

EXAMEN ASIGNATURA 4

1. Durante el procedimiento *ROSE* el patólogo nos dice en el primer pase: "la lesión parece un linfoma". ¿Cuál sería el siguiente paso?
- Detenemos el procedimiento porque si se sospecha linfoma debemos enviar una interconsulta con cirugía para hacer una biopsia escisional de un ganglio patológico.
 - Si el estado del paciente lo permite, debemos hacer un segundo o tercer pase para obtener bloque celular para estudios complementarios.
 - El patólogo nos dirá que necesita pases adicionales para tener material para estudio inmunohistoquímico, reordenamiento TCR y/o IGH y/o citometría de flujo.
 - El patólogo nos dirá que con lo que tiene es suficiente para diagnosticar el proceso.
 - Las opciones b y c son correctas.

Respuesta correcta: e

2. Diga la respuesta FALSA respecto a las siguientes consideraciones:
- El patólogo no puede distinguir entre una neoplasia mucinosa y un TPML por las características citológicas, por lo que el diagnóstico será por lo general de "neoplasia mucinosa" con un comentario adicional.
 - Se podría predecir la evolución de algunos TPML a displasia de alto grado con estudio mutacional de GNAS.
 - Es imposible distinguir un pseudoquiste pancreático de un cistoadenoma seroso dado que ambas son lesiones epiteliales.
 - El *ROSE* nos permite administrar el material obtenido por EUS-PAAF para obtener la máxima rentabilidad del método (mejor sensibilidad y especificidad global) y exactitud diagnóstica.
 - En el carcinoma de pulmón es importante caracterizar el subtipo celular dado que el adenocarcinoma necesita de más material para estudios adicionales moleculares (EGFR, ALK, KRAS, ROS1) por lo que el patólogo nos pedirá al menos dos pases de la lesión.

Respuesta correcta: c

3. ¿Cuál de las siguientes sería una buena técnica para realizar punción de una adenopatía mediastínica de 3cm?
- Punción con aguja PAAF de 22G y succión con técnica "slow-pull"
 - Punción con aguja "Procore" de 19G.
 - Punción con aguja "Shark-Core" de 22G.
 - Punción con aguja PAAF de 25G y succión convencional.
 - Cualquiera de las anteriores.

Respuesta: e.

4. Respecto a las complicaciones de la USE-PAAF, ¿cuál de los siguientes comentarios es cierto?
- a. La complicación tras la punción de lesiones sólidas es más frecuente que tras la punción de lesiones quísticas.
 - b. La siembra peritoneal es una complicación frecuente.
 - c. Para evitar las complicaciones hemorrágicas se deben suspender los tratamientos con aspirina antes de la USE-PAAF.
 - d. La pancreatitis aguda tras USE-PAAF es más frecuente en pacientes con pancreatitis aguda reciente.
 - e. La infección tras USE-PAAF de lesiones sólidas se debe prevenir con antibióticos previo a la punción.

Respuesta: d.

5. A la hora de realizar una PAAF durante una exploración de un carcinoma esofágico ¿qué se plantearía?
- a) Puncionaría adenopatías próximas a la lesión atravesando el tumor primario.
 - b) Puncionaría aquellas lesiones que vayan a modificar la actitud terapéutica o que su positividad tenga un importante significado pronóstico.
 - c) Puncionaría según una secuencia centrífuga, para evitar siembra y falsos positivos.
 - d) Nunca se debe realizar punción de adenopatías en el carcinoma de esófago
 - e) Todas son falsas.

Respuesta correcta: b

6. Un paciente de 34 años, asintomático, es remitido para la realización de una USE tras la detección de adenopatías hiliares y mediastínicas, identificadas en un TAC torácico, sin otras alteraciones. En este momento:
- a) Dado que el paciente está asintomático y es joven, realmente no le realizaría la USE y remitiría al paciente a seguimiento.
 - b) El paciente debe tener una enfermedad benigna, de manera que la mejor estrategia para alcanzar el diagnóstico es mediante la realización de una USE-BAAF
 - c) Si en la evaluación morfológica mediante USE no se identifican datos de malignidad, la PAAF no es necesaria.
 - d) Debemos mandar al paciente directamente a realizar una mediastinoscopia de las adenopatías. Mediante la USE-PAAF solo podremos obtener muestras para estudio citológico
 - e) Ninguna de las anteriores es correcta

Respuesta correcta: c

7. Paciente con lesión subepitelial de capa muscular propia de esófago medio, hipoecoica, de 8 mm de diámetro máximo: Señale la opción verdadera respecto a su correcto manejo mediante ecoendoscopia:

- a) Resulta imprescindible realizar estudio cito-histológico por el elevado riesgo de malignidad potencial.
- b) Dado que la primera opción diagnóstica es un GIST, sería recomendable la utilización de aguja histológica o técnica incisional para optimizar la caracterización histológica.
- c) La potencial malignidad de la lesión es muy baja.
- d) Probablemente corresponda con un tumor de células granulares y estaría indicada su extirpación endoscópica.

Respuesta correcta: c

8. Acerca de las lesiones quísticas de páncreas...

- a) Las lesiones quísticas menores de 2 cm sin datos de alarma pueden ser incluidas en protocolo de seguimiento
- b) Todas las lesiones quísticas deben ser sometidas a punción-biopsia guiada por ecoendoscopia
- c) La eficacia diagnóstica de la USE-PAAF es superior a las de las lesiones sólidas de páncreas.
- d) El riesgo de complicaciones de la USE-PAAF en las lesiones quísticas pancreáticas es menor al de otro tipo de lesiones.
- e) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta

Respuesta correcta: a

9- Tras la punción de una lesión quística, ¿cuál es el marcador que debemos pedir predominantemente si tuviéramos que elegir?:

- a. Lipasa
- b. Kras
- c. Gnas
- d. CEA
- e. Ca 153

Respuesta correcta: d

10- Con respecto a la punción de lesiones pancreáticas, ¿cuál es falsa?:

- a. La técnica de Fanning incrementa el rendimiento diagnóstico.
- b. Siempre se debe aplicar succión independientemente del tipo de lesión.
- c. La presencia de patólogo en sala (ROSE) mejora los resultados de la punción.
- d. Los tumores neuroendocrinos son hipervasculares por lo que se debe tener en cuenta a la hora de elegir el tipo de aguja y la técnica de punción.
- e. Las lesiones quísticas tienen mayor riesgo de complicación tras la punción.

Respuesta correcta: b

11. Señales la opción falsa con respecto a las técnicas de biopsia incisional (“key-hole” y SINK) de las lesiones subepiteliales:

- a) Se debe de evitar su uso cuando el crecimiento intraluminal de la lesión es muy pequeño.
- b) Son técnicas muy seguras, aunque resulta imprescindible la ecoendoscopia previa para caracterizar la lesión
- c) Suponen una alternativa de alto rendimiento diagnóstico cuando el estudio inmunohistoquímico resulta necesario.
- d) Constituyen una técnica casi imprescindible para el diagnóstico de seguridad de lesiones subepiteliales hiperecogénicas de patrón “brillante” de 3ª capa.
- e) Son técnicas que permiten diagnosticar lesiones subepiteliales localizadas en la capa muscular.

Respuesta correcta: d

12. Entre las posibles indicaciones de la punción guiada por ecoendoscopia en el carcinoma gástrico no se encuentra:

- a) Confirmación de enfermedad metastásica en lóbulo hepático izquierdo en paciente con adenocarcinoma gástrico en curvatura mayor.
- b) Confirmación de enfermedad metastásica ganglionar ante una adenopatía mediastínica sospechosa en tumor gástrico antral.
- c) Estudio de pliegues gástricos engrosados con sospecha de malignidad y biopsias endoscópicas negativas
- d) Confirmación de carcinomatosis en paciente con cáncer gástrico y ascitis
- e) Punción de adenopatía sospechosa perigástrica en la región del ligamento gastrohepático en adenocarcinoma gástrico subcardial con datos de infiltración transmural

Respuesta correcta: e

13. Indique cuál de las siguientes técnicas complementarias anatomopatológicas puede emplearse tras la punción guiada por ecoendoscopia de una adenopatía en paciente con sospecha de proceso linfoproliferativo extraintestinal:

- a) Citometría de flujo
- b) Técnicas de inmunohistoquímica
- c) Estudios citogenéticos (FISH)
- d) Test de reacción en cadena de polimerasa para determinación de mutaciones
- e) Todas las anteriores son correctas

Respuesta correcta: e

14. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

- a) La punción aspirativa guiada por ecoendoscopia con agujas de histología puede resultar útil en el diagnóstico de linitis plástica
- b) El estudio morfológico citogenético de la muestra obtenida mediante USE-PAAF asociado a técnicas complementarias anatomopatológicas permite diagnosticar determinados tipos de linfomas.
- c) La USE-PAAF puede emplearse en el diagnóstico de la recidiva extraluminal postquirúrgica del cáncer gástrico.
- d) La USE-PAAF es una técnica empleada con frecuencia en la estadificación del linfoma MALT gástrico.
- e) El estudio mediante ultrasonografía endoscópica de pliegues gástricos engrosados en patología maligna suele demostrar engrosamiento de las capas profundas de la pared (submucosa y muscular)

Respuesta correcta: d

15. Respecto a la USE-PAAF en el carcinoma de vesícula:

- a) Se debe de evitar por el elevado riesgo de perforación.
- b) La punción en abanico ("fanning") es obligada para aumentar el rendimiento diagnóstico.
- c) Facilita la estadificación loco-regional ("N") mediante la punción de adenopatías próximas.
- d) Todas son ciertas
- e) Son ciertas a y b

Respuesta correcta: c

16. Respecto a la ecoendoscopia de la vía biliar y vesícula:

- a) La punción por ecoendoscopia de la pared vesicular cuando existe un engrosamiento mural difuso de origen incierto, es una opción técnicamente factible que puede orientar el manejo terapéutico posterior.
- b) La ecoendoscopia es poco sensible para la caracterización detallada de los pólipos vesiculares.
- c) El rendimiento de la PAAF en el colangiocarcinoma es superior cuando la afectación es proximal (hiliar) que cuando es distal.
- d) La sensibilidad de la ecoendoscopia en el estadiaje locoregional del cáncer de vesícula es netamente inferior a la del TC multidetector.
- e) Todas son falsas.

Respuesta correcta: a

17.- Indique la respuesta correcta:

- a) El drenaje por ecoendoscopia de la vesícula en la colecistitis aguda puede ser tan eficaz y seguro como el percutáneo
- b) La ecoendoscopia es poco sensible para la caracterización de los pólipos vesiculares
- c) El rendimiento de la PAAF en el colangiocarcinoma es superior cuando la afectación es proximal (hiliar) que cuando es distal

- d) La sensibilidad de la ecoendoscopia en el estadiaje del cáncer de vesícula es netamente inferior a la del TC multidetector
- e) Todas son falsas

Respuesta correcta: a

18.- En la estadificación por ecoendoscopia del cáncer de recto:

- a) El re-estadiaje post neoadyuvancia tiene escaso valor
- b) Tiene mayor precisión diagnóstica en estadios avanzados (T3-T4)
- c) No es una técnica adecuada para la valoración completa del margen de resección circunferencial (MRC)
- d) La PAAF de adenopatías no es imprescindible al diagnóstico
- e) Todas son ciertas

Respuesta correcta: e

19.- Señale la proposición falsa respecto al cáncer de recto:

- a) La USE es superior a la RMN en la detección de recidivas
- b) La especificidad de la PAAF en el diagnóstico de la recurrencia es próxima al 100%
- c) Las metástasis murales en el recto son excepcionales
- d) La PAAF desde sigma debe evitar la técnica de "fanning"
- e) La USE es especialmente sensible en la estadificación de estadios precoces

Respuesta correcta: e

20.-Respecto a la ecoendoscopia en el diagnóstico de la endometriosis rectosigmoidea, señale la opción verdadera:

- a) Se debe de evitar la PAAF por el riesgo de diseminación
- b) Se detecta con mayor frecuencia afectando a capas externas (muscular y serosa)
- c) Se trata de una localización excepcional en la endometriosis intestinal
- d) Adopta un patrón USE pseudotumoral en el 95% de los casos
- e) Todas son correctas

Respuesta correcta: b