CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A. EN APARATO DIGESTIVO

(Resolución 1920E/2025, de 9 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

PRUEBA: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

04 de febrero de 2026

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE

MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

PREGUNTAS - Casos Clínicos:

CASO 1

Paciente de 35 años de edad con antecedente personal de cólicos nefríticos de repetición y nefrocalcinosis desde la adolescencia, que presenta desde hace 4 meses un cuadro clínico de pirosis y regurgitación diaria, diurna y nocturna, con dolor abdominal epigástrico frecuente y diarrea de más de dos meses de evolución de predominio diurno con 4-5 deposiciones al día, blandas sin productos patológicos. Además, asocia un cuadro de síndrome constitucional con astenia y pérdida del 10% de su peso corporal en este tiempo. El cuadro mejora discretamente con la toma de omeprazol, pero no llega a desaparecer. Se realiza estudio mediante:

**GASTROSCOPIA: Hernia de hiato con esofagitis grado D de la Clasificación de Los Ángeles y úlceras duodenales Forrest IIc-III, no asociadas a infección por Helicobacter pylori*

**TC ABDOMINAL: Ver imagen adjunta*

1. ¿Cuál sería su diagnóstico de sospecha?

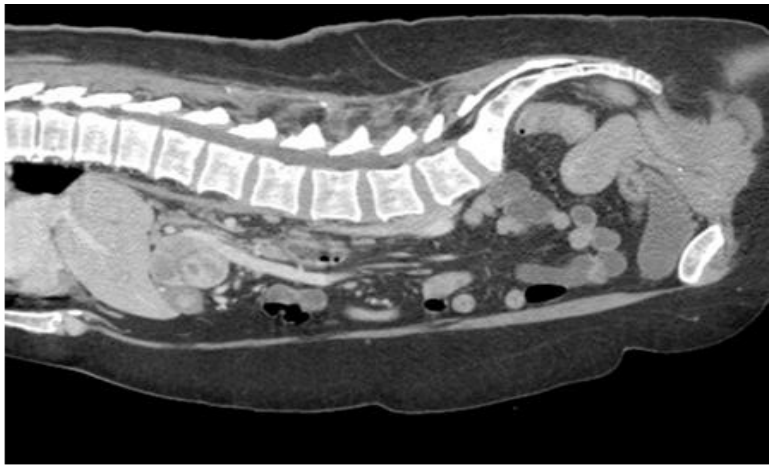
a) Síndrome de Wermer o Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 1.
b) Síndrome de Verner–Morrison.
c) Síndrome de Carney.
d) Neoplasia Endocrina Múltiple tipo 2 (Somatostatinoma).

2. ¿Cuál de las siguientes alteraciones analíticas esperaría encontrar?

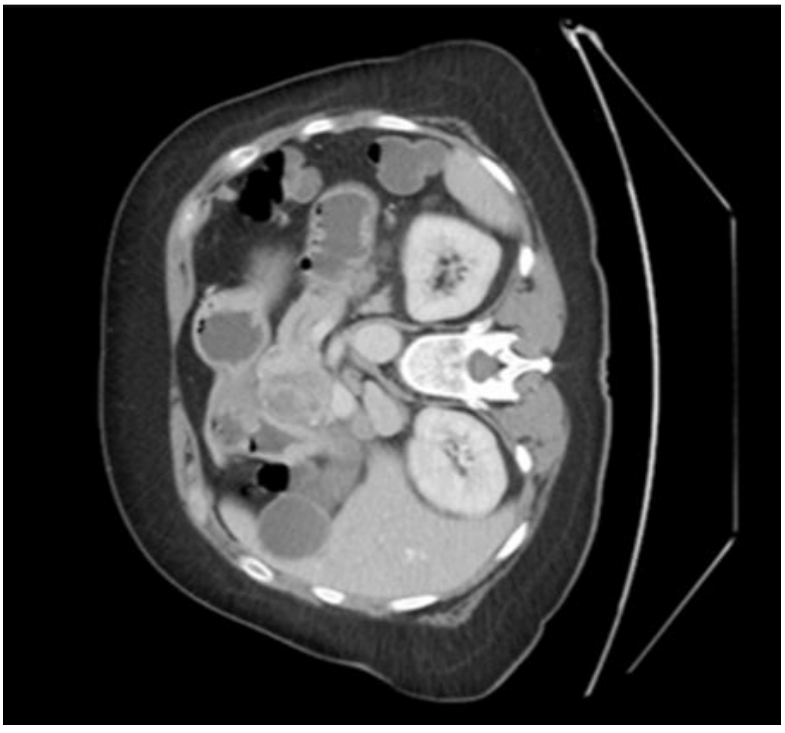
a) Elevación de los niveles de somatostatina plasmática mayor de tres veces el valor normal.
b) Elevación de niveles de calcio sérico y descenso de fósforo sérico.
c) Relación insulina/péptido C es > 1,0.
d) Niveles elevados de péptido intestinal vasoactivo de forma repetida.

3. ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias NO solicitaría?

a) RNM cerebral.
b) Gammagrafía ósea.
c) Estudio genético.
d) Niveles de cromogranina A.







CASO 2

Varón de 71 años de edad, con antecedente personal de HTA, Diabetes tipo 2, que presenta desde hace 5 días un cuadro clínico de ictericia, coluria y acolia, sin dolor abdominal asociado y con pérdida del 15% del peso corporal. No presenta otra clínica acompañante. Acude a Urgencias donde se realiza estudio mediante:

**__Analítica de sangre__: Hemograma sin alteraciones Bilirrubina total: 16 mg/dL; AST: 58 U/L; ALT: 62 U/L; Fosfatasa alcalina: 152 U/L; GGT: 356 U/L; Creatinina: 0.98 mg/dL; Niveles de IgG 4: 0.48 g/L; Ca 19.9: 497 U/mL*

**__Ecografía abdominal__: Parénquima hepático con un quiste simple de 2 cms en segmento II, resto sin alteraciones de interés. Vesícula biliar muy poco distendida sin litiasis. Dilatación de la vía biliar intrahepática bilateral, más patente en lado izquierdo, y extrahepática sin identificar causa aparente mediante esta técnica. No se aprecia adenopatías patológicas en hilio hepático ni en mesenterio. Páncreas poco valorable por la presencia de abundante gas en cámara gástrica y colon. Bazo y riñones sin alteraciones de interés.*

4. ¿A qué nivel es MÁS PROBABLE que se encuentre la estenosis biliar del paciente?

a) Ampolla de Vater.
b) Colédoco intrapancreático.
c) Conducto hepático común.
d) Conducto hepático izquierdo.

5. ¿Cuál sería el orden recomendado para el estudio de la estenosis biliar del paciente?

a) 1º CPRE para drenaje y toma de muestras histológicas; 2º ColangioRNM y/o TC toracoabdominal según disponibilidad.
b) 1º ColangioRNM y/o TC toracoabdominal, 2º Ecoendoscopia +/- PAAF (Punción Aspiración con Aguja Fina) y CPRE.
c) 1º Ecoendoscopia +/- PAAF, 2º CPRE, 3º ColangioRNM y/o TC toracoabdominal.
d) 1º Colangioscopia para drenaje y toma de muestras histológicas; 2º Ecoendoscopia +/- PAAF; 3º ColangioRNM y/o TC toracoabdominal.

6. ¿Cuál de los siguientes métodos de drenaje biliar NO sería útil en este paciente?

a) Drenaje biliar percutáneo.
b) Drenaje biliar endoscópico transpapilar.
c) Colecistoduodenostomía endoscópica.
d) Hepáticogastrostomía endoscópica.

CASO 3

Avisan desde Urgencias por la llegada un varón de 62 años, sin antecedentes médicos de interés. Su tratamiento habitual es lorazepam 1mg por la noche y ácido acetilsalicílico 100mg en la comida pautado por su médico de Atención Primaria de forma preventiva.

Consulta por un cuadro de 48 horas de evolución de dolor epigástrico, náuseas y deposiciones de color negro Bristol 6.

A su llegada presenta una presión arterial de 102/55 mmHg, frecuencia cardiaca de 105 lpm, afebril y saturación basal de 97%. Analíticamente destaca una cifra de hemoglobina de 6.8 g/dL, función renal conservada y urea de 98 mg/dL.

7. Atendiendo a las recomendaciones recogidas en guía europea de la ESGE (European Society of Gastrointestinal Endoscopy) actualizada en 2021 sobre el diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia digestiva alta no varicosa, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:

a) Lo primero es realizar una adecuada resucitación hemodinámica, preferiblemente con cristaloides.
b) En esta guía se posicionan a favor del uso de cristaloides balanceados como el Ringer Lactato frente al suero salino fisiológico 0.9%.
c) Según el índice de Rockall preendoscópico, este paciente tiene una puntuación de 2 puntos.
d) Se aconseja la retirada del ácido acetilsalicílico y, una vez resuelto el cuadro, reevaluar si está indicada su reintroducción.

8. Durante nuestra valoración, ya se ha iniciado la resucitación hemodinámica y presenta una presión arterial de 115/68 mmHg y una frecuencia cardiaca de 85 lpm. Refiere que ha realizado un vómito agranatado. Teniendo en cuenta la misma guía que en la pregunta anterior, ¿cuál de las siguientes es CIERTA?

a) Habría que considerar realizar la gastroscopia con intubación orotraqueal.
b) Valorando el momento de realización de la gastroscopia, estaría indicado realizarla dentro de las primeras 12 horas.
c) Valorando el momento de realización de la gastroscopia, dada la situación actual del paciente, estaría indicado realizarla dentro de las primeras 6 horas.
d) Deberíamos comenzar cuanto antes con la administración intravenosa de inhibidores de la bomba de protones, pero, en este caso, no estaría indicada la administración de procinéticos previo a la endoscopia.

9. Se realiza la gastroscopia, objetivando una úlcera de unos 25 mm con vaso visible de 3 mm y babeo constante en sábana, localizada en la cara posterior del bulbo duodenal. Teniendo en cuenta la misma guía que en la pregunta anterior, ¿cuál de las siguientes es FALSA?

a) Si utilizamos adrenalina como tratamiento inicial, debemos añadir una segunda modalidad de tratamiento con medios térmicos, mecánicos o esclerosantes.
b) En este caso, sería aconsejable evitar la inyección de etoxiesclerol.
c) A pesar del riesgo elevado de resangrado en este caso, no estaría indicado realizar una segunda endoscopia de rutina.
d) La colocación de un clip OTSC (Over-The-Scope Clip) se puede utilizar como tratamiento de rescate, pero no como primera opción.

CASO 4

Recibes en la consulta a una paciente de 70 años, sin antecedentes personales de interés, derivada por su médico de Atención Primaria por molestias retroesternales, regurgitaciones y ocasional disfagia baja. Ha respondido parcialmente a tratamiento antisecretor con omeprazol 20mg/12 h durante 8 semanas, pero ante ausencia de resolución del cuadro, derivan para valoración.

Dispone de una analítica de sangre reciente sin alteraciones a destacar. No presenta pérdida ponderal.

Teniendo en cuenta lo anterior, decides solicitar una gastroscopia diagnóstica como primer estudio complementario (la paciente retira el omeprazol 4 semanas previas a la gastroscopia). En el informe no se describen alteraciones.

10. Teniendo en cuenta la actualización del consenso de Lyon 2.0 sobre el diagnóstico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico publicada en 2023, es FALSO que:

a) Sería conveniente completar el estudio con pHmetría sin tratamiento.
b) Sería conveniente completar el estudio con pHmetría con tratamiento.
c) Es preciso solicitar al mismo tiempo una manometría esofágica para guiar la colocación del catéter de la pHmetría.
d) Para la monitorización del pH, se prefieren los estudios inalámbricos o bien la impedanciometría frente a la pHmetría estándar de 24 horas.

Se realiza manometría esofágica de alta resolución con los principales hallazgos:

- ✓ *80% de las degluciones normales,*
- ✓ *20% de las degluciones hipercontráctiles*
- ✓ *30% de las degluciones con presurización intrabolo*
- ✓ *aclaramiento incompleto en el 40% de las degluciones*
- ✓ *Presión Integrada de Relajación (IRP) 4s 21 mmHg.*

Se describen también los siguientes hallazgos en sedestación: 80% de las degluciones normales, 20% de las degluciones débiles, 40% de las degluciones con presurización intrabolo, aclaramiento incompleto en el 40% de las degluciones, IRP 4s 15 mmHg.

11. Teniendo en cuenta los hallazgos manométricos descritos y la clasificación actualizada de Chicago versión 4.0 sobre el estudio manométrico de alta resolución de los trastornos motores esofágicos, señale la afirmación FALSA:

a) Podemos realizar el diagnóstico de obstrucción al tracto de salida de la unión esofagogástrica.
b) Deberíamos explicar a la paciente que hay que realizar un tránsito esofágico.
c) En lugar del tránsito esofágico, podríamos considerar la realización de un EndoFLIP® como primera opción, en caso de estar disponible.
d) No se debería considerar el diagnóstico de un esófago hipercontráctil.

Los principales hallazgos de la pHmetría son los siguientes: 75 reflujos ácidos, un reflujo largo en posición supina, tiempo total de exposición ácida 4.5%, tiempo de exposición ácida en posición erguida 7%, tiempo de exposición ácida en posición supina 1.8%, DeMeester 10.5. En el electrodo superior se describe un tiempo de exposición ácida de 1.8%.

12. Teniendo en cuenta lo anterior, es CIERTO que:

a) Se puede establecer el diagnóstico de reflujo ácido patológico en posición erguida.
b) Se puede establecer el diagnóstico de reflujo ácido patológico en posición supina.
c) Se descarta el alcance proximal.
d) Se trata de un estudio no concluyente (“zona gris”).

CASO 5

Paciente mujer, de 56 años que acude a urgencias por fatiga, ictericia y abdomen distendido.

Antecedentes personales:

- *Consumo de alcohol de 75 gr OH al día desde hace más de 20 años.*
- *No sigue tratamiento médico regular.*
- *No DM, NO HTA, No ingresos previos.*

La paciente refiere fatiga con pequeños esfuerzos, ictericia (piel y ojos amarillos) desde hace cuatro días con aumento del perímetro abdominal y protusión de una hernia umbilical y confusión y dificultad para concentrarse junto a cierta desorientación. Como antecedente refiere la ingesta de antiinflamatorios por dolor lumbar

Exploración física:

- *Estado general: Mal estado general, desnutrido.*
- *Piel y mucosas: Ictericia marcada.*
- *Abdomen: Abdomen distendido, con semiología de ascitis, hepatomegalia y circulación colateral visible.*
- *Neurológico: Confusión leve, asterixis (temblor de manos).*

Analítica:

- *Hemograma: Hb 10.5 gr/dL Leucocitos 11.000, plaquetas 55.000.*
- *Función hepática: Bilirrubina total elevada (5 mg/dL), AST/ALT 223/110, albúmina 2.5 g/dL), tiempo de protrombina 45% con INR 2.0.*
- *Electrolitos: Na 128 mEq/L Potasio 4.2.*
- *Función renal: Creatinina 1.5 mg/dL, urea 72*
- *Ferritina 850*
- *Alfafeto proteína 3.2*

13. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS PROBABLE de la paciente?:

a) Cirrosis hepática en estadío precoz.
b) Ascitis secundaria a Cáncer de ovario con metástasis hepática.
c) Ascitis secundaria a TBC peritoneal.
d) Hepatitis Alcohólica aguda.

14. ¿Qué prueba diagnóstica NO solicitaría?

a) Paracentesis diagnostica.
b) TAC Abdominal.
c) Biopsia Hepática percutánea.
d) Gradiente de presiones portales.

15. ¿Qué tratamiento iniciaría?:

a) Diuréticos a dosis elevadas.
b) Sueroterapia intravenosa.
c) Antiinflamatorios no esteroideos.
d) Antibióticos de amplio espectro.

CASO 6

*Varón de **35 años**, administrativo, residente en medio urbano, sin hábitos tóxicos relevantes, que consulta por **diarrea crónica** de 8 meses de evolución, caracterizada por deposiciones blandas, voluminosas y malolientes, sin productos patológicos visibles, con una frecuencia de 3–4 veces al día. Refiere además **astenia progresiva**, intolerancia al ejercicio habitual y pérdida ponderal no intencionada de aproximadamente 6 kg en el último año.*

No antecedentes personales de interés. No cirugías previas. Niega viajes recientes, consumo de antibióticos prolongados o ingesta de alcohol significativa. No historia familiar conocida de enfermedad inflamatoria intestinal, aunque refiere que una hermana presenta hipotiroidismo autoinmune.

Exploración física

- *Palidez cutaneomucosa evidente*
- *IMC: 19 kg/m²*
- *Abdomen blando, no doloroso, sin masas ni visceromegalias*
- *Resto de la exploración sin hallazgos patológicos relevantes*

Pruebas complementarias

Analítica sanguínea:

- *Hemoglobina: 9,8 g/dL*
- *VCM: 72 fL*
- *Ferritina: 8 ng/mL*
- *Hierro sérico bajo*
- *AST: 98 U/L*
- *ALT: 112 U/L*
- *FA y bilirrubina: normales*
- *Albúmina: límite inferior de la normalidad*

16. ¿Cuál sería el diagnóstico MÁS PROBABLE para este caso?:

a) Enfermedad de Crohn con afectación ileocólica.
b) Hepatopatía crónica en estadio avanzado.
c) Enfermedad celíaca.
d) Esprúe tropical.

17. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico PRINCIPAL responsable de la anemia ferropénica en este paciente?:

a) Pérdidas digestivas crónicas por enteropatía exudativa.
b) Disminución de la absorción de hierro en el yeyuno proximal.
c) Hemólisis secundaria a autoinmunidad mediada por IgA.
d) Secuestro férrico por inflamación sistémica crónica.

18. La elevación de transaminasas observada en este paciente se explica, principalmente, por:

a) Colangitis autoinmune asociada a su enfermedad.
b) Hepatotoxicidad.
c) Aumento de la permeabilidad intestinal con paso de antígenos al sistema portal.
d) Déficit de vitamina K con daño hepatocelular secundario.

PREGUNTA DE RESERVA- Casos Clínicos

CASO 1 – Pregunta 1

1. ¿Cuál de los siguientes tratamientos indicaría al inicio del tratamiento?

a) Omeprazol 40 mg cada 12 horas.
b) Resección quirúrgica (duodenopancreatectomía cefálica).
c) Sunitinib 37.5 mg al día vía oral.
d) Octeótrido de liberación retardada.

CASO 2 – Pregunta 2

2. En caso de precisar la toma de muestra histológica para el manejo de este paciente ¿cuál sería el método que usted recomendaría?

a) Ecoendoscopia con PAAF (Punción Aspiración con Aguja Fina).
b) PAAF o Biopsia percutánea guiada por TC.
c) Citología de cepillado o biopsia biliar durante CPRE/colangioscopia.
d) Citología de aspirado biliar.

CASO 3 – Pregunta 3

3. Atendiendo a las recomendaciones recogidas en guía europea de la ESGE (*European Society of Gastrointestinal Endoscopy*) actualizada en 2021 sobre el diagnóstico y manejo endoscópico de la hemorragia digestiva alta no varicosa, ¿cuál de las siguientes es FALSA?:

a) Se recomienda la administración de altas dosis de inhibidores de la bomba de protones (> 80mg/d) en aquellos pacientes que hayan precisado tratamiento hemostático endoscópico y para los pacientes con úlceras Forrest IIb no tratados endoscópicamente.
b) No se recomienda realizar el cribado de H. pylori en la endoscopia urgente por la elevada tasa de falsos negativos.
c) Se define el sangrado recurrente como la aparición de un nuevo sangrado tras un tratamiento endoscópico exitoso.
d) Si tras realizar un segundo tratamiento endoscópico en un sangrado recurrente vuelve a haber evidencia de resangrado, se recomienda como primera opción la embolización arterial transcatéter si está disponible.

CASO 4 – Pregunta 4

4. Teniendo en cuenta la clasificación actualizada de Chicago versión 4.0 sobre el estudio manométrico de alta resolución de los trastornos motores esofágicos, señale la afirmación FALSA:

a) Un porcentaje de los pacientes con hallazgos manométricos de obstrucción al tracto de salida de la unión esofagogástrica pueden progresar a acalasia.
b) Un diagnóstico manométrico de obstrucción al tracto de salida de la unión esofagogástrica se considera clínicamente no concluyente.
c) Un diagnóstico manométrico de obstrucción al tracto de salida de la unión esofagogástrica se define como una IRP mediana elevada en las posiciones primaria y secundaria, y ≥50% de las degluciones con presión intrabolo elevada en decúbito supino, con evidencia de peristalsis.
d) La presencia de una hernia de hiato puede suponer una falsa elevación del IRP 4s.

CASO 5 – Pregunta 5

5. ¿Qué afirmación es FALSA en lo que se refiere a las complicaciones de esta paciente?:

a) La paciente no es candidata a trasplante hepático si la respuesta a los corticoides es pobre.
b) La paciente puede desarrollar un Síndrome hepatorenal tipo I.
c) El riego de Peritonitis bacteriana espontánea se puede minimizar con decontaminación intestinal selectiva.
d) La Encefalopatía Hepática puede aparecer dada la disfunción hepática al diagnóstico.

CASO 6 – Pregunta 6

6. ¿Qué tratamiento recomendaría al paciente?:

a) Ciprofloxacino 750mg cada 12 hs vía oral.
b) Budesonida.
c) Ursodeoxicólico.
d) Dieta sin gluten.