

1-Verdadero o falso

a-Adenoma o pólipo adenomatoso es una lesión premaligna que precede en la mayoría de los casos al CCR

b-Más del 95% de los CCR son adenocarcinomas

c-Dentro de los adenocarcinomas, los adenocarcinomas indiferenciados son de peor pronóstico que los adenocarcinomas diferenciados

d-El carcinoma escamoso es el tumor más frecuente del colon sigmoide

e-El CCR esporádico es la forma más prevalente.

2-El grupo de riesgo moderado para CCR está definido por individuos con antecedentes propios de pólipos adenomatosos y aquellos con antecedentes de CCR hereditario que sin embargo, no cumplen con criterios específicos requeridos para la sospecha de ningún Síndrome Hereditario en relación al CCR o que no han sido estudiados para ninguno de estos.

En base a lo anterior para aquellos pacientes con antecedentes de CCR en FSG (fres de segundo gardo), FTC (Fres de tercer gardo) o un familiar de primer grado con pólipo adenomatoso, todos con edad de comienzo 50 años, usted indica colonoscopia

a-Cada 5 años

b- 3-5 años según genealogía

c- 2-4 años según genealogía

d- cada 10 años

e- No la indicaría y solicitaría SOMF

3-Para los individuos con alto riesgo de desarrollar CCR hereditario se recomienda realizar colonoscopia de vigilancia. En relación a lo anterior señale cuál es la periodicidad incorrecta

a-En pacientes con **síndrome de Lynch** (edad de comienzo 20-25 años) 10 años antes del caso familiar más joven: colonoscopia cada 1-2 años

b-En pacientes con síndrome de **Peutz-Jeghers** (edad de comienzo 8 años): colonoscopia cada 3 años si se encuentran pólipos, sino a los 18 años y después cada 2 años

c- En pacientes con **poliposis adenomatosa familiar** (edad de comienzo) 10-12 años : colonoscopia anual hasta los 24 años, bianual hasta los 45 años y luego cada 5 años

d-En pacientes con poliposis asociada a **Muthy (MAP)** (edad de comienzo) : colonoscopia cada dos años

4- Identifique los grandes síndromes de CCR a nivel colon derecho, colon izquierdo, anorectal y en relación a las características clínicas predominantes de cada uno construya los diagnósticos diferenciales que usted considere (TEMA LIBRE)

5-Caso clínico: Concorre a la consulta Sebastian M de 53 años de edad para realizar un control de rutina. Usted conoce que entre los 50 a 75 años de edad es necesario, aunque no tengan síntomas, realizar un tamizaje para detectar y extirpar adenoma o detectar y tratar el cáncer colorectal en una etapa temprana.

¿Qué conductas tomaría usted ante este caso, según el programa nacional de prevención y detección temprana del cáncer de colon ?

6- Señale la/s conducta/s correcta/s

Caso clínico: Debido a que Sebastian tiene resultado de SOMF positivo y que usted detecto en la anamnesis antecedentes en dos fres de primer orden de CCR las conductas a seguir son:

Sebastian colonofibroscopia

7- Señale la conducta correcta

Caso clínico: Juan P. de 56 años de edad consulta por cuadro de rectorragia intermitente agregando el último mes, pujo y tenesmo rectal. Ante la sospecha de CCR de recto Usted toma una de las siguientes conductas

a-Tacto rectal (TR)

b-TR + Rectosigmoidoscopia

c-TR + Colonofibroscopia

d-TR + rectosigmoidoscopia + colonofibroscopia

8- Señale lo correcto

Según *American Joint Committee on Cancer (AJCC)* un paciente con diagnóstico de CCR y los siguientes hallazgos: Tumor que invade vejiga, sin compromiso de ganglios linfáticos, sin metástasis a distancia pertenece a un estadio

a-IIA

b-IIB

c-IIC

d-IIIA

e-IIIB

9- Realizar revisión de Metastasis de Cancer CR con al menos 4 citas bibliográficas de referencia (extensión 1 carilla hoja A4)

10- Realizar revisión de Síndrome anorectal con al menos 4 citas bibliográficas de referencia (extensión 1 carilla hoja A4)