



Examen del turno libre del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista del aparato digestivo

Instrucciones:

- No abra el cuestionario hasta que se le indique.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario, pida que se lo cambien.
- Este examen consiste en resolver un supuesto teórico-práctico de los cinco propuestos. Tiene como finalidad valorar las aptitudes, las destrezas y la capacidad profesional de la persona candidata en relación con las funciones propias de la categoría a la que opta y los conocimientos de los fundamentos teóricos aplicables al caso.
- Se valorará la capacidad y la formación general, el conocimiento de las materias desarrolladas, la precisión y el rigor analítico en la exposición, la capacidad de síntesis, las conclusiones expuestas y la corrección de la expresión escrita.
- Dispone de 120 minutos para leer los cinco supuestos y responder el que elija.
- La valoración de esta prueba es de 60 puntos; para superarla hay que obtener la puntuación mínima de 30 puntos.
- Al principio de la primera hoja de respuestas indique el número del supuesto práctico elegido (ej.: caso práctico núm. 1).
- Rellene las hojas de respuesta con letra clara y legible para que el tribunal no tenga dificultad para corregir su examen. Si no se entiende se dará por no contestado.
- Puede utilizar el cuestionario como borrador. Una vez terminada la prueba, puede llevarse el cuestionario.
- Rellene la plica, fírmela y pegue una de las etiquetas que tiene a su disposición. Además, en cada una de las hojas de respuesta originales tiene que pegar también una de las etiquetas, pero no en las copias, que podrá quedarse una vez finalizada la prueba.
- Al terminar la prueba, enumere cada hoja del examen en la parte inferior del margen derecho.
- Durante la prueba debe mantener desconectado el teléfono móvil, el reloj digital y cualquier sistema de comunicación.



Caso práctico 1: paciente de 45 años derivado al Servicio de Aparato Digestivo para estudiar una posible hepatopatía crónica por elevación de las transaminasas de seis meses de evolución

Antecedentes patológicos:

- Sin hipertensión arterial, cardiopatía ni diabetes
- Intervenido de hernioplastia inguinal hace ocho meses
- Sin obesidad (IMC = 25), hábitos tóxicos ni alergias
- No toma medicación habitualmente

Antecedentes familiares:

- Sus padres están vivos y sanos
- Tiene un hermano mayor que padece enfermedad celiaca

Exploración física:

- Tensión arterial: 120/75 mmHg
- Buen estado general, piel y mucosas de coloración normal, sin estigmas de hepatopatía crónica
- Auscultación cardiorrespiratoria: normal
- Abdomen: blando y depresible, sin masas ni visceromegalias
- Peristaltismo normal
- Sin edemas

Analítica:

- Hemograma, plaquetas, coagulación, fibrinógeno, función renal, ionograma, albúmina y proteinograma: normales
- Glucosa: 115 mg/dl
- ASAT: 89 UI/l
- ALAT: 92 UI/l
- GGT: 112 UI/l
- Fosfatasa alcalina: 106 UI/l
- Bilirrubina total: 0,6 mg/dl
- Colesterol: 285mg/dl
- Triglicéridos: 211 mg/dl
- Insulina: 25 μ U/ml
- Ferritina, sideremia y saturación de la transferrina: normales
- Hormonas tiroideas: normales
- Serologías virales: inmunizado para los virus de la hepatitis A y B; anticuerpos anti-VHC, negativos

- Anticuerpos antitransglutaminasa: negativos
- Ceruloplasmina y α_1 -antitripsina: normales
- Inmunología: ANA, AMA, AML y AntiLKM, negativos

PREGUNTAS

1. Explique el diagnóstico diferencial, qué exploración o exploraciones indicaría con su justificación y cuál cree que sería el diagnóstico final.
2. En el caso de un paciente con enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA), ¿qué actuaciones recomendaría?
3. En el caso de un paciente con esteatohepatitis no alcohólica (EHNA), con fibrosis significativa, IMC > 35 kg/m² y comorbilidades, que no ha conseguido perder el 7-10 % del peso con las medidas recomendadas, ¿qué tratamiento o tratamientos valoraría?
4. Actualmente, ¿qué tratamiento o tratamientos farmacológicos valoraría para un paciente con EHNA sin diabetes y con fibrosis 2 o superior, sin cirrosis?
5. Comente los efectos secundarios más importantes de los fármacos utilizados para tratar la EHNA.
6. ¿Qué tratamiento o tratamientos hipoglicemiantes valoraría para el caso de un paciente con diabetes y EHNA con fibrosis avanzada?
7. ¿De qué manera y con qué periodicidad haría el seguimiento de un paciente con EHGNA?
8. Comente el sistema de puntuación NASHRES y qué utilidad tiene.
9. ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a un mayor grado de fibrosis?
10. Comente el riesgo de sufrir hepatocarcinoma (HCC) de los pacientes con EHNA y si hay que hacer recomendaciones de cribado de dichos pacientes.



Caso práctico 6: mujer de 25 años que ingresa por presentar diarrea y dolor abdominal de dos semanas de evolución

Antecedentes personales:

- Fumadora de 20 cigarrillos/día
- Sin otros antecedentes de interés

Analítica:

- Hemoglobina: 10,5
- Leucocitos: 14.000
- PCR: 12
- Albúmina: 32

Ecografía abdominal (Urgencias)

- Ileítis terminal con engrosamiento de 15 cm del íleon, sin complicaciones

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es el diagnóstico diferencial y qué pruebas pediría para completar el estudio?
2. De los hábitos que puedan afectar a la evolución de la enfermedad, ¿cuáles hay que modificar?
3. Se confirma que se trata de un caso de enfermedad de Crohn ileal. Describa el algoritmo terapéutico con las opciones de tratamiento. ¿Cómo puede gestionar el fracaso secundario de los fármacos biológicos?
4. Si en la evolución se realiza una resección quirúrgica, ¿qué tratamiento prescribiría y qué seguimiento haría según las situaciones clínicas y los tratamientos previos aplicados?



Caso práctico 8: hombre de 72 años que ingresa por un síndrome constitucional con pérdida de peso de unos 15 kg

Antecedentes personales:

- Hipertensión arterial esencial
- Diabetes *mellitus* de tipo II
- Esófago de Barrett
- Colectomía hace dos años

Exploración física:

- Subictericia conjuntival

Analítica:

- Hemograma y pruebas de coagulación: normales
- AST: 198 UI/L
- ALT: 236 UI/L
- GGT: 390 UI/L
- FA: 604 UI/L
- Bilirrubina total: 3,9 mg/dl

Ecografía transabdominal:

- Dilatación leve de las vías biliares intrahepáticas
- Parénquima hepático sin lesiones

TAC abdominal:

- Dilatación de las vías biliares extrahepática e intrahepática; no se detecta claramente ninguna masa, aunque sí un discreto engrosamiento del tercio medio de la vía biliar principal
- No se aprecian imágenes que sugieran coledocolitiasis
- El informe plantea la posibilidad de una neoplasia primaria del páncreas o un colangiocarcinoma

Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE):

- Defecto de repleción en el tercio medio del colédoco, de 25 mm de longitud

Colangioscopia:

- Estenosis de aspecto vellositario

Biopsias y raspado:

- Por encima de la lesión, en dirección intrahepática, se aprecia pus
- Se coloca un stent plástico de 12 cm
- Resultados de las biopsias y de la citología: positivos para malignidad y compatibles con colangiocarcinoma

PREGUNTAS

1. Con independencia del tratamiento de la enfermedad neoplásica maligna, ¿cuál debería ser el tratamiento antibiótico recomendado?
2. Con la base de que es posible un tratamiento quirúrgico de este caso, ¿qué datos echa en falta en el informe de la TAC?
3. ¿Cuál es el tipo de colangiocarcinoma más frecuente desde el punto de vista anatomopatológico?



Caso práctico 11: paciente de 64 años que ingresa debido a una disfagia progresiva, que actualmente le impide ingerir líquidos

Antecedentes personales:

- Hipertensión arterial
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- Ninguna alergia medicamentosa
- Ex fumador desde hace tres años; antes fumaba más de un paquete de cigarrillos todos los días
- Enol: 80 g/día
- Tratamiento: Spiriva[®], Seretide[®] y enalapril, 20 mg/día

Exploración física:

- Constantes mantenidas
- Adelgazamiento evidente
- Abdomen blando y depresible, indoloro

Gastroscopia:

- Gran dilatación de la luz esofágica, con abundados restos de alimentos
- Cardias cerrado, pero franqueable con cierta presión
- Fundus / cardias en retrovisión normales

TC toracoabdominal con contraste:

- Importante dilatación de la totalidad del esófago, que contiene restos de alimentos, hasta el cardias. No se aprecian lesiones intrínsecas ni extrínsecas que lo justifiquen
- No se aprecian alteraciones en las vísceras sólidas abdominales, salvo dos formaciones quísticas en el polo inferior del riñón derecho
- Estudio sin ningún otro hallazgo

PREGUNTAS

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable? ¿Cómo se mide la gravedad sintomática? Describe la etiopatogenia del caso.
2. ¿Qué exploración complementaria haría que el diagnóstico fuese definitivo? Describe la técnica y los fenotipos de la enfermedad.
3. ¿Cuáles son las opciones terapéuticas disponibles actualmente para tratar esta enfermedad? ¿Cuál sería la más adecuada para este caso concreto?



Caso práctico 13: mujer de 60 años acude porque ha sufrido tres episodios de rectorragia de escasa cuantía al final de la deposición, sin cambio del ritmo deposicional ni dolor abdominal

Antecedentes personales:

- Cardiopatía isquémica, con colocación de stent coronario hace nueve meses
- Ex fumadora de 20 cigarrillos/día hasta hace nueve meses
- Sin consumo de alcohol de forma habitual
- En tratamiento con clopidogrel (75 mg), AAS (100 mg) y atorvastatina (40 mg)

Antecedentes familiares:

- Madre con adenocarcinoma de colon a los 75 años

Exploración física normal

Analítica:

- Hemoglobina: 15 g/dl
- Plaquetas: 150.000/mm³
- TP: 89 %
- INR: 1,09
- Glucosa: 97
- Creatinina: 0,77 mg/dl

Colonoscopia:

- Hemorroides de grado II
- Recto normal
- En la sigma, a 20 cm del margen anal se aprecia un pólipo sésil de 2 cm. Se hace una polipectomía endoscópica —infiltrando previamente una solución de Gelafundina®, adrenalina y carmín de índigo— y se recupera para Anatomía Patológica
- Se realiza tatuaje adyacente a la zona de la resección
- Se explora el colon descendente, el transverso y el ascendente hasta el ciego y no se aprecian otras lesiones
- Grado de limpieza en la escala de Boston: 8 (colon izquierdo, 3; colon transverso, 3; colon derecho, 2)

PREGUNTAS

1. ¿Cuál sería el manejo del tratamiento antiagregante en este caso, en que hay que hacer una resección endoscópica de una lesión en el colon?
2. Describa y explique las técnicas disponibles actualmente para mejorar la detección de pólipos y neoplasias colónicas, y la utilidad de dichas técnicas.
3. ¿Cómo clasifica esta lesión según la clasificación de Paris?
4. ¿Qué importancia tiene la caracterización del patrón mucoso y qué clasificaciones se utilizan actualmente?
5. ¿Cuáles son las complicaciones durante y después del procedimiento y cómo deben prevenirse y tratarse?

Caso clínico

- Estudio anatomopatológico:
 - Descripción macroscópica: se recibe un fragmento polipode de consistencia media que mide 2 x 1,5 cm con base de implantación de 1,5 cm.
 - Descripción microscópica: neoformación epitelial maligna bien diferenciada, que se asienta sobre un adenoma tubular. Infiltra la submucosa. No se aprecia infiltración vascular ni linfática. Distancia al margen profundo: < 0,5 mm.
 - Diagnóstico: adenocarcinoma bien diferenciado sobre adenoma.
- TAC toracoabdominal: no se aprecian lesiones en el tórax ni en el abdomen, salvo quistes corticales renales bilaterales.
- Se presenta el caso clínico en el Comité de Tumores y se decide intervenir quirúrgicamente. Se lleva a cabo una sigmoidectomía laparoscópica.
- Estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica: sigma con reacción inflamatoria a cuerpo extraño (tatuaje), con ausencia de tumor residual, y se aíslan tres adenopatías sin lesiones.

PREGUNTAS

6. ¿Cuáles son los factores de riesgo de metástasis linfática en los carcinomas colorrectales precoces con invasión de la submucosa, y cuándo se considera que una resección endoscópica es curativa?
7. ¿Cómo clasifica este tumor según la clasificación TNM y qué vigilancia recomendaría tras la resección?