría indicado porque no tiene más de 20 adenomas
- d) No estaría indicado puesto que el estudio IHQ de proteínas reparadoras muestra tinción normal para MLH1, MSH2, MSH6 y PMS2

28. Respecto a la posibilidad de requerir tratamiento quirúrgico, el paciente:

- a) Tiene indicación de, al menos, hemicolectomía derecha independientemente de la indicación de estudio genético
- b) Tiene indicación de colectomía total con anastomosis íleo rectal, independientemente de la indicación de estudio genético
- c) Tiene indicación de proctocolectomía total y anastomosis ileoanal, independientemente de la indicación de estudio genético
- d) Puede considerarse manejo endoscópico puesto que tiene un fenotipo atenuado, siempre que se realice una vigilancia de alta calidad

29. Respecto a la vigilancia endoscópica del paciente con Poliposis asociada a MUTYH señale la respuesta **FALSA**:

- a) ESGE 2019 recomienda que la vigilancia por colonoscopia de personas con poliposis asociada a MUTYH con colon intacto se realice cada 1 a 2 años, dependiendo de la carga de pólipos
- b) ESGE 2019 recomienda que la vigilancia por colonoscopia se inicie a la edad de 25 años en individuos asintomáticos con poliposis asociada a MUTYH
- c) Después de la (procto) colectomía ESGE 2019 recomienda la vigilancia endoscópica del recto o el pouch cada 1 a 2 años, dependiendo de la carga de pólipos
- d) Después de la (procto) colectomía ESGE 2019 recomienda la extirpación endoscópica de todos los pólipos > 5 mm durante la vigilancia del recto o el pouch en pacientes con poliposis adenomatosa familiar/poliposis asociada a MUTYH

30. Indique la respuesta **FALSA** respecto al Score de Spigelman:

- a) La presencia de displasia de alto grado suma 3 puntos
- b) El paciente con Spigelman III tiene recomendación de gastroduodenoscopia al año
- c) La recomendación de seguimiento/tratamiento derivada del Score de Spigelman requiere un ajuste adicional basado en la inspección de la región ampular
- d) Es mandatorio realizar tratamiento quirúrgico en el paciente con Spigelman IV

## PREGUNTAS DE RESERVA (PARTE II)

1. El paciente **DEL CASO NÚMERO 2** te pregunta qué se pretende conseguir con el tratamiento. De acuerdo al consenso STRIDE II, publicado en 2021, relativo a los objetivos terapéuticos en la enfermedad de Crohn, señale la respuesta **CORRECTA**:
  - a) El objetivo fundamental a largo plazo debe ser la remisión clínica mantenida libre de esteroides
  - b) La curación mucosa debe ser el objetivo a perseguir, independientemente del momento en el que la consideremos
  - c) Se incluye la curación histológica como objetivo a buscar en el largo plazo
  - d) Los objetivos varían en función del momento en el que los consideremos
  
2. **RESPECTO AL CASO NÚMERO 1.** La escala de Eckardt puntúa de forma subjetiva 4 ítems de 0-3 para valorar los síntomas asociados a la disfagia esofágica y permiten comparar los resultados pre y post tratamiento. Señale la respuesta **CORRECTA** respecto a los ítems que evalúa:
  - a) Pérdida de peso, frecuencia de la disfagia, dolor torácico retroesternal y regurgitación
  - b) Pérdida de peso, consistencia de los alimentos tolerados, dolor torácico retroesternal y regurgitación
  - c) Consistencia de los alimentos tolerados, frecuencia de la disfagia, dolor torácico retroesternal y regurgitación
  - d) Pérdida de peso, frecuencia de la disfagia, consistencia de los alimentos tolerados y dolor torácico retroesternal
  
3. **RESPECTO AL CASO NÚMERO 5.** Señale la respuesta **FALSA**:
  - a) En un paciente con poliposis adenomatosa podemos encontrar mutaciones en APC, POLE, POLD1 y MUTYH
  - b) En el síndrome de Cowden esperaremos encontrar una mutación en STK11
  - c) El síndrome de poliposis juvenil se asocia a las mutaciones en el gen SMAD4/BMPR1A
  - d) En un paciente con síndrome de Lynch podemos encontrar mutaciones en PMS2, MSH2, MLH1, MSH6 y EPCAM
  
4. En relación a un cambio de trabajo el paciente **DEL CASO NUMERO 2** nos pregunta por la posibilidad de hacer alguna consulta no presencial. Le explicamos que tras la pandemia COVID la telemedicina ha emergido como una herramienta muy importante en la gestión de pacientes con enfermedades crónicas. Aplicada a la EII, y de acuerdo a las recomendaciones de Geteccu, señale la respuesta **CORRECTA** en relación a la telemedicina:
  - a) Es aplicable a cualquier escenario de la enfermedad
  - b) Se pueden plantear, indistintamente, consultas telefónicas o vía mail
  - c) Permite la monitorización estrecha de pacientes con alto riesgo quirúrgico
  - d) No se aconseja para la atención de urgencias