

OSAKIDETZA

2008ko abenduaren 9ko
4253/2008 Erabakiaren bidez,
egindako Oposaketa-Lehiaketarako
deia (EHAA 9 Zkia. 2009ko
urtarrilaren 14koa)

Concurso-Oposición convocado
por Resolución nº 4253/2008 de 9 de
diciembre de 2008 (B.O.P.V. Nº 9 de
14 de enero de 2009)

**KATEGORIA: FAK. ESP. HEMATOLOGIA ETA
HEMOTERAPIAKO MEDIKUA**

**CATEGORÍA: FAC. ESP. MEDICO HEMATOLOGIA Y
HEMOTERAPIA**

**Proba eguna / Fecha prueba:
2009ko urriaren 17 / 17 de octubre de 2009**

1. ariketa / 1º ejercicio.

1 - ¿Cual de las siguientes afirmaciones respecto a la anemia diseritropoyética congénita NO es cierta?.

- a) La anemia diseritropoyética congénita tipo I se hereda de forma autosómica recesiva.
- b) En la tipo II se observa lisis con suero acidificado normal pero no con el suero del propio paciente.
- c) En el tipo III el defecto genético se localiza en el brazo largo del cromosoma 15.
- d) En el tipo II se observa gigantismo celular con multinuclearidad.

2 - Si una persona presenta 4 % de blastos en sangre periférica, con 6 % de blastos en médula ósea, Bastones de Auer y menos de 500 monocitos en sangre periférica, estamos ante:

- a) AREB-1
- b) LMMC-1
- c) AREB-2
- d) LMMC-2

3 - Especificar cual de las siguientes asociaciones NO es correcta

- a) Condensación cromatínica anómala y 17 p-
- b) Diseritropoyesis intensa y del (20 q)
- c) Displasia megacariocítica y 3q 26
- d) Megacariocitos mono o bilobulados y 5 q –

4 - Es cierto de la policitemia vera:

- a) Se observan valores elevados de Bcl-x_L
- b) Se observan valores elevados de c-Mpl.
- c) El potencial proliferativo afecta a los progenitores de los granulocitos, plaquetas, hematíes y linfocitos T.
- d) Disminuye la cantidad de RNAm del gen PRV-1

5 - Es falso que:

- a) En la anemia por procesos inflamatorios crónicos disminuye la síntesis de hepcidina, disminuyendo la absorción intestinal de hierro.
- b) En la anemia ferropénica aumentan los receptores solubles de transferrina (R-tf).
- c) En la anemia ferropénica aumenta el compuesto cinc-protoporfirina (ZPP) eritrocitaria.
- d) El compuesto cinc-protoporfirina (ZPP) puede aumentar en talasemias, hepatopatías y neoplasias.

6 - Cual es falsa en la hemocromatosis hereditaria:

- a) La astenia crónica aparece en el 10 % y siempre mejora con el tratamiento
- b) El dolor abdominal es de tipo cólico.
- c) La articulación más frecuentemente afectada es la primera metacarpofalángica.
- d) Mayor probabilidad de infecciones por algunos patógenos como Vibrio spp, Listeria spp, y Yersinia spp.

7- Cual es verdadero respecto a la electroforesis de Hemoglobina en acetato de celulosa a pH 8.9:

- a) La Hemoglobina M presenta una migración similar a la Hemoglobina A.
- b) La Hemoglobina S es una variante rápida.
- c) La Hemoglobina J es una variante lenta.
- d) La Hemoglobina Lepore es una variante rápida.

8 - Los criterios diagnósticos de la Policitemia Vera según la OMS (2001) no incluyen:

- a) Crecimiento endógeno in vitro de colonias eritroides.
- b) Mutación del gen JAK2.
- c) Eritropoyetina sérica disminuída.
- d) Trombocitosis superior a $400 \times 10^9/L$

9 - ¿Cuál es la manifestación clínica más frecuente al diagnóstico y durante la evolución de un paciente con Trombocitemia Esencial?

- a) Síndrome Coronario Agudo.
- b) Accidente isquémico cerebrovascular.
- c) Eritromelalgia.
- d) Hemorragia digestiva.

10 - El mayor riesgo trombótico en en la Trombocitemia Esencial está fundamentalmente relacionado con:

- a) Recuento plaquetario superior a $1000 \times 10^9/L$.
- b) Alteración de la agregación con adrenalina.
- c) Edad superior a 60 años.
- d) Disminución de la excreción de metabolitos del tromboxano

11- En la mayoría de las leucemias agudas que aparecen en los pacientes tratados con hidroxiurea por trombocitemia esencial, se detecta:

- a) La presencia de deleción del brazo corto del cromosoma 17.
- b) La presencia de deleción del brazo largo del cromosoma 20.
- c) La presencia de trisomía del cromosoma 8.
- d) La presencia de monosomía del cromosoma 7

12-El tratamiento citorreductor en la Trombocitemia Esencial debe mantenerse:

- a) Hasta que el recuento plaquetario sea inferior a $600 \times 10^9/L$.
- b) Hasta que el recuento plaquetario sea inferior a $1000 \times 10^9/L$.
- c) Hasta que el recuento plaquetario sea inferior a $400 \times 10^9/L$.
- d) Hasta que desaparezcan los factores de riesgo vascular.

13 - La Mielofibrosis con Metaplasia Mieloide NO se caracteriza por:

- a) Ser una enfermedad clonal de la célula madre pluripotencial
- b) Presentar hiperplasia y displasia megacariocítica
- c) La liberación intramedular del factor de crecimiento asociado a las plaquetas
- d) Una proliferación fibroblástica clonal de la médula ósea

14 -¿Cuál de las siguientes situaciones NO constituye un factor pronóstico en la Metaplasia Mieloide Agnogénica?

- a) Anemia de 9 g/dL
- b) Patrón histológico medular con osteoesclerosis
- c) Leucopenia menor de $4 \times 10^9/L$
- d) Sintomatología constitucional

15- ¿Cuál de los siguientes factores pronósticos no forma parte del Índice de Sokal en la LMC?

- a) Edad
- b) Tamaño esplénico
- c) Alteraciones citogenéticas adicionales al cromosoma Ph
- d) Trombocitosis superior a $700 \times 10^9/L$

16 -El mecanismo de acción de Imatinib mesilato en la LMC se basa en:

- a) Impide la fosforilación de la proteína tirosincinasa
- b) Induce la pérdida de actividad tirosincinasa
- c) Induce la apoptosis de las células leucémicas
- d) Todas las anteriores

17- En la anemia megaloblástica, es falso:

- a) En fases avanzadas puede dar glositis de Hunter.
- b) La macroovalocitosis y la presencia de pleocariocitos son los dos criterios de sangre periférica más sugestivos de megaloblastosis medular.
- c) En la médula ósea se observa megaloblastosis de precursores eritroides con llamativo predominio de megaloblastos ortocromáticos.
- d) En la médula ósea puede observarse hiperplasia megacariocítica.

18- Cual de las siguientes membranopatias no pertenece a los síndromes estomatocíticos:

- a) Pseudohiperpotasemia familiar.
- b) Hidrocitosis congénita.
- c) Fenotipo McLeod.
- d) Síndrome Rh nulo.

19- Respecto a la Hemoglobinuria Paroxística Nocturna, señale la incorrecta:

- a) La citometría de flujo es un método fiable para su diagnóstico.
- b) Se observa descenso de acetilcolinesterasa eritrocitaria.
- c) Se observa hemólisis frente a suero acidificado del propio paciente y frente a un suero normal homólogo acidificado.
- d) Se observa aumento de Fosfatasa Alcalina Granulocitaria (FAG), salvo en los casos de aplasia-hipoplasia medular.

20- Respecto a la hemólisis es FALSO:

- a) El descenso de haptoglobina plasmática suele durar 48 horas.
- b) La hemopexina plasmática presenta valores mucho más variables que la haptoglobina,
- c) En la hemólisis el valor de la vida media eritrocitaria (^{51}Cr T/2) es de aproximadamente 25-32 días.
- d) En la hemólisis periférica se observa un aumento predominante de la fracción LDH-2.

21- Con respecto a la anemia de Fanconi, es cierto:

- a) Se hereda de modo autosómico dominante.
- b) No hay aumento de roturas cromosómicas espontáneas , pero aumentan al añadir al cultivo diepoxibutano (DEB) o mitomicina
- c) No existen casos de anemia de Falconi sin malformaciones congénitas.
- d) En algunos pacientes la mutación afecta al cromosoma 9 y en otros al 20.

22-El mecanismo molecular más frecuente en la esferocitosis hereditaria es:

- a) Déficit de banda 3.
- b) Déficit de beta-espectrina.
- c) Déficit de alfa-espectrina.
- d) Ninguna de las anteriores.

23-La presencia de codocitos y excentrocitos en sangre periférica junto con una concentración de hemoglobina corpuscular media muy elevada y fragilidad osmótica disminuida, es sugestiva de:

- a) Esferocitosis hereditaria.
- b) Piropoiquilocitosis congénita.
- c) Hidrocitosis congénita
- d) Xerocitosis congénita.

24-Cual de las siguientes NO es una manifestación de la fase crónica de la anemia falciforme:

- a) Retinopatía.
- b) Insuficiencia suprarrenal.
- c) Cirrosis difusa nodular.
- d) Úlceras maleolares.

25-Qué mecanismo desencadenante de anemia hemolítica inmunomedicamentosa sospecharíamos ante la presencia de Coombs Directo (+) con especificidad IgG asociado a Coombs Indirecto (-):

- a) Neoantígeno.
- b) Autoinmune.
- c) Hapteno.
- d) Ninguno de las anteriores.

26-Las anormalidades citogenéticas observadas en el cariotipo de pacientes adultos con leucemias agudas mieloides es uno de los indicadores que mayor peso pronóstico tiene. ¿Qué grupo de investigación consolidó su uso para la práctica clínica?:

- a) Medical Research Council, británico (MRC)
- b) Southwest Oncology Group, americano (SWOG)
- c) Eastern Cooperative Oncology Group, americano (ECOG)
- d) European Organisation for Research and Treatment of Cancer, europeo (EORTC)

27-En las nuevas guías para el diagnóstico y tratamiento de la Leucemia Linfoide Crónica del IWCLL de 2.008 para el diagnóstico de una Leucemia Linfoide Crónica se requiere:

- a) Presencia en sangre periférica de al menos 5.10×9 linfocitos/L (5.000 linfocitos/mm³).
- b) Presencia en sangre periférica de al menos 5.10×9 linfocitos B/L (5.000 linfocitos B/mm³). La clonalidad se debe confirmar.
- c) Independientemente de la cifra, cualquier presencia de linfocitos B monoclonales en sangre periférica es diagnóstica de LLC.
- d) Solo se puede hacer el diagnóstico de Leucemia Linfoide Crónica ni hay más del 30% de linfocitos de morfología característica en el aspirado de Médula Ósea.

28-Todas EXCEPTO una son anormalidades citogenéticas de riesgo desfavorable en la leucemia aguda linfoblástica B pediátrica:

- a) t(9:22)
- b) trisomías del 4 o 17
- c) t(1;19)
- d) t(4;11)

29-Cual de estas técnicas se puede utilizar para el estudio de enfermedad mínima residual en la Leucemia Linfoide Crónica con una sensibilidad aproximada de una célula de LLC por cada 10.000 leucocitos:

- a) Citometría de flujo de 4 colores.
- b) PCR de oligonucleótidos alelo específico (ASO-PCR).
- c) Cualquiera de los 2 técnicas.
- d) Ninguna de ellas alcanza esa especificidad.

30- Es correcto que:

- a) El CD10 se expresa en leucemias agudas de precursores T
- b) El CD34 se expresa en el 80% de leucemias de precursores B
- c) El HLA-DR se expresa en la mayoría de leucemias agudas
- d) Todas son correctas

31-En los 3 estudios multicéntricos, comparativos, actualizados de tratamiento de Leucemia Linfoide Crónica, la combinación Fludarabina-Ciclofosfamida ha demostrado mejoría estadísticamente significativa frente a Fludarabina en:

- a) Obtención de remisión completa.
- b) Obtención de remisión completa y mejoría de supervivencia libre de progresión.
- c) Obtención de remisión completa, mejoría de supervivencia libre de progresión. y mejoría de supervivencia global.
- d) Ninguna de ellas.

32-En la leucemia aguda linfoblástica del adulto:

- a) Se observa la t(9;22) en aproximadamente la mitad de los casos
- b) Presenta una supervivencia prolongada inferior al 20%
- c) La persistencia de blastos en el día +7 post-inducción refleja resistencia a esteroides
- d) El nivel de sensibilidad de la citometría de flujo para la detección de enfermedad mínima residual es de una célula blástica por 10^6 células normales

33-Cuales son las recomendaciones del EBMT en su consenso del 2.007 para indicación de trasplante alogénico en la Leucemia Linfoide Crónica:

- a) No respuesta o recidiva en un tiempo inferior a 12 meses tras tratamiento con análogos de la purinas.
- b) Recidiva en un tiempo inferior a 24 meses tras autotrasplante de células medulares.
- c) LLC con deleción 17p13 ó p53 del/mut que requiera tratamiento.
- d) Cualquiera de las anteriores.

34-En cuanto al tratamiento de la leucemia aguda mieloide:

- a) Se estima que la remisión completa se alcanza cuando se han reducido 2 logaritmos la masa celular leucémica inicial
- b) La persistencia de anomalías citogenéticas y/o moleculares excluye el criterio de remisión completa
- c) El uso de factores de crecimiento granulopoyético en el tratamiento de inducción no aporta beneficio antiinfeccioso ni antitumoral
- d) El trasplante alogénico es el mejor tratamiento de intensificación

35-Según la nueva clasificación WHO, en el diagnóstico de citopenia refractaria con displasia multilinea, cual de estos datos NO es necesario:

- a) Displasia igual ó superior al 10% de las células de 2 ó más líneas medulares.
- b) Sideroblastos en anillo inferiores al 15%
- c) No presencia de bastones de Auer
- d) Blastos inferiores al 5%

36-Son todos linfomas clasificados por la WHO dentro de las neoplasias maduras de células T o NK, EXCEPTO:

- a) Linfoma anaplásico de células grandes
- b) Linfoma de Lennert (linfoepiteliode)
- c) Granulomatosis linfomatoide
- d) Papulomatosis linfomatoide

37-Un síndrome mielodisplásico con las siguientes características:

Blastos medulares : 10%

Cariotipo complejo con del7q

Hemoglobina de 9 gr/dl con cifras de neutrófilos y plaquetas normales.

¿Cuál sería su score pronóstico según el IPSS?

- a) Score 2
- b) Score 1,5
- c) Score 1
- d) Score 0,5

38-¿Cual de estas asociaciones es INCORRECTA?

- a) Linfoma plasmablastico y secuencias de virus de Epstein-Barr
- b) Linfoma asociado a tejido linfoide de mucosas y bcl-10
- c) Linfoma de Burkitt y bcl-2
- d) Linfoma folicular y bcl-6

39-En la leucemia aguda no linfoblástica con cariotipo normal cual de las siguientes alteraciones genéticas NO es de mal pronóstico:

- a) Mutación CEBPA
- b) Mutación NPM1
- c) Mutación FLT3-ITD
- d) Las 2 primeras

40-Un varón de 65 años, diagnosticado de linfoma folicular grado 1, FLIPI 2, tiene una probabilidad de supervivencia global estimada a 10 años de:

- a) 90%
- b) 75%
- c) 50%
- d) 35%

41-Cual es el tipo de patología de origen mieloide que aparece con más frecuencia relacionado con el síndrome de Down.

- a) Leucemia aguda megacarioblástica.
- b) Leucemia aguda con componente monoblastico (M4 y/o M5)
- c) Leucemia aguda mieloblástica tipo M1 y/o M2
- d) Síndrome mieloproliferativo crónico Phi (-)

42-Elija de entre los siguientes el fenotipo inmunológico esperable en el linfoma nodal de la zona marginal B:

- a) CD5+, CD19+, CD10-
- b) CD5-, CD19+, CD10+
- c) CD5-, CD19+, CD10-
- d) Ninguno de los anteriores

43-Las neoplasias blásticas de células dendríticas plasmocitoides:

- a) Afectan a médula ósea y piel, pero nunca a ganglios linfáticos
- b) Expresan los Ag: CD4, CD123, CD45RA, CD56.
- c) Tienen el receptor de células T reordenado.
- d) Si afectan de inicio a piel, y son tratadas con quimioterapia, tienen muy buen pronóstico.

44-En el linfoma T periférico no especificado es típica la pérdida de uno de los antígenos pan-T. ¿Cuál es el que más frecuentemente está ausente?

- a) CD2
- b) CD3
- c) CD5
- d) CD7

45-Cual de estas entidades NO es CD4 positiva:

- a) Leucemia prolinfocítica crónica.
- b) Linfoma de células T asociado a enteropatía
- c) Linfoma cutáneo primario CD30 positivo.
- d) Linfadenopatía angioinmunoblástica.

46-La t(2;5) y la expresión ALK están AUSENTES en el linfoma anaplásico T de célula grande:

- a) Sistémico infantil
- b) Sistémico en varones ancianos
- c) Cutáneo
- d) B y C son correctas

47-El linfoma difuso de célula grande B cerebral:

- a) La localización más frecuente es infratentorial
- b) Es excepcional que las lesiones sean múltiples
- c) Las leptomeninges están infiltradas en el diagnóstico en más de un tercio de los casos.
- d) Todas son falsas.

48-El linfoma de célula T/NK extranodal tipo nasal se ha relacionado con el virus

- a) HHV-8
- b) HHV-6
- c) EBV
- d) A y C son correctas

49-El linfoma de célula grande B, ALK positivo:

- a) Es fundamentalmente extranodal
- b) Se presenta habitualmente en estadios localizados
- c) Habitualmente es CD20 negativo y por tanto no sensible a rituximab
- d) Se asocia muy frecuentemente a t(2;5)

50-Qué factor de riesgo pronóstico NO es considerado por el EORTC/GELA en los estadios localizados de la enfermedad de Hodgkin:

- a) Masa voluminosa mediastínica
- b) Elevación de la VSG \geq a 50 sin síntomas B y \geq a 30 con síntomas B
- c) Enfermedad extranodal
- d) Todos ellos son correctos

51-¿En que enfermedad de cadenas pesadas se observa una infiltración de células linfoplasmocitarias en la medula ósea?

- a) Enfermedad de Franklin
- b) Enfermedad de Seligmann
- c) Enfermedad de Forte
- d) Enfermedad de Vilpo

52-En la Enfermedad de Waldeström puede aparecer:

- a) Anemia
- b) Bence-Jones en orina
- c) Síndrome de Bing-Neel
- d) Todas son ciertas

53-El riñón de mieloma se produce por:

- a) Hipercalcemia
- b) Deshidratación
- c) Depósito de cilindros compuestos por cadenas ligeras en los túbulos distales y colectores
- d) Depósito de cilindros compuestos por cadenas ligeras en el glomérulo renal

54-La leucemia de células plasmáticas se caracteriza por presentar en sangre periférica:

- a) Más de $4 \times 10^9/L$ de células plasmáticas
- b) Más de $3 \times 10^9/L$ de células plasmáticas
- c) Más de $2 \times 10^9/L$ de células plasmáticas
- d) Más de $1 \times 10^9/L$ de células plasmáticas

55-Un paciente que presenta: IgG 6gr/dl, creatinina 1.8 calcio 10, lesiones líticas en cráneo, costilla, húmero derecho, radio derecho y escápula ¿En que estadio de la clasificación de Durie y Salomon le incluiríamos?

- a) IB
- b) IIA
- c) IIIA
- d) IIIB

56-En la pseudotrombopenia inmune inducida por el anticoagulante EDTA, la especificidad más frecuente de los anticuerpos es:

- a) Glucoproteína IIb-IIIa
- b) Glucoproteína Ib
- c) Glucoproteína IX
- d) Ninguna de las anteriores

57-En relación con la púrpura trombocitopénica inmune del adulto, ¿Cual de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

- a) Inicio insidioso
- b) Las remisiones espontáneas (< 10 %) son raras.
- c) Predominio masculino
- d) Evolución a cronicidad el 40-50 %

58-En la trombocitopenia amegacariocítica, los niveles de trombopoyetina suelen estar:

- a) Muy elevados
- b) Bajos
- c) Normales
- d) Indetectables.

59-En la trombopenia neonatal aloinmune, la sensibilización viene regulada, en la mayoría de los casos, por el alelo:

- a) RB3'0101
- b) DRB1'0201
- c) DQB1'0103
- d) Ninguno de los anteriores

60-La refractariedad inmune a las transfusiones de plaquetas suele deberse a anticuerpos:

- a) HLA clase I
- b) Ac con especificidad anti-HPA-1b
- c) Ac con especificidad anti-HPA-5b
- d) Ninguna de las anteriores

61-En las trombocitopatías inducidas por fármacos, ¿Cual de los siguientes actúa interfiriendo la unión del factor Von Willebrand con su receptor?:

- a) Miconazol
- b) Beta-lactámicos
- c) Nifedipino
- d) Nitratos

62-En relación con el síndrome de Wiscott-Aldrich, ¿Cual de las siguientes afirmaciones NO es cierta? :

- a) Trombocitopenia con plaquetas pequeñas
- b) Mutaciones en el gen WAS
- c) Herencia autosómica dominante
- d) Todas son ciertas

63-¿En cual de las siguientes trombocitopatías congénitas es más característica la clínica de coagulopatía que la de diátesis hemorrágica?:

- a) Síndrome de Stormorken
- b) Síndrome de las plaquetas viscosas
- c) Síndrome de Hermansky-Pudlak
- d) Síndrome de Scott

64-La hemofilia C hace referencia a la deficiencia del factor de coagulación:

- a) IX
- b) XI
- c) XII
- d) V

65-Niveles descendidos de factor VIII son típicos de la enfermedad de Von Willebrand tipo:

- a) 2M
- b) 2N
- c) 2B
- d) Ninguno de los anteriores

66-En la patogenia de la coagulación intravascular diseminada (CID) desencadenada por sepsis, tiene especial implicación una de las siguientes citocinas:

- a) IL-6
- b) IL-3
- c) TNF- β
- d) VEGF-1

67-¿Cual, entre los siguientes factores de coagulación, tiene una vida media más larga?:

- a) II
- b) VII
- c) XIII
- d) Fibrinógeno

68- Entre las siguientes coagulopatías congénitas, el tiempo de protrombina (TP) y el tiempo parcial de tromboplastina activada (APTT) son normales en:

- a) Déficit de factor XIII
- b) Déficit de α -2-antiplasmina
- c) Todas las anteriores
- d) Ninguna de las anteriores

69- Niveles de factor VIII en plasma entre 0,05-0,40 UI/mL son indicativos de:

- a) Hemofilia grave
- b) Hemofilia moderada
- c) Hemofilia leve
- d) Son normales

70- La dosis de factor IX recomendada para el tratamiento de las hemartrosis leves en la hemofilia B es:

- a) 30-40 UI/kg
- b) 10-30 UI/kg
- c) 60-80 UI/Kg.
- d) 10 UI/Kg.

71-Con respecto a la Lepidurina es FALSO que:

- a) Puede darse con seguridad en pacientes con insuficiencia renal
- b) Es un inhibidor directo de la trombina
- c) Se utiliza en casos de trombopenia inducida por heparina
- d) Desarrolla anticuerpos con mucha frecuencia

72-Entre los efectos adversos de la Heparina se encuentran los siguientes EXCEPTO:

- a) Trombopenia
- b) Osteoporosis
- c) Insuficiencia renal
- d) Elevación de las transaminasas

73-Son causas de trombofilia hereditaria los siguientes factores genéticos EXCEPTO:

- a) Grupo sanguíneo O
- b) Mutación G20210-A del gen de la protrombina
- c) Desfibrinogenemia
- d) Mutación C46T del gen del factor XII

74-Con respecto al déficit de Proteína C es cierto que:

- a) Cursa con un alargamiento del TTPA en su estado homocigoto
- b) Se transmite con carácter autosómico recesivo
- c) Presenta una mayor prevalencia de trombosis en los senos venosos intracraneales
- d) Es la responsable de la aparición de la purpura fulminans neonatal

75-Es FALSO que:

- a) El TAC helicoidal no es válido para el diagnóstico de la Embolia Pulmonar
- b) La principal causa de trombosis de la vena renal es la presencia de un síndrome nefrótico
- c) El riesgo más importante en el neonato de sufrir una trombosis es el uso de catéteres
- d) El uso de Tamoxifeno está asociado a una mayor incidencia de episodios trombóticos

76-La prueba de antiglobulina indirecta:

- a) Se realiza para determinación de grupo ABO en placa
- b) Detecta la presencia de anticuerpos ligados “in vivo” a los hematíes en la circulación del paciente
- c) Se utiliza para investigar anticuerpos irregulares antieritrocitarios
- d) Para realizarla se utilizan hematíes del paciente

77-Los anticuerpos anti G:

- a) Reaccionan tanto con los eritrocitos que expresen el antígeno D, como los que expresen el antígeno C
- b) Reaccionan con eritrocitos que carezcan de antígenos D y C
- c) No producen Enfermedad Hemolítica del recién nacido
- d) Todas son verdaderas

78-El tratamiento de los eritrocitos con enzimas proteolíticas antes de su uso en investigación de anticuerpos irregulares, puede potenciar la reactividad de los anticuerpos del sistema.

- a) MNS
- b) Duffy
- c) Lewis
- d) Todos los anticuerpos antieritrocitarios se potencian tras el tratamiento enzimático

79-Si en las pruebas cruzadas mayores de compatibilidad (PCMC), se omite la fase de antiglobulina, ¿Qué anticuerpo antieritrocitario tiene mayor probabilidad de NO detectarse?:

- a) Anti K
- b) Anti A
- c) Anti N
- d) Anti P₁

80-Ante una petición de hemoterapia de extrema urgencia, (sin tiempo para realizar pruebas de compatibilidad), ¿Cuál de los siguientes hematíes está más indicado?

- a) O Rh D- k-
- b) O Rh D- K-
- c) O Rh D- K^b-
- d) O RH - Fy^b -

81-La lesión pulmonar aguda asociada a transfusión (LPAT o TRALI) se puede producir entre otras causas por:

- a) Linfocitos T inmunocompetentes presentes en la unidad a transfundir
- b) Hipervolemia
- c) Déficit de IgA
- d) Transferencia pasiva de anticuerpos antigranulocitarios del donante al receptor.

82-Entre los siguientes mecanismos implicados en la aparición de reacciones post - transfusionales inmunológicas retardadas, señale el que es capaz de provocarla en porcentaje mayor al 5%

- a) Aloimmunización a antígenos eritrocitarios
- b) Aloimmunización a antígenos HLA
- c) Respuesta anamnésica a los antígenos de las células eritrocitarias
- d) Enfermedad injerto contra huésped transfusional

83-En una transfusión masiva a un receptor AB RhD +, si no se dispone de hematíes isogrupo, ¿Qué está más indicado como primera opción?:

- a) Hematíes O
- b) Hematíes A
- c) Hematíes B
- d) Todos son válidos

84-¿En cual de las siguientes situaciones NO está indicada la administración de Ig anti Rh, en el post-parto inmediato?

(Ninguna mujer ha recibido inmunoglobulina anti Rh durante el embarazo)

MADRE:

- a) Rh D -, D débil negativo,
No anticuerpos detectados en suero
- b) Rh D-, D débil negativo
Anticuerpo detectado: anti E en suero
- c) Rh D-, D débil negativo
Anticuerpos detectados (Anti D+ Anti C)
en suero.
- d) Rh D -, D débil negativo
Anticuerpo detectado: Anti C en suero

RECIEN NACIDO:

- Rh D+, Test de Coombs directo +
- Rh D+, Test de Coombs directo +
- Rh D+, Test de Coombs directo +
- Rh D +, Test de Coombs Directo +

85-Cuál de las siguientes listas de anticuerpos, reaccionan mejor a temperatura inferior a 37°C

- a) Anti A, Anti P₁, Anti Le^a, Anti M
- b) Anti B, Anti K, Anti I, Anti Fy^a
- c) Anti H, Anti S, Anti Le^b, Anti Jk^a
- d) Anti H, Anti K, Anti Jk^a, Anti A

86-El “screening” de Anticuerpos irregulares y las pruebas cruzadas mayores de compatibilidad de un paciente, son positivas con 4 donantes distintos. El autocontrol es negativo. ¿Qué anticuerpo tiene más probabilidad de estar presente?

- a) Anti H
- b) Anti S
- c) Anti Js^a
- d) Anti k

87-Paciente que presenta reacción transfusional, Test de Coombs directo: Positivo y “screening” de Anticuerpos irregulares negativo. El autocontrol es negativo, ¿Qué procedimiento iniciaríamos para investigar qué anticuerpo es el responsable de la reacción transfusional?

- a) Absorción
- b) Dilución del suero del receptor
- c) Elución
- d) Todos son válidos

88-¿Qué está indicado transfundir en pacientes con anticuerpos Anti IgA?

- a) Sangre total.
- b) Concentrados de hematíes leucorreducidos
- c) Concentrados de hematíes irradiados
- d) Concentrados de hematíes leucorreducidos y lavados

89-En el tratamiento de Acondicionamiento del trasplante alogénico en la Leucemia aguda mieloide, el aumento de dosis de la radioterapia corporal total:

- a) Disminuye el riesgo de recidiva.
- b) Aumenta la mortalidad relacionada con el trasplante.
- c) Los resultados de los estudios no son concluyentes.
- d) A y B son correctas.

90-La disminución de la mortalidad tóxica en los trasplantes alogénicos se ha debido sobretudo a:

- a) La mejoría de los resultados terapéuticos de la enfermedad injerto contra huésped aguda.
- b) La mejoría en los métodos de profilaxis de la enfermedad injerto contra huésped aguda desarrollados en los últimos tres años.
- c) El tratamiento anticipatorio de la enfermedad por citomegalovirus.
- d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

91-En un caso de leucemia aguda mieloide en primera remisión completa antes de proceder al trasplante:

- a) Se debe consolidar el tratamiento con un ciclo de citarabina a dosis altas.
- b) Debe de hacerse un tratamiento de intensificación en los casos de citogenética desfavorable.
- c) Son útiles las dos medidas anteriores.
- d) No está demostrada la eficacia de los tratamientos postremisión previos al trasplante.

92-En el trasplante con donante no emparentado en la leucemia aguda mieloide son factores pronósticos favorables:

- a) La situación de remisión completa.
- b) La serología negativa frente a CMV del donante y el receptor.
- c) La dosis de células de médula ósea por encima de $3,5 \times 10^8$ /kgr
- d) Todas son correctas.

93-El trasplante alogénico en la leucemia linfocítica crónica:

- a) Debe de plantearse en pacientes afectados de leucemia linfocítica crónica menores de 50 años con un hermano HLA compatible.
- b) Los acondicionamientos no mieloablativos son los más eficaces.
- c) Debe de plantearse precozmente en pacientes con del 17p13 resistentes a la fludarabina .
- d) A y B son correctas.

94-Son factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad injerto contra huésped:

- a) La edad del paciente y del donante.
- b) Las dosis de CD4 y CD3 cuando se utiliza sangre periférica con selección de CD34, en trasplantes de hermanos HLA compatibles.
- c) La intensidad del acondicionamiento.
- d) Todas las anteriores .

95-Son factores predictivos de enfermedad venoclusiva hepática:

- a) Los niveles séricos muy elevados de Busulfan durante el acondicionamiento.
- b) El tipo de leucemia que padece el receptor.
- c) El sexo masculino.
- d) Ninguno de los anteriores.

96-Cual de los siguientes medicamentos es el más recomendado en el tratamiento de la enfermedad venoclusiva hepática:

- a) rt-PA seguido de heparina.
- b) Defibrotide.
- c) Antitrombina III a dosis altas.
- d) Heparina sódica en perfusión continua.

97-La mayor incidencia de infecciones por bacterias encapsuladas en los pacientes afectados de una EICH crónica son debidas a:

- a) Al déficit de IgG.
- b) Al marcado déficit de función esplénica
- c) A las dos causas anteriores.
- d) A ninguna de las causas anteriores

98-En la valoración pretransplante de un paciente con una talasemia mayor se debe de tener en cuenta:

- a) La adecuada quelación previa del paciente.
- b) La edad del paciente.
- c) El estado nutricional del paciente.
- d) A y B son correctas..

99-La dinámica de prendimiento de un transplante alogénico no mieloablativo o con acondicionamiento de intensidad reducida depende de:

- a) La intensidad de la quimioterapia administrada antes del transplante.
- b) La intensidad del régimen de acondicionamiento
- c) Las dos respuestas anteriores.
- d) La edad del donante y del receptor.

100-Paciente de 50 años de edad afecto de un Mieloma Múltiple con tasa de beta-2-microglobulina elevada y del (13q14) por FISH que tiene un hermano HLA compatible:

- a) Tras un tratamiento inicial y la realización de un autotransplante con Melfalan 200 mgrs/m². Realizaremos un transplante alogénico con regimen de acondicionamiento no mieloablativo.
- b) Tras un tratamiento inicial y la realización de un autotransplante con Melfalan 200 mgrs/m² nos plantearemos un TPH alogénico con acondicionamiento no mieloablativo ante la aparición de una recaída.
- c) Tras un tratamiento inicial realizaremos un autotransplante incluyendo en el acondicionamiento radioterapia corporal total.
- d) Realizaremos el transplante alogénico si tras el autotransplante el paciente entra en remisión completa.

PREGUNTAS DE RESERVA

101-De los siguientes, cual es lugar de absorción del hierro procedente de la dieta:

- a) Primera porción del yeyuno.
- b) Ileon proximal.
- c) Colon ascendente.
- d) Ninguno de los anteriores.

102-Los pleocariocitos son característicos de:

- a) Anemia ferropénica.
- b) Xerocitosis congénita.
- c) Anemia megaloblástica.
- d) Talasemia minor.

103-Cuál es la causa más frecuente de déficit adquirido de cobalamina:

- a) Dieta insuficiente.
- b) Malabsorción.
- c) Alcoholismo.
- d) Ninguno de los anteriores.

104-Entre las siguientes, señale la considerada complicación del déficit grave de Piruvato Kinasa (PK):

- a) Kernicterus.
- b) Absceso esplénico.
- c) Úlceras maleolares.
- d) Todas las anteriores son complicaciones del déficit grave de PK

105 -Señale cual de los siguientes fármacos no tiene efecto hemolítico bien demostrado en el déficit de G6PD:

- a) Nitrofurantoína.
- b) Sulfametoxazol.
- c) Estreptomicina.
- d) Ácido nalidíxico.

106 -Un paciente con linfoma de Hodgkin, sería un estadio III2 según los criterios de Ann Arbor modificados en Cotswold, si existe afectación a ambos lados del diafragma, y la afectación infradiafragmática sea :

- a) Esplénica
- b) Ilíaca
- c) De ganglios portales
- d) Cualquiera de estas tres afectaciones

107-En un varón de 50 años con enfermedad de Hodgkin en estadio IV-B, con un IPI según Hasenclever de 5, ¿Qué tratamiento de primera línea elegiría?:

- a) ABVD
- b) BEACOPP estándar
- c) BEACOPP escalado
- d) Trasplante autólogo tras alcanzar la remisión completa

108-En los nuevos criterios de respuesta para linfomas del IWG (Cheson 2007) la CRu (Remisión Completa no confirmada) sería:

- a) Persistencia de la masa tras 1 mes del fin del tratamiento con la suma de los 2 diámetros mayores, inferiores al 50% de dicha suma en el diagnóstico.
- b) La misma definición anterior, pero además debe ser PET negativa en aquellos linfomas PET positivos en el diagnóstico.
- c) La misma definición del punto 1º pero con una PET con un SUV inferior al 25% del inicial.
- d) No existe la categoría CRu

109-En la clasificación de Murphy para los linfomas no Hodgkin infantiles se considera un estadio III:

- a) Cualquier masa paraespinal, aunque no haya otros sitios afectados.
- b) Cualquier masa intratorácica.
- c) Dos ó más áreas extranodales afectas a ambos lados del diafragma.
- d) Cualquiera de las tres anteriores

110-La t(8;14) se asocia a

- a) Linfoma de Burkitt
- b) Leucemia aguda linfoblástica T
- c) Linfoma de célula grande
- d) Leucemia aguda megacarioblástica.

111-Es cierto que:

- a) El Trifusil bloquea la fosfodiasterasa
- b) El Abciximab es un antagonista del receptor GPIIb/IIIa
- c) La dosis del Clopidogrel es de 250mgrs/12horas
- d) La Ticlopidina no produce neutropenia

112-En la anticoagulación oral por prótesis valvulares mecánicas ¿Cual es el rango de INR recomendado?

- a) 3-4,5
- b) 2-3
- c) 3-4
- d) 2,5-3,5

113-¿Cuál de los siguientes marcadores NO se expresa en la célula plasmática mielomatosa?

- a) CD19
- b) CD38
- c) CD56
- d) CD138

114-En el Índice Pronóstico Internacional para el Mieloma Múltiple es correcto:

- a) En el estadio I la beta 2 microglobulina es mayor de 3,5 mgr/dl
- b) En el estado III la beta 2 microglobulina es menor de 5,5 mgrs/dl
- c) En el estadio II la albúmina puede ser normal o inferior a 3,5 gr/dl
- d) En el estadio III la albúmina debe de ser inferior a 3,5 gr/dl

115-¿Cuál es el procedimiento de elección para confirmar la existencia de un componente monoclonal?

- a) Electroforesis sérica
- b) Nefelometría
- c) Inmunofijación
- d) Todas son iguales

116-Se realiza una exanguinotransfusión a un recién nacido de 1000gr de peso, O Rh D +. El hemocomponente NO debe cumplir uno de los siguientes criterios. ¿Cuál?

- a) HLA compatible
- b) CMV negativo
- c) O Rh- de menos de 5 días de almacenamiento
- d) Irradiado

117-Selecciona la causa más frecuente que justifique los siguientes grupos sérico y hemático

GRUPO HEMÁTICO			GRUPO SÉRICO		
Anti A	Anti B	Anti AB	Cel B	Cel O	Autocontrol
4+	O	4+	O	O	O

- a) Panaglutinina
- b) Inmunodeficiencia
- c) Exceso de proteína sérica
- d) Anti A adquirido

118-En cuanto al autotransplante en el linfoma del manto:

- a) Los expertos consideran que los resultados mejoran al añadir citarabina durante el tratamiento y en el acondicionamiento.
- b) Los resultados son inferiores al transplante alogénico de hermano HLA compatible con acondicionamiento de intensidad reducida en los pacientes jóvenes.
- c) No está indicado en el 90% de los pacientes.
- d) La mortalidad tóxica es del 20% en la mayoría de las series.

119-El autotransplante en los Linfoma Foliculares:

- a) Aumenta la supervivencia libre de enfermedad en los pacientes previamente tratados con R-CVP.
- b) La toxicidad a largo plazo es similar con los diferentes acondicionamientos.
- c) La purga "in vitro" mejora los resultados terapéuticos.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

120-La utilización de Alemtuzumab en el acondicionamiento de los trasplantes alogénicos de intensidad reducida en los linfomas foliculares.

- a) Disminuye significativamente la mortalidad tóxica.
- b) Obliga con frecuencia a infundir linfocitos del donante para conseguir un quimerismo completo
- c) Disminuye la Enfermedad Injerto contra Huésped aguda aumentando la Enfermedad Injerto contra Huésped Crónica,
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.