

CUESTIONARIO DE AUTOEVALUACIÓN

“Aproximación práctica a la Patología Gastrointestinal”

Madrid, 26 de Mayo de 2006

1.- Cuál de las siguientes premisa NO es cierta en relación a los adenomas sésiles serrados:

- a) Suelen localizarse con más frecuencia en el colon derecho.
- b) Se caracterizan por presentar atipia citológica.
- c) Las alteraciones arquitecturales que los caracterizan se localizan en la porción más basal de las criptas.
- d) Son lesiones típicamente aplanadas.
- e) Típicamente las criptas presentan formas de L ó T invertida.

2.- Cuál de las siguientes premisa NO es cierta:

- a) Los pólipos hiperplásicos pueden transformarse a adenocarcinomas siguiendo una secuencia de eventos que se conoce como la “vía serrada”.
- b) Entre los eventos más precoces que caracterizan a esta vía de carcinogénesis está la hipermetilación génica.
- c) Un gen frecuentemente implicado en los procesos más iniciales es el gen BRAF.
- d) Los adenocarcinomas originados a través de la vía serrada son siempre tumores de bajo grado de malignidad.
- e) Las alteraciones de la apoptosis y la inestabilidad de microsatélites caracterizan a los adenocarcinomas de la vía serrada.

3.- Cuál de las siguientes premisa NO es cierta:

- a) Las micrometástasis, independientemente del método utilizado para su detección, deben considerarse en el sistema TNM como pN1.
- b) Sólo las micrometástasis detectadas microscópicamente debe considerarse en el sistema TNM como pN1.
- c) El número mínimo de ganglios linfáticos que garantiza la correcta valoración de una pieza de resección por adenocarcinoma se considera de 12.
- d) El margen de resección radial se considera positivo si el frente del tumor se halla a menos de 1 mm.
- e) El grado de diferenciación tumoral debe basarse únicamente en la formación glandular.

4.- Cuál de las siguientes afirmaciones ES cierta:

- a) Sólo en las resecciones de recto ha de valorarse el margen radial, dado que el recto no tiene serosa.
- b) El carcinoma medular, dado que no forma glándulas, tiene mal pronóstico.
- c) En relación al grado histológico tumoral los adenocarcinomas se clasifican como bien, moderada o pobremente diferenciados.
- d) Los tipos de adenocarcinoma de colon medular y coloide suelen presentar inestabilidad de microsatélites, alteración génica que caracteriza a los tumores desarrollados en el contexto de carcinoma hereditario no polipósico.
- e) La evaluación de la periferia del tumor no tiene significación pronóstica

5.- NO es útil en el diagnóstico de esófago de Barret:

- a) Conocer datos clínicos del paciente como la existencia de un reflujo gastrointestinal crónico o bien la presencia de hernia de hiato.
- b) Identificar la presencia de abundantes eosinófilos entre el infiltrado inflamatorio de la lámina propia.
- c) Disponer de biopsias gástricas antrales para identificar una infección por *H. pylori*.
- d) Utilizar inmunohistoquímica de citoqueratinas 7 y 20 para identificar un patrón de expresión propio del esófago en las glándulas.
- e) Identificar glándulas de metaplasia intestinal.

6.- En la valoración de displasia asociada a esófago de Barret, qué es cierto:

- a) Sólo la presencia de lesión macroscópica en la endoscopia es indicativa de riesgo de displasia.
- b) En las biopsias de seguimiento de un esófago de Barret sólo se informa la presencia de displasia si lo especifica el endoscopista.
- c) Debe valorarse la presencia de displasia epitelial en ausencia de ulceración y/o inflamación.
- d) El diagnóstico de displasia epitelial de bajo grado no implica un seguimiento endoscópico debido al bajo riesgo de adenocarcinoma concomitante que comporta.
- e) Cuando se diagnostica displasia de alto grado es mandatorio repetir la biopsia en un plazo mínimo de 3 semanas

7.- En relación a la enfermedad celíaca, cuál de las siguientes premisas NO es cierta:

- a) Las mejores biopsias para evaluar las lesiones típicas de la enfermedad celíaca son las que provienen de la porción distal del duodeno o de la proximal del jejunio.
- b) En un enfermo celíaco, las biopsias tomadas después de un largo periodo con una dieta libre de gluten nunca mostrarán una arquitectura vellositaria normal.
- c) En la patogénesis de esta enfermedad se combinan factores genéticos, ambientales e inmunológicos.
- d) La enfermedad celíaca refractaria no responde a la dieta libre de gluten y son más frecuentes las complicaciones asociadas a esta enfermedad.
- e) Entre las complicaciones asociadas a la enfermedad celíaca destaca un mayor riesgo de desarrollar linfomas T del tracto gastrointestinal, carcinoma escamoso de esófago y adenocarcinoma primario del intestino delgado.

8.-Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

- a) En el síndrome de malabsorción secundario a sobrecrecimiento bacteriano los hallazgos de la biopsia pueden simular los observados en una enfermedad celíaca en tratamiento pero típicamente faltará la marcada linfocitosis intraepitelial.
- b) La enfermedad de Whipple es una enfermedad sistémica causada por una bacteria.
- c) La giardiasis sólo debe incluirse en el diagnóstico diferencial de malabsorción si el paciente es un niño.
- d) La criptosporidiosis es una zoonosis que puede afectar a individuos inmunocompetentes.
- e) En el diagnóstico de microsporidiosis es crucial un grado de sospecha elevado dado en tinciones de H&E es muy difícil reconocer las esporas debido a su diminuto tamaño.

9.- En el diagnóstico endoscópico de colitis es útil NO es cierto que:

- a) La ausencia de alteraciones arquitecturales típicas de cronicidad juntamente con la ausencia de plasmacitosis basal favorecen el diagnóstico de colitis aguda autolimitada.
- b) La presencia de pseudomembranas es patognomónica de la infección por *Clostridium difficile*.
- c) El diagnóstico de colitis colágena se basa en el incremento del grosor de la membrana subepitelial, que debe ser superior a 10 micras.
- d) No se sustenta el diagnóstico de colitis linfocítica si no hay signos de daño en el epitelio de superficie con linfocitosis intraepitelial.
- e) La presencia de alteraciones superficiales de la mucosa en forma de hemorragia, necrosis o hialinización de la lámina propia hablan a favor del diagnóstico de colitis isquémica.

10.- Identifica la premisa CIERTA:

- a) El mejor criterio diagnóstico de colitis por diversión es conocer que las muestras provienen de un segmento de intestino excluido.
- b) La colitis diverticular sólo aparece cuando hay complicaciones diverticulares.
- c) En el diagnóstico diferencial entre colitis quística profunda y adenocarcinoma infiltrante las tinciones de tricrómico no son de utilidad.
- d) La colitis ulcerosa es una enfermedad que sólo afecta al colon.
- e) La displasia asociada a enfermedad inflamatoria intestinal debe tratarse de forma agresiva.

11.- En relación al adenoma quístico pancreático, ¿qué no es cierto?

- a) Se observa con más frecuencia en mujeres.
- b) Suelen ser lesiones únicas, localizadas en la cabeza del páncreas.
- c) Al corte, suele haber en la porción central de la lesión un área cicatricial estrellada.
- d) La tinción de PAS es de utilidad para identificar la presencia de glucógeno en los citoplasmas de las células que tapizan los quistes.
- e) Se ha descrito recientemente una variante sólida de este tumor.

12.- Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- a) La neoplasia mucinosa papilar intraductal se caracteriza por proyecciones papilares que protuyen en el interior de los ductos principales pancreáticos.
- b) Con frecuencia son lesiones multifocales y los ductos afectados suelen estar distendidos y llenos de un material viscoso.
- c) Las proyecciones papilares están constituidas exclusivamente por epitelio de tipo intestinal que suele presentar displasia de alto grado.
- d) Las lesiones pueden ser benignas, de malignidad *borderline* o malignas, con carcinoma invasivo o no invasivo.
- e) El carcinoma coloide, que con frecuencia se asocia a este tipo de lesiones, tiene peor pronóstico.

13.- En la neoplasia pancreática mucinosa quística, cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

- a) Es más frecuente en mujeres.
- b) La colangiografía endoscópica retrógrada es una exploración clave para mostrar la comunicación existente entre la lesión quística y el ducto principal pancreático.
- c) La lesión se compone de dos componentes histológicos: un epitelio mucosecretor que reviste los quistes y un estroma densamente celular de tipo ovárico.
- d) El componente estromal es vimentina y actina músculo específica positivo pero no presenta inmunoreactividad para receptores de estrógeno ni de progesterona.
- e) El pronóstico de estas lesiones, con independencia del grado histológico, es siempre bueno.

14.- Identifica la afirmación FALSA en relación a las neoplasias sólidas pseudopapilares:

- a) Son lesiones que típicamente se diagnostican en mujeres adolescentes y adultas jóvenes.
- b) Microscópicamente, están compuestas por una proliferación celular monomorfa que forma estructuras pseudopapilares y un grado variable de esclerosis.
- c) Las células neoplásicas suelen tener un citoplasma eosinófilo aunque se han descrito lesiones con células vacuoladas.
- d) El perfil inmunohistoquímico de las células tumorales es: a1-antitripsina, a1-antiquimotripsina, vimentina, enolasa neural específica y receptores de progesterona positivos.
- e) El pronóstico es bueno sólo si la lesión está limitada al páncreas y no hay diseminación hepática o peritoneal.