Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO

PREGUNTAS

1.- ¿La identificación del vientre posterior del musculo digástrico durante la linfadenectomía laterocervical por neoplasia tiroidea es útil para la prevención de lesión de que nervio?

a) Laríngeo superior.
b) Espinal.
c) Laríngeo inferior.
d) Frénico.

2.- ¿Qué hernioplastia de las siguientes utiliza la vía preperitoneal?

a) Lichtenstein.
b) Gilbert.
c) Rutkow-robbins.
d) Nyhus.

3.- ¿Que NO es cierto en relación con la hernia obturatriz?

a) Es difícil de diagnosticar.
b) Aparece más en el lado derecho.
c) Es más frecuente en hombres.
d) Se presenta en edad adulta.

4.- ¿Qué tumor tiroideo NO es posible diagnosticar por PAAF?

a) Carcinoma papilar.
b) Carcinoma medular.
c) Carcinoma folicular.
d) Carcinoma anaplásico.

5.- ¿Qué afirmación NO es cierta en relación con el dolor crónico postoperatorio de la hernia inguino-crural?

a) El dolor es mayor en pacientes jóvenes.
b) Es mayor tras intervención de hernia recidivada.
c) Es más frecuente en varones.
d) La incidencia se estima en el 10%.

6.- ¿Qué NO es cierto de los tumores retroperitoneales?

a) El tratamiento es suficiente con la enucleación.
b) Se recomienda preparación de colon.
c) Es aconsejable la profilaxis antibiótica en tumores grandes.
d) El índice de reintervenciones por recidiva es alto.

7.- ¿Cuál es el síntoma MÁS frecuente en la isquemia mesentérica aguda?

a) Hematoquecia.
b) Náuseas y vómitos.
c) Diarrea.
d) Dolor abdominal.

8.- ¿En un traumatismo torácico por arma blanca, a partir de qué nivel hemos de sospechar lesión abdominal concomitante?

a) 2º espacio intercostal.
b) Subdiafragmática.
c) 5º espacio intercostal.
d) En todas.

9.- ¿Cuál es la ÚNICA contraindicación absoluta de punción lavado peritoneal en el trauma abdominal?

a) Cirugía abdominal previa.
b) Trastornos de la coagulación.
c) Obesidad.
d) Indicación de laparotomía urgente.

10.- ¿Cuál de los siguientes NO forma parte del MEN 2B?

a) Carcinoma medular de tiroides.
b) Feocromocitoma.
c) Hiperparatiroidismo.
d) Poliganglioneuroma.

11.- ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es CIERTA en el tratamiento del feocromocitoma suprarrenal?

a) Es importante la ligadura arterial lo antes posible.
b) En el MEN2 se hará suprarrenalectomía de la glándula afecta, tras realizar RMN/TAC y gammagrafía con MIBG.
c) La laparoscopia no es la técnica de elección.
d) Si es feocromocitoma maligno con infiltración de estructuras vecinas está contraindicada la cirugía.

12.- ¿Que NO es cierto en la gangrena sinergística de Meleney?

a) Se trata de una celulitis necrosante de curso agudo.
b) Es necesaria la resección del halo violáceo periférico, además de la necrosis central.
c) Resulta habitualmente de una asociación sinérgica de estreptococos no hemolíticos-microaerófilos y S. Aureus o bacilos gramnegativos.
d) Asienta frecuentemente sobre heridas operatorias, colostomías o úlceras de presión.

13.- ¿Cuál es la forma de presentación clínica MÁS frecuente del melanoma?

a) Melanoma nodular (MN).
b) Lentigo maligno melanoma (LMN).
c) Melanoma de extensión superficial (MES).
d) Melanoma lentiginoso acral (MLA).

14.- ¿Qué grupo ganglionar de los que se citan NO se incluye en una gastrectomía distal o subtotal con linfadenectomía D2?

a) 3.
b) 2.
c) 4.
d) 6.

15.- Se recomienda la cirugía en el tratamiento del dolor crónico tras hernioplastia en las siguientes situaciones SALVO en una. Señálela:

a) Cuando hayan transcurrido al menos 6 meses desde la intervención.
b) En caso de fracaso de tratamiento médico.
c) Cuando exista dolor neuropático.
d) Cuando se vea en pruebas de imagen malla enrollada.

16.- ¿Cuál es la lesión pancreático-duodenal MÁS grave tras trauma abdominal severo?

a) Fístula pancreática.
b) Fístula biliar.
c) Lesión inadvertida.
d) Pancreatitis.

17.- ¿Cuál es la duración recomendada de tratamiento en paciente con trombosis venosa profunda recurrente, idiopática o asociada a trombofilia?

a) De seis semanas a tres meses.
b) De tres a seis meses.
c) 6 meses.
d) Más de 12 meses.

18.- ¿Qué afirmación es CIERTA en la enfermedad de Crohn ileal?

a) Los márgenes de resección deben ser amplios, al menos 4 cm de tejido sano.
b) En un Crohn con afectación ileocólica y apendicular de su base, mejor realizar apendicectomía.
c) La mejor incisión es en FID.
d) Es aconsejable evitar el bypass.

19.- Todo es cierto en relación con el carcinoma de mama en el varón, ¿EXCEPTO?

a) Son carcinomas ductales casi en el 100%.
b) Se asocia al BRACA/2.
c) Se asocia al BRACA/1.
d) La terapia con estrógenos se considera factor de riesgo.

20.- ¿Cuál de las siguientes situaciones ocurre en el shock séptico en la fase inicial?

a) Hipoglucemia.
b) Aumento del gasto cardiaco.
c) Elevación de las plaquetas.
d) Alcalosis metabólica.

21.- ¿Qué situación analítica es necesario vigilar en el trasplante de intestino delgado para evitar la toxicidad del tacrolimus?

a) Hipocalcemia.
b) Hipomagnesemia.
c) Hiponatremia.
d) Acidosis metabólica.

22.- La técnica de elección en cirugía programada en la colitis ulcerosa es:

a) Proctocolectomía total y anastomosis ileoanal.
b) Proctocolectomía restauradora (reservorio ileoanal).
c) Colectomía y anastomosis ileorectal.
d) Proctocolectomía total e ileostomía con reservorio de Koch.

23.- ¿Cuál es el factor independiente MÁS importante para evitar hiperparatiroidismo primario persistente?

a) Tc-MIBI.
b) Eco.
c) Tc.
d) Cirujano experto.



24.- Con respecto a la antisepsia preoperatoria de la piel de cara a reducir la infección quirúrgica, señale la CORRECTA:

a) Se recomienda utilizar clorhexidina acuosa en piel intacta.
b) Existe unanimidad en recomendar las soluciones alcohólicas.
c) Se recomienda utilizar soluciones de clorhexidina alcohólica en mucosas y heridas abiertas.
d) Se recomienda un tiempo de actuación de estas soluciones de 50 segundos.

25.- En una infección intraabdominal de origen comunitario en una persona paciente de 20 años sin comorbilidades ni ingresos recientes, ¿qué bacteria NO es necesario cubrir al seleccionar la cobertura de la antibioterapia empírica?

a) E. Coli.
b) Bacillus cereus.
c) Bacteroides fragilis.
d) Streptococcus spp.

26.- En una persona paciente que acude a urgencias con sospecha de infección intraabdominal postoperatoria, se decide utilizar la escala SIRS para evaluar su gravedad. ¿Cuál de los siguientes criterios NO se incluye en dicha escala?

a) Tensión arterial sistólica < 100 mmHg.
b) Leucocitosis >12.000 cels/mm3 o leucopenia <4000 cels/mm3.
c) Taquicardia >90 lpm.
d) Frecuencia respiratoria >20 rpm.

27.- En una persona paciente con infección intraabdominal moderada de origen comunitario, sin factores de riesgo, en el que se ha pautado amoxicilina-clavulánico (1g c/8h) tras hacer un adecuado control del foco, ¿cuánto tiempo se debe mantener el tratamiento antibiótico?

a) 24 horas.
b) 3 días.
c) 7 días.
d) No precisa continuar antibioterapia.

28.- NO es un factor de riesgo de cáncer de mama en el varón:

a) Historia familiar.
b) Obesidad.
c) Síndrome de Williams.
d) Exposición previa a radiación.

29.- El rechazo agudo es debido a:

a) La acción de los anticuerpos preformados en el receptor.
b) Por arteriosclerosis del aloinjerto, estrechando la luz de los vasos por el crecimiento de las células musculares lisas de las paredes de los vasos.
c) Por infiltrado inflamatorio celular mixto de linfocitos y macrófagos.
d) Por microtrombosis de los vasos del injerto que conduce a isquemia del órgano.

30.- El tiempo de isquemia fría es:

a) Periodo de preservación desde que se enfría el injerto tras la extracción hasta que vuelve a recibir sangre, una vez que se realiza el trasplante.
b) Tiempo desde que el órgano deja de recibir sangre (clampaje aórtico o paro cardiaco) hasta el comienzo de la preservación en frío.
c) Periodo de tiempo que permanece el órgano en la nevera para el transporte.
d) Tiempo durante el cual se realizan en el banco todas las reconstrucciones vasculares necesarias para implantar el órgano.

31.- La maniobra quirúrgica mediante la cual se rodea completamente el hilio hepático accediendo por el hiato de Winslow y abriendo el epiplón menor se denomina:

a) Maniobra de Pringle.
b) Maniobra de Kocher.
c) Maniobra de Launois.
d) Maniobra de Shaker.

32.- De acuerdo con la terminología de Brisbane, la extirpación de los segmentos hepáticos 5,6,7,8 se denomina:

a) Seccionectomía anterior derecha.
b) Hepatectomía derecha.
c) Hepatectomía izquierda.
d) Seccionectomía posterior derecha.

33.- En cirugía abdominal mayor no cardiaca, ¿cuál es la recomendación de la guía de práctica clínica auspiciada por la SEDAR para la elección de fluidos en la restauración volémica perioperatoria?

a) Se sugiere firmemente el uso sistemático de coloides naturales (albúmina) debido a su bajo coste relativo.
b) Se sugiere el uso de fluidoterapia con cristaloides frente a coloides debido a que no muestran diferencias en desenlaces críticos (mortalidad o daño renal) y los coloides tienen un coste superior.
c) Se prohíbe el uso de cristaloides balanceados, exigiendo la administración exclusiva de suero glucosado intraoperatorio.

d) Se recomienda el uso rutinario de hidroxietilalmidones de primera generación en todas las personas pacientes críticamente enfermas.

34.- ¿Cuál de las siguientes personas pacientes con cáncer de esófago consideraría para tratamiento con quimio y radioterapia radical como primera elección?

a) Mujer de 45 años con adenocarcinoma tercio distal.
b) Varón de 55 años con carcinoma escamoso cervical.
c) Varón de 60 años con carcinoma escamoso en tercio distal.
d) Mujer de 55 años con adenocarcinoma en tercio medio.

35.- ¿Qué maniobra hay que asociar en el tratamiento del divertículo de Zenker?

a) Traqueostomía si el divertículo es muy grande.
b) Funduplicatura anterior de la unión esofagogástrica.
c) Miotomía del músculo cricofaríngeo.
d) Miotomía del esfínter esofágico inferior.

36.- ¿Cuál de los siguientes pacientes NO tiene indicación de cirugía antirreflujo?

a) Varón de 33 años con esofagitis grado A en la gastroscopia, pHmetría con DeMeester de 5 y sin hernia de hiato.
b) Mujer de 55 años con hernia de hiato tipo 3, pHmetría con tiempo de exposición al ácido de 11% y esofagitis grado A.
c) Varón de 44 años con diagnóstico de enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) según criterios de Lyon y que presenta hipomagnesemia grave por otra causa.
d) Mujer de 52 años con esófago de Barrett y síntomas de ERGE típicos.

37.- Señale la secuencia CORRECTA en el esófago de Barret:

a) Metaplasia – adenocarcinoma – displasia – esofagitis.
b) Esofagitis – displasia – metaplasia – adenocarcinoma.
c) Displasia – metaplasia – esofagitis – adenocarcinoma.
d) Esofagitis – metaplasia – displasia – adenocarcinoma.

38.- ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación de funduplicatura por sí misma?

a) Hernia de hiato tipo IV.
b) Esofagitis grado A sin otras patologías asociadas.
c) Hernia de hiato tipo III con úlceras de Cameron en su interior.
d) Paciente con enfermedad por reflujo gastroesofágico que no desea tomar inhibidores de la bomba de protones de forma crónica o que tiene contraindicación para su toma crónica.

39.- La perforación esofágica del Boerhaave se produce de forma preferente en:

a) Esófago cervical.
b) Tercio proximal del esófago torácico.
c) Parte izquierda del tercio proximal del esófago torácico.
d) Esófago distal, generalmente en el lado izquierdo.

40.- De las siguientes histologías, ¿cuál es la MENOS probable de encontrar en una gastrectomía distal?

a) Adenocarcinoma.
b) Tumor del Estroma Gastrointestinal.
c) Carcinoma escamoso.
d) Linfoma.

41.- ¿Cuál de los siguientes grupos ganglionares NO se reseca en la linfadenectomía D2?

a) Grupo 1.
b) Grupo 8.
c) Grupo 12a.
d) Grupo 10.

42.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones NO esperaría encontrar en una persona paciente con una gastrectomía subtotal por adenocarcinoma gástrico distal?

a) Síndrome del antro retenido.
b) Reflujo biliar.
c) Anemia.
d) Úlcera de boca anastomótica.

43.- La primera opción para reconstruir una gastrectomía total es:

a) Interposición colónica esófago-duodenal.
b) Interposición yeyunal esófago-duodenal.
c) Anastomosis esófago-yeyunal en Billroth II.
d) Anastomosis esófago-yeyunal en Y-Roux.

44.- Señale la asociación CORRECTA:

a) Billroth II – menor riesgo de úlcera de boca anastomótica.
b) Billroth I – reflujo biliar.
c) Dumping tardío – hiperglucemia.
d) Dumping precoz – síntomas a las 2 horas de la ingesta.

45.- ¿Cuál de las siguientes técnicas de cirugía bariátrica NO se contempla actualmente?

a) Derivación biliopancreática.
b) Banda gástrica ajustable.
c) Gastroplastia vertical anillada.
d) Bypass gástrico en una anastomosis.

46.- En una persona paciente intervenida de gastrectomía vertical, ¿qué complicación NO esperaría encontrar a los dos años de la cirugía?

a) Hernia de Petersen.
b) Reflujo gastroesofágico.
c) Anemia por déficit de hierro.
d) Recidiva ponderal.

47.- ¿Cuál se considera la técnica de elección para una persona paciente con reflujo gastroesofágico grave tras gastrectomía vertical?

a) Derivación biliopancreática.
b) Regastrectomía vertical.
c) Bypass gástrico en Y-Roux.
d) Banda sobre la gastrectomía vertical.

48.- ¿Cuál de los siguientes déficits podría encontrar en una persona paciente con un cruce duodenal, pero NO tras una gastrectomía vertical?

a) Retinol.
b) Vitamina B12.
c) Hierro.
d) Tiamina.

49.- Señale la asociación INCORRECTA:

a) Cruce duodenal – técnica hipoabsortiva.
b) Gastrectomía vertical – riesgo de reflujo gastroesofágico.
c) Bypass gástrico en Y-Roux – riesgo de hipoglucemias.
d) SADI-S – pie de asa.

50.- ¿En cuál de los siguientes casos se considera una indicación de cirugía diferida en una persona paciente con hemorragia digestiva alta?

a) Úlcera Forrest 3.
b) Paciente mayor de 65 años.
c) Paciente estabilizado con úlcera Forrest 2B menor de 1cm.
d) Paciente con úlcera con fibrina.

51.- ¿Qué arteria se considera embolizar en una persona paciente con hemorragia digestiva alta de origen gastroduodenal?

a) Arteria gastroepiploica izquierda.
b) Arteria gastroduodenal.
c) Arteria gastroepiploica derecha.
d) Arteria gástrica izquierda.

52.- ¿Cuál de los siguientes gestos quirúrgicos NO se plantean en una cirugía urgente?

a) Vagotomía.
b) Ligadura de arteria gastroepiploica izquierda.
c) Gastrectomía subtotal.
d) Ligadura de arteria gastroduodenal.

53.- ¿Cuál de las siguientes es una escala para valorar el riesgo de resangrado en una persona paciente con hemorragia digestiva alta?

a) Rockall.
b) Child-Pugh.
c) SOFA.
d) Glasgow.

54.- En una persona paciente hemodinámicamente inestable con hemorragia digestiva alta de origen ulceroso, el primer tratamiento sería:

a) Embolización transarterial.
b) Cirugía urgente.
c) Endoscopia digestiva alta.
d) Sueroterapia y observación.

55.- ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación de esplenectomía electiva?

a) Púrpura trombocitopénica idiopática.
b) Esferocitosis hereditaria.
c) Infarto esplénico polar tras gastrectomía vertical.
d) Anemia hemolítica autoinmune.

56.- ¿Cómo se llama la maniobra que se realiza para conseguir una mejor hemostasia en la esplenectomía urgente?

a) Kocher.
b) Gómez y Gómez.
c) Makuuchi.
d) Cattel y Braasch.

57.- ¿Cuál de las siguientes puede ser una complicación de la esplenectomía?

a) Lesión del ciego.
b) Fístula pancreática.
c) Lesión antral.
d) Perforación duodenal.

58.- ¿Cuál de los siguientes NO consideraría como abordaje para una esplenectomía?

a) Laparoscopia con decúbito prono.
b) Laparoscopia con decúbito lateral derecho.
c) Laparotomía media.
d) Abordaje robótico.

59.- En caso de una esplenomegalia idiopática, la indicación de esplenectomía vendrá dada por:

a) La sintomatología que produce.
b) El riesgo de complicaciones.
c) La necesidad de tener un diagnóstico definitivo.
d) Todas las anteriores son correctas.

60.- ¿Cuál de las siguientes NO es una técnica laparoscópica de reparación herniaria?

a) TAPP.
b) TEPP.
c) IPOM.
d) Stoppa.

61.- Señale la asociación INCORRECTA:

a) Stoppa – preperitoneal bilateral.
b) Nyhus – preperitoneal unilateral.
c) Grynfeldt – hernia anterior.
d) Richter – pinzamiento lateral.

62.- ¿Cuál de los siguientes aspectos debe tenerse en cuenta en la reparación de una hernia de pared abdominal compleja?

a) Estado nutricional de la persona paciente.
b) Tamaño y localización.
c) Abstinencia tabáquica.
d) Todas las anteriores.

63.- El exceso de peso y la obesidad, en una persona paciente que tiene una hernia de pared, influye en:

a) Menor riesgo de infección quirúrgica.
b) Mayor facilidad técnica en la reparación.
c) Riesgo aumentado de recidiva de la hernia.
d) Hernia de menor tamaño que en paciente normopeso.

64.- ¿Cuál de los siguientes supuestos NO consideraría para un abdomen abierto?

a) Esplenectomía electiva por bazo de más de 30cm.
b) Cirugía urgente en paciente politraumatizado grave.
c) Cirugía urgente en paciente con isquemia intestinal por trombosis de la arteria mesentérica superior.
d) Síndrome compartimental abdominal por sangrado retroperitoneal.

65.- Señale el nombre de la hernia diafragmática anterior:

a) Bochdaleck.
b) Hiatal.
c) Morgagni.
d) Garengot.

66.- El índice que evalúa la extensión de la enfermedad oncológica peritoneal, señale la CORRECTA:

a) Es el PCI y divide el abdomen en 3 segmentos diferentes.
b) Es el PCI y el valor máximo es de 9.
c) Es el PCI y divide el abdomen en 9 regiones.
d) Es el PCI y tiene en cuenta 9 regiones de la cavidad abdominal además de otras 4 regiones de intestino delgado.

67.- ¿Cuál de las siguientes NO sería una indicación de cirugía de carcinomatosis peritoneal?

a) Paciente con pseudomixoma peritoneal.
b) Mesotelioma peritoneal.
c) Carcinomatosis de cáncer de ovario.
d) Carcinomatosis de cáncer de páncreas.

68.- ¿Cuál de las siguientes estructuras NO situaría en el retroperitoneo?

a) Glándula suprarrenal derecha.
b) Arteria aorta.
c) Primera porción duodenal.
d) Vena cava.

69.- En una persona paciente que tuvo un accidente de tráfico de alta energía hace años, se realiza una Rx de tórax por un preoperatorio rutinario de una cirugía de varices que muestra asas de intestino en hemitórax izquierdo, ¿cuál sería su sospecha?

a) Hernia de Morgagni.
b) Hernia de hiato tipo IV.
c) Hernia de Spiegel.
d) Hernia de Bochdaleck.

70.- Paciente mujer de 55 años que consulta en neumología por disnea progresiva. Se ha realizado una Rx de tórax que muestra una ocupación a nivel del mediastino anterior. Señale la opción CORRECTA:

a) Posible hernia de Bochdaleck.
b) Posible hernia de Morgagni.
c) Hernia de hiato por deslizamiento.
d) Hernia de hiato tipo IV.

71.- ¿Cuál de los siguientes síntomas esperaría encontrar en una persona paciente con una infección intraabdominal?

a) SIRS.
b) Taquicardia.
c) Íleo paralítico.
d) Todas son posibles síntomas.

72.- ¿Cuál de los siguientes sería un criterio para considerar drenaje quirúrgico de un absceso intraabdominal?

a) Paciente estable y con escasa afectación del estado general.
b) Paciente con absceso multiloculado.
c) Paciente con absceso de 9cm accesible a drenaje percutáneo.
d) Paciente con colección laminar.

73.- ¿Cuál de los siguientes es una indicación de laparotomía en un traumatismo abdominal?

a) Paciente estable con FAST negativo.
b) Paciente estable con lesión penetrante abdominal y líquido libre en la Tc.
c) Traumatismo cerrado con paciente estable.
d) Traumatismo contuso sin afectación del estado general y exploraciones negativas.

74.- En una persona paciente con un traumatismo abdominal cerrado que presenta inestabilidad hemodinámica, tras la evaluación del ABC, ¿qué exploración consideraría?

a) Eco FAST.
b) Traslado para Tc toraco-abdominal.
c) Cirugía urgente.
d) Arteriografía diagnóstica.

75.- ¿En cuál de los siguientes supuestos NO consideraría hacer una Tc urgente en una persona paciente politraumatizada?

a) Accidente de tráfico en paciente estable.
b) Traumatismo por aplastamiento en una persona paciente que se estabiliza con sueroterapia.
c) Paciente con traumatismo abdominal penetrante que presenta FC 120x' y TA de 95/65 tras 1500cc de volumen endovenoso.
d) Paciente con traumatismo craneoencefálico y pérdida de nivel de conciencia sin inestabilización.

76.- ¿Cuál de los siguientes tumores cutáneos tiene potencial de malignización?

a) Queratosis seborreica.
b) Nevus epidérmico.
c) Nevus de Becker.
d) Queratoacantoma.

77.- ¿Cuál de los siguientes es un tumor derivado de los anejos?

a) Quiste de inclusión epidérmico.
b) Nevus epidérmico.
c) Lipoma.
d) Hemangioma.

78.- Señale la afirmación FALSA en relación con la hidrosadenitis supurativa:

a) Se trata de una alteración del folículo piloso por un tapón de queratina.
b) Suelen ser episodios únicos.
c) Requiere un abordaje multidisciplinar.
d) En algunos casos se requieren de tratamiento con fármacos biológicos.

79.- En relación con la cirugía micrográfica de Mohs, señale la respuesta FALSA:

a) Permite un control histológico de los márgenes del tumor.
b) Las piezas pueden ser evaluadas por cualquier patólogo.
c) Tiene indicación en las recurrencias.
d) Es útil en tumores alrededor de los párpados.



80.- Señale la CORRECTA en el tratamiento del melanoma:

a) No precisa de exéresis con márgenes.
b) La linfadenectomía del área de la lesión se indica en tumores de más de 1cm.
c) La biopsia selectiva del ganglio centinela se recomienda en tumores con índice de Breslow superior a 0,8mm.
d) Las lesiones ulceradas tienen mejor pronóstico.

81.- ¿Cuál de las siguientes exploraciones está actualmente en desuso para el diagnóstico de la trombosis venosa profunda?

a) Eco-Doppler.
b) Angio-Tc.
c) Angio-RM.
d) Flebografía.

82.- En una persona paciente postoperada de una cirugía de páncreas que inicia edema de la extremidad inferior derecha, con dolor y tumefacción, señale la opción CORRECTA:

a) Lo más probable será un decúbito de la mesa quirúrgica.
b) El dímero D será definitorio para el diagnóstico, con una gran sensibilidad.
c) Se debe solicitar una eco-Doppler para descartar una TVP.
d) Se trata de un edema por hipoproteinemia, habrá que mejorar la nutrición.

83.- ¿Cuál de las siguientes entidades se correlaciona MÁS con la embolia arterial que con la trombosis arterial?

a) Arritmia cardiaca.
b) Síntomas de claudicación previas.
c) Signos de isquemia crónica.
d) Factores de riesgo cardiovascular.

84.- ¿Cuál de la siguientes NO es parte de las "6 p" de la isquemia de extremidades?

a) Palidez.
b) Parestesias.
c) Poiquilotermia.
d) Pigmentación rojiza.

85.- En relación con el síndrome de isquemia reperfusión, señale la opción CORRECTA:

a) Se debe a la liberación de radicales libres de oxígeno.
b) La fisiopatología tiene que ver sobre todo con el mantenimiento del metabolismo aerobio durante la isquemia.
c) La liberación de citoquinas permite reducir los componentes tóxicos en los tejidos.

d) Sólo tiene afectación local, no llega a afectación sistémica.

86.- Señale la opción CORRECTA en relación con la clasificación de Siewert:

a) Hace referencia a tumores GIST.
b) En un Siewert I, el epicentro del tumor está hacia al estómago.
c) En un Siewert II, el epicentro del tumor está justo en la unión esofagogástrica, en la línea Z.
d) El Siewert III se trata con quimio y radioterapia.

87.- ¿Cuál de las siguientes NO se contempla para la reconstrucción tras esofaguectomía?

a) Plastia gástrica sobre la curvatura menor.
b) Colon derecho.
c) Colon transverso-izquierdo.
d) Yeyuno libre.

88.- La hernia que contiene el apéndice cecal se denomina:

a) Grynfeldt.
b) Petit.
c) Amyand.
d) Richter.

89.- ¿Cuál de las siguientes se considera una contraindicación de gastrectomía vertical?

a) IMC superior a 40kg/m2.
b) Esofagitis grado A.
c) Hernia de hiato < 2cm.
d) Esófago de Barrett.

90.- ¿Cuál de las siguientes complicaciones NO esperaría encontrar tras una vagotomía?

a) Colelitiasis.
b) Bezoar gástrico.
c) Alteración del hábito deposicional.
d) Reflujo biliar.



91.- Para evaluar la resecabilidad de las metástasis hepáticas de origen colorrectal, indique, de las siguientes opciones, cuál es la de menor importancia:

a) Que pueda ser resecada completamente (R0).
b) Que se puedan preservar al menos dos segmentos hepáticos adyacentes con adecuada vascularización de entrada y salida.
c) Que tenga un remante hepático residual adecuado.
d) Que sean de aparición sincrónica con el tumor primario.

92.- En las personas pacientes de más de 45 años y sin riesgo quirúrgico, ¿a partir de qué tamaño está indicada la colecistectomía por pólipos vesiculares?

a) 2 mm.
b) 4 mm.
c) 6 mm.
d) 10 mm.

93.- En una persona paciente con dolor en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo, ¿cuál sería la prueba de imagen MÁS adecuada para refrendar el diagnóstico de sospecha?

a) Resonancia Nuclear Magnética.
b) Tomografía Axial Computadorizada.
c) Ecografía Abdominal.
d) Gammagrafia hepatobiliar mediante HIDA.

94.- Uno de los siguientes NO representa un criterio de irresecabilidad en un tumor de Klatskin:

a) Evidencia de afectación ganglionar N2 (adenopatías tronco celíaco, arteria mesentérica superior o paraaórticas).
b) Afectación de arteria hepática ipsilateral.
c) Bismuth IV.
d) Atrofia de un hemihígado con invasión biliar contralateral.

95.- En la actualidad, ante una persona paciente ictérico, la primera prueba de imagen a realizar será:

a) Resonancia Nuclear Magnética.
b) Ecografía Abdominal.
c) Tomografía Axial Computadorizada.
d) Ecoendoscopia.

96.- El tratamiento MÁS adecuado para prevenir la recurrencia de la pancreatitis aguda de origen biliar es:

a) Intervención de Partington-Rochelle.
b) Intervención de Puestow.
c) Colecistectomía laparoscópica.
d) Colecistectomía y drenaje de la vía biliar principal con tubo en T de Kehr.

97.- Indique la principal indicación de tratamiento quirúrgico en la pancreatitis crónica:

a) Estenosis duodenal.
b) Estenosis biliar.
c) Trombosis de la vena esplénica con esplenomegalia.
d) Dolor abdominal.

98.- El ligamento de Berry en la cirugía tiroidea tiene su importancia en todas las siguientes circunstancias, EXCEPTO:

a) Forma parte de la envoltura fascial de la tráquea.
b) Se une con la cápsula tiroidea por detrás y a ambos lados, formando un ligamento suspensorio.
c) Por su relación con las paratiroides.
d) Por su relación con el nervio laríngeo recurrente.

99.- En la recogida y procesamiento de muestras de una infección intraabdominal (IAB), ¿cuál de las siguientes pautas técnicas es una recomendación explícita del texto?

a) El número de muestras remitidas es el factor principal para aumentar la tasa de detección de patógenos.
b) Se debe priorizar la toma de muestras de la zona central de un absceso por acumular la mayor cantidad de pus.
c) Siempre que sea posible, la muestra debe recogerse con jeringa e inocularse en recipientes al vacío con medio de transporte para anaerobios.
d) Los escobillones son el método de elección ideal para asegurar la viabilidad prolongada de las bacterias anaerobias estrictas.

100.- ¿Cuál es el porcentaje del cáncer de tiroides bien diferenciado originado de las células foliculares?

a) 20 al 25 %.
b) 50 al 55 %.
c) 70 al 75 %.
d) 90 al 95 %.

101.- Respecto al carcinoma papilar de tiroides, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

a) Es el segundo tipo de cáncer de tiroides diferenciado.
b) Pueden presentar masas tiroideas tanto en varones como en mujeres y prácticamente en cualquier edad.
c) El tratamiento principal del carcinoma papilar de tiroides es la ablación quirúrgica.
d) Las metástasis a distancia son poco frecuentes, pero su pronóstico es malo.

102.- El síndrome de neoplasia endocrino múltiple tipo I se caracteriza por afectación:

a) Carcinoma medular de tiroides, tumores neuroendocrinos de páncreas, duodeno, carcinoides bronquiales, tímicos y adenomas de la hipófisis anterior.
b) Hiperplasia de paratiroides, tumores neuroendocrinos de páncreas y duodeno, carcinoides bronquiales, tímicos y adenomas de la hipófisis anterior.
c) Hiperplasia de paratiroides, feocromocitomas, carcinoides bronquiales, tímicos y adenomas de la hipófisis anterior.
d) Carcinoma folicular de tiroides, tumores neuroendocrinos de páncreas, duodeno, carcinoides bronquiales, tímicos y adenomas de la hipófisis anterior.

103.- En el carcinoma suprarrenal son criterios absolutos de malignidad:

a) Tumores de 4-6 cm.
b) Tumores hiperfuncionantes.
c) Tumores que presentan metástasis a distancia o invasión de estructuras vecinas.
d) Recidiva tumoral.

104.- La manometría esofágica es útil en todas las situaciones siguientes, MENOS en una:

a) Para establecer el diagnóstico de trastorno motor esofágico primario (achalasia, espasmo difuso, etc.).
b) Para evaluar pacientes con síntomas típicos de enfermedad por reflujo y endoscopia normal que sean refractarios al tratamiento con IBPs.
c) Para ayudar a situar correctamente el electrodo de pH en los estudios phmétricos ambulatorios.
d) En pacientes con reflujo que presenten síntomas atípicos, tales como disfagia o dolor torácico.

105.- En la perforación esofágica los factores que ensombrecen el pronóstico son todos, MENOS uno:

a) La exposición incompleta de la mucosa al realizar la reparación.
b) El retraso diagnóstico.
c) La obstrucción distal.
d) La reparación mediante sutura directa.

106.- La acalasia de cardias se caracteriza por todos los siguientes aspectos, MENOS uno:

a) Se trata de un trastorno motor primario del musculo estriado.
b) Se caracteriza por ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico.
c) Se caracteriza por incapacidad del EII para relajarse en respuesta a la deglución.
d) El rasgo macroscópico característico es la dilatación del cuerpo esofágico que termina en un segmento distal estrecho.

107.- De los siguientes tipos de divertículos esofágicos, ¿cuáles son considerados de pulsión o falsos?

a) Divertículo de Zenker.
b) Divertículo epifrénico.
c) Divertículo torácico.
d) a y b son ciertas.

108.- En los tumores de esófago se considera criterios de irresecabilidad todos los siguientes MENOS uno:

a) Infiltración de pleura, pericardio o diafragma.
b) Tumores T4b con infiltración de corazón, grandes vasos u órganos adyacentes.
c) Tumores de la unión esofagogástrica con adenopatías supraclaviculares positivas.
d) Tumores de esófago cervical (<5 cm desde el músculo cricofaríngeo).

109.- Tras la realización de un Ivor Lewis, si se detecta una isquemia importante o necrosis de la plastia gástrica el tratamiento a seguir será:

a) Drenaje torácico y tratamiento antibiótico de amplio espectro.
b) Resección de la plastia y reconstrucción con interposición colónica.
c) Resección de la plastia, cervicostomía y yeyunostomía de alimentación.
d) Colocación de prótesis endoscópica.

110.- Respecto al leiomioma esofágico, indique cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta:

a) Es el tumor benigno más frecuente del esófago.
b) Se localiza mayoritariamente en tercio medio e inferior.
c) Se origina en las células claras del músculo estriado.
d) Su crecimiento en mayoría de los casos es muy lento.

111.- Respecto al RGE se consideran indicaciones absolutas de cirugía todas las siguientes MENOS una:

a) Complicaciones respiratorias de repetición (aspiración, neumonía, laringitis crónica, etc.).
b) Falta de respuesta completa pesa al tratamiento médico correcto y controlado. Incluye persistencia de síntomas y lesiones endoscópicas en pacientes asintomáticos.
c) Esófago de Barret.
d) Fenómenos hemorrágicos de repetición.

112.- En las hernias de hiato paraesofágicas HPE, todos los siguientes conceptos son verdaderos EXCEPTO uno:

a) Las hernias paraesofágicas se caracterizan por tener un saco peritoneal.
b) Se caracterizan por el ascenso de la unión esofagogástrica.
c) Lo primero que se hernia es el fundus.
d) Las HPE son proclives a la volvulación.

113.- En la úlcera péptica, indique cuál de las siguientes respuestas es CORRECTA:

a) La perforación de la úlcera es la primera complicación más frecuente en la úlcera péptica.
b) La localización más frecuente es el bulbo duodenal.
c) La úlcera duodenal es predominante en la población oriental.
d) Es más frecuente en mujeres.

114.- En el cáncer gástrico las siguientes bases del tratamiento son correctas MENOS una:

a) El cáncer gástrico es una enfermedad susceptible de tratamiento multimodal y debe ser valorado en el contexto de un comité multidisciplinar.
b) En tumores menores de 2 cm limitados a mucosa, sin cambios ulcerativos (tipos 0-I y 0-IIa) y bien diferenciados pueden ser candidatos a resección mucosa endoscópica.
c) El tratamiento de elección de los tumores T0-1-2 N0 es la cirugía primaria. El resto de las personas pacientes se benefician de un tratamiento combinado, neoadyuvante o adyuvante.
d) Los tumores 0-IIb y 0-IIc menores de 1cm sin invasión linfática o vascular son susceptibles de resección endoscópica mucosa.

115.- ¿Cuál de estas técnicas de cirugía bariátrica ha demostrado mejores resultados de pérdida de peso y resolución de comorbilidades, sobre todo de la diabetes mellitus tipo 2?

a) Gastroplastia vertical anillada.
b) Gastrectomía vertical.
c) Bypass gástrico.

d) Derivación biliopancreática.

116.- ¿Cuál de estas afirmaciones NO es cierta en relación al periodo perioperatorio en la cirugía bariátrica?

a) En las personas pacientes con SAOS se debe reiniciar la CPAP después de la extubación.
b) La pérdida de peso preoperatoria entre el 5-15 % disminuye el tamaño hepático, mejorando la visión de la unión gastroesofágica.
c) La prevención del tromboembolismo pulmonar con heparina de bajo peso molecular no es necesaria en el postoperatorio de la cirugía bariátrica.
d) El balón intragástrico se puede indicar en personas pacientes candidatas a cirugía bariátrica que necesitan una pérdida de peso rápida para reducir el riesgo quirúrgico y anestésico.

117.- ¿Cuál de estos factores NO está relacionado con un incremento de la incidencia de la fuga anastomótica en la cirugía bariátrica?

a) Índice de Masa Corporal inferior a 50 Kg/m2.
b) Inexperiencia del equipo quirúrgico.
c) Diabetes mellitus tipo 2.
d) Edad mayor de 65 años.

118.- ¿Cuál de estas pruebas diagnósticas se recomienda para identificar la causa de un abdomen agudo en una persona paciente que ha sido sometida a una cirugía bariátrica recientemente?

a) Ecografía abdominal.
b) Gastroscopia.
c) TAC abdominal con contraste oral.
d) Resonancia magnética.

119.- Sobre los divertículos de intestino delgado (divertículo de Meckel) indique la VERDADERA:

a) Las manifestaciones clínicas son las relacionadas con sus complicaciones (hemorragia digestiva, obstrucción intestinal, diverticulitis y neoplasia).
b) En la edad pediátrica la manifestación más frecuente es la hemorragia.
c) En la edad adulta la manifestación más frecuente es la obstrucción.
d) Todas las anteriores son ciertas.

120.- El objetivo del tratamiento conservador de las fístulas enterocutáneas es lograr el cierre espontaneo de las mismas; sin embargo, en ocasiones, es necesario el tratamiento quirúrgico. Los factores enumerados a continuación son de mal pronóstico en el cierre espontaneo de una fístula enterocutánea, EXCEPTO uno. Indique cuál:

a) Etiología neoplásica.
b) Malnutrición, transferrina <200 mg/dL.
c) Sepsis presente.
d) Bajo débito <200-500 mL/día.

121.- Sobre las técnicas quirúrgicas en la enfermedad de Crohn, indique la VERDADERA:

a) La estricturoplastia permite incrementar el calibre de la luz intestinal sin necesidad de proceder a resecciones.
b) En la técnica de Heineke-Mikulicz se abre longitudinalmente el segmento estenosado y se cierra de manera transversal.
c) Cuando la estenosis es mayor a 12-15cm es preferible emplear la técnica de Finney.
d) Todas las anteriores son ciertas.

122.- ¿Cuál de estas patologías presenta un reflejo recto anal inhibitorio alterado?

a) Lesión medular.
b) Diabetes mellitus.
c) Proctitis actínica.
d) Enfermedad de Hirchsprung.

123.- El Hinchey II se refiere a la diverticulitis con:

a) Peritonitis generalizada fecal.
b) Flemón-absceso pericólico o mesentérico.
c) Absceso pélvico.
d) Peritonitis generalizada purulenta.

124.- Los siguientes son criterios radiológicos de gravedad de la diverticulitis, EXCEPTO:

a) Engrosamiento de la pared cólica mayor de 5 mm.
b) Presencia de absceso.
c) Aire extraluminal.
d) Contraste extraluminal.

125.- El gen causante de la poliposis adenomatosa familiar es:

a) APC (adenomatous polyposis coli).
b) MYH .

c) APF (adenomatous polyposis familiae).
d) PAFA.

126.- El tratamiento del tumor carcinoide de apéndice de 9 mm es:

a) Apendicectomía.
b) Hemicolectomia derecha con linfadenectomía regional.
c) Resección ileocecal.
d) Somatostatina.

127.- La resección aconsejada en los tumores de recto del tercio superior es:

a) Exéresis total de mesorecto.
b) Resección local.
c) Exeresis parcial de mesorrecto con 5 centímetros distales al borde distal del tumor.
d) Exeresis parcial de mesorrecto con 2 centímetros distales al borde distal del tumor.

128.- La causa MÁS frecuente de hemorragia digestiva baja es:

a) Angiodisplasia.
b) Cáncer colorrectal.
c) Colitis infecciosa.
d) Enfermedad diverticular.

129.- El "signo del remolino" en el TAC se observa en:

a) Colitis isquémica.
b) Colitis ulcerosa.
c) Vólvulo de colon.
d) Cáncer de colon ocluido.

130.- Los pólipos hamartomatosos NO se asocian a:

a) Síndrome de Peutz-Jeghers.
b) Poliposis juvenil.
c) Poliposis familiar atenuada.
d) Síndrome de Cowde.

131.- En relación con las complicaciones de la cirugía hemorroidal, es CORRECTO que:

a) La estenosis es frecuente y es el resultado de la preservación de puentes de anodermo.
b) Cuando existen factores predisponentes una cirugía correcta puede conducir a una incontinencia fecal.

c) El taponamiento anal previene de la hemorragia, aunque puede favorecer un sangrado retrógrado.
d) La retención urinaria debe prevenirse con un adecuado suplemento de líquidos.

132.- Respecto al tratamiento de consulta de las hemorroides internas:

a) La esclerosis se puede repetir a las pocas semanas.
b) La esclerosis hemorroidal es el procedimiento de consulta más extendido.
c) La criocirugía causa analgesia y es un tratamiento bien tolerado.
d) Un metaanálisis ha mostrado que para los grados I, II y III es mejor la cirugía que la ligadura con bandas.

133.- Respecto a la carcinomatosis peritoneal, señale la respuesta FALSA:

a) Ante una persona paciente con oclusión de intestino delgado y ascitis debemos considerarla como uno de los posibles diagnósticos diferenciales.
b) En una persona paciente con antecedente de cirugía por tumor intraabdominal y cuadro clínico de oclusión intestinal maligno, la causa más frecuente es la recidiva local y no la carcinomatosis peritoneal.
c) Es el resultado de la diseminación de células tumorales en la cavidad peritoneal, de origen en tumores digestivos o ginecológicos, pero nunca de origen extra-abdominal.
d) Son factores de mal pronóstico para el tratamiento paliativo de la carcinomatosis peritoneal el mal estado general de la persona paciente, el origen no colorrectal, la presencia de ascitis y la extensión de la afectación peritoneal o del intestino delgado.

134.- Con respecto a la epidemiología y resistencia bacteriana en pacientes debilitados o ancianos, ¿qué nicho es señalado como un reservorio cutáneo relevante de cepas multirresistentes (SARM, E. faecium y P. aeruginosa)?

a) Los conductos sebáceos profundos de la región pectoral.
b) Las criptas mucosas del tracto genitourinario superior.
c) Las úlceras vasculares.
d) Las fosas nasales anteriores de pacientes sin antecedentes hospitalarios.

135.- ¿Cuál de los siguientes NO es un factor relacionado con la aparición de una hernia inguinal?

a) El tabaco.
b) La existencia de un aneurisma de aorta.
c) El deporte.
d) La ascitis.

136.- ¿Qué clasificación de las hernias inguinales es la recomendada actualmente?

a) La clasificación de la European Hernia Society .
b) La clasificación de Gilbert.

c) La clasificación de Nyhus.
d) La clasificación de Stoppa.

137.- Las mallas de polipropileno de baja densidad, conocidas como de bajo peso, son aquellas por debajo de:

a) 35 gr/m2.
b) 50 gr/m2.
c) 80 gr/m2.
d) 100 gr/m2.

138.- Las prioridades de evaluación y tratamiento de una persona paciente politraumatizada son el ABCD, pero ¿y en una paciente embarazada politraumatizada?

a) La prioridad es el feto.
b) Las prioridades son las mismas que en cualquier otro paciente traumático.
c) Primero se debe monitorizar el latido fetal.
d) Primero se debe evaluar la circulación de la madre.

139.- ¿Cuál es la causa MÁS frecuente de hiperparatiroidismo primario?

a) Carcinoma paratiroideo.
b) Enfermedad multiglandular.
c) Adenoma paratiroideo.
d) Insuficiencia renal crónica.

140.- ¿Qué diferencia fundamental establece el texto entre las bacterias llamadas "facultativas" y los "bacilos gramnegativos no fermentadores" (escuela francesa)?

a) Las facultativas crecen solo en ausencia de oxígeno, mientras que los no fermentadores lo hacen en cualquier atmósfera.
b) Las facultativas crecen tanto en presencia como en ausencia de oxígeno; los no fermentadores son aerobios estrictos y solo crecen en presencia de oxígeno.
c) Las bacterias facultativas son exclusivamente gramnegativas, mientras que los no fermentadores incluyen cocos grampositivos.
d) Las facultativas son destruidas por el oxígeno; los no fermentadores toleran exclusivamente atmósferas de jarras anaerobias.

141.- ¿Cuándo se debe sospechar un síndrome de hiperparatiroidismo primario de origen genético?

a) Cuando se diagnostica un hiperparatiroidismo primario producido por un adenoma paratiroideo.
b) Cuando se diagnostica un hiperparatiroidismo primario en una persona paciente menor de 40 años.



c) Cuando la PTH es mayor de 300.
d) Cuando el calcio es mayor de 12.

142.- ¿Cuál es el tumor subcutáneo MÁS frecuente?

a) Lipoma.
b) Neurofibroma.
c) Hemangioma.
d) Hamartoma.

143.- ¿Cuál es el tumor cutáneo MÁS frecuente en la raza blanca?

a) Melanoma
b) Carcinoma epidermoide
c) Carcinoma basocelular
d) Sarcoma

144.- Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST):

a) Desarrollan metástasis linfáticas por lo que es necesaria la linfadenectomía.
b) El tratamiento de elección en el GIST localizado es el quirúrgico.
c) No desarrollan metástasis a nivel hepático y peritoneal.
d) No se debe realizar abordaje laparoscópico por el riesgo de ruptura de la seudocápsula de la lesión.

145.- ¿Cuál es el tipo histológico MÁS frecuente de sarcoma retroperitoneal?

a) Leiomiosarcoma.
b) Osteosarcoma.
c) Liposarcoma.
d) Rabdomiosarcoma.

146.- ¿En qué consiste la cirugía compartimental de los sarcomas retroperitoneales?

a) Exéresis sólo del tumor.
b) Exéresis del tumor y del peritoneo adyacente.
c) Es una cirugía “en bloque” que obliga a incluir órganos en la mayoría de los casos sanos como el riñón o el colon, pero que están próximos al tumor.
d) Exéresis del tumor y de la grasa retroperitoneal.

147.- Dentro de las estrategias perioperatorias de fluidos, ¿qué fenómeno clínico o desventaja potencial se asocia directamente a la aplicación estricta de un "régimen restrictivo" sin monitorización dirigida por objetivos?

a) Sobredosis masiva de macromoléculas con destrucción inmediata de la trombomodulina plaquetaria.

b) Ganancia masiva de peso corporal debido a la acumulación forzada de agua libre en el tercer espacio inexistente.
c) Aparición de una hipovolemia oculta que no pueda ser clínicamente apreciada por el equipo médico.
d) Supresión completa de la respuesta simpático-adrenomedular central en menos de 10 minutos.

148.- Varón de 60 años que acude a la consulta derivado del especialista de digestivo del ambulatorio por una lesión ocupante de espacio (LOE) hepática. En el estudio analítico presenta una bilirrubina de 2.1 mg/dL, enzimas hepáticas normales, 98.000 plaquetas y alfa-feto proteína 158 ng/mL. Se realiza un TAC trifásico que informa de hipertrofia del lóbulo caudado y la presencia de una lesión de 3 cm en segmento 5, LIRADS 5. Respecto al tratamiento, ¿Cuál de las siguientes es CORRECTA?

a) Dado que el paciente no cumple los criterios de Milán, es importante un estudio ecográfico para valorar la posible ablación percutánea.
b) El trasplante hepático no parece estar indicado por exceder los criterios de San Francisco.
c) La cirugía hepática es la principal opción terapéutica, aunque habrá que valorar el MELD y el grado de HTP.
d) Todas las anteriores son correctas.

149.- En la indicación del trasplante hepático (TH), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?

a) La clasificación Child Pugh sigue siendo el principal modelo de priorización en lista de espera.
b) Los criterios del Kings-College Hospital son los más empleados para indicar el trasplante hepático en el fallo hepático fulminante.
c) La trombosis Portal es una contraindicación relativa.
d) El TH está indicado en pacientes con una hepatopatia terminal con expectativa de vida menor o igual al 90%.

150.- Respecto a las indicaciones de trasplante hepático, indique la respuesta CORRECTA:

a) La cirrosis por alcohol es la indicación más habitual en nuestro medio.
b) La poliquistosis hepática puede estar indicada por deterioro de la calidad de vida.
c) El colangiocarcinoma hiliar irresecable puede estar indicado en el contexto de protocolos de radio y quimioterapia dirigidos.
d) Todas las anteriores son correctas.

151.- Durante la extracción en la persona donante en muerte encefálica:

a) En donantes hemodinamicamente estables, la técnica de elección es la descrita por Nakazato.
b) En pacientes hemodinamicamentes inestables el objetivo principal es conseguir el enfriamiento del hígado de forma rápida.
c) Es importante la heparinización con heparina sódica, después de la canulación de la aorta y de la vena mesenterica inferior.
d) Todas las respuestas son falsas.

152.- En la persona paciente trasplantada hepática, indique la respuesta FALSA:

a) Aunque es una complicación poco frecuente, ante la aparición de temblores es necesario descartar neurotoxicidad medicamentosa.
b) El rechazo celular agudo (RCA) aparece pocos días después del trasplante hepático (5-14 días) y responde muy bien al tratamiento inmunosupresor.
c) El RCA cursa con alteración de las pruebas de función hepática pero su confirmación es siempre mediante biopsia.
d) La tolerancia clínica operacional se evidencia en el 80% de las personas pacientes al retirar los inmunosupresores a largo plazo.

153.- Respecto al fallo primario del injerto:

a) Es una complicación grave del trasplante que supone la pérdida del injerto en la primera semana post-trasplante.
b) El único tratamiento efectivo es el retrasplante urgente.
c) La persona donante añosa, la presencia de macroesteatosis moderada y la isquemia fría prolongada son factores predisponentes.
d) Todas las anteriores son ciertas.

154.- Indique la respuesta INCORRECTA, en relación con el trasplante de páncreas:

a) Es la única terapia que ha demostrado efectividad para un control metabólico correcto.
b) La selección de receptores debe ser rigurosa con el objetivo de trasplantar personas enfermas en fase reversible.
c) El desarrollo de insuficiencia renal crónica por diabetes tipo I es una de las principales contraindicaciones.
d) En determinadas personas pacientes se debe asociar el trasplante renal.

155.- La trombosis vascular tras el trasplante pancreático:

a) Es una complicación que rara vez condiciona la pérdida del injerto.
b) La profilaxis mediante el uso de heparina no está ampliamente recomendada.
c) En caso de hiperglucemia o aumento de la amilasa hay que sospechar la trombosis, que se debe de confirmar con eco-doppler o angio-TAC.
d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

156.- En el trasplante intestinal, una de las siguientes NO es VERDADERA:

a) La insuficiencia intestinal e irreversible secundaria a intestino corto es una indicación frecuente.
b) El desarrollo de enfermedad hepática crónica puede obligar a la realización de un trasplante combinado hepato-intestinal.
c) El antecedente de un GIST es una contraindicación absoluta.
d) Es preciso una evaluación individualizada para valorar la mejor opción dentro de las distintas modalidades de trasplante intestinal.

157.- Entre los criterios de aceptación de las personas donantes de intestino están los siguientes, SALVO:

a) Tiempo de isquemia fría inferior a 9 horas.
b) Edad de la persona donante menor de 45 años.
c) Donantes en parada cardiaca.
d) Ausencia de obesidad.

158.- En relación con la anatomía quirúrgica del páncreas, indique la respuesta INCORRECTA:

a) El concepto de mesopáncreas fue descrito por primera vez por Gockel en 2007.
b) El conducto de Wirsung nace en la cola del páncreas y atraviesa la glándula por su plano anterior.
c) la maniobra de Kocher nos permite acceder a la región retroduodenal y retropancreatica.
d) El drenaje venoso discurre paralelo al arterial y desemboca en la vena porta.

159.- A la hora de indicar una Tomografia Computerizada (TC) para el estudio de la vesícula biliar, hay que saber:

a) La TC tiene escaso valor diagnostico en la litiasis vesicular.
b) Las anomalías biliares congénitas pueden identificarse en la TC, aunque la resonancia permite un estudio más completo.
c) La TC es la prueba más indicada para la estadificación y valoración de resecabilidad en el carcinoma de vesícula biliar.
d) Todas las anteriores son correctas.

160.- Respecto al papel de la resonancia magnética (RM) en la cirugía biliopancreática, indique la INCORRECTA:

a) La RM colangiopancreatografía (RMCP) puede ayudar a distinguir una pancreatitis crónica focal de una tumoración pancreática si se aprecia el “signo del ducto penetrante”.
b) La RMCP permite un estudio completo del árbol biliar y es especialmente útil para mostrar una unión pancreatobiliar anómala.
c) La RMCP es poco sensible a la hora de valorar complicaciones quirúrgicas como la estenosis o la fuga biliar.

d) La RM hepática con difusión puede mejorar la detección de metástasis hepáticas en la estadificación del carcinoma de páncreas.

161.- Respecto a los drenajes biliares percutáneos:

a) Se denomina externo cuando el extremo distal este alojado dentro de la vía biliar.
b) Se denomina interno cuando se coloca una endoprótesis franqueando una zona de endoprótesis.
c) Se denomina interno-externo cuando el extremo distal está colocado en el duodeno y el proximal en el exterior.
d) Todas son correctas.

162.- A la hora de valorar realizar un drenaje biliar percutáneo preoperatorio hay que saber:

a) El drenaje biliar se recomienda para mejorar las condiciones de la persona paciente y reducir las complicaciones postoperatorias.
b) No hay ninguna contraindicación absoluta para su realización.
c) No está recomendado ante fugas biliares porque puede aumentar su débito.
d) Todas son correctas

163.- Respecto a la colecistostomía percutánea, una de las siguientes es INCORRECTA:

a) Es el tratamiento de elección en personas pacientes ancianas con colecistitis alitiasica y comorbilidades mayores.
b) En pacientes jóvenes su uso no es de primera indicación.
c) La tasa de éxito alcanza el 95-100%.
d) El catéter se debe de retirar antes de la segunda semana para evitar complicaciones locales de el mismo.

164.- Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA en el íleo biliar:

a) Complicación poco frecuente de la colelitiasis (0,3-0,5%).
b) Para su desarrollo es necesario el establecimiento de una fistula, siendo la más frecuente de la vesícula biliar al duodeno.
c) Es más frecuente con cálculos menores de 2,5 cm que pueden pasar por el trayecto fistuloso.
d) El tratamiento definitivo es la cirugía, que puede realizarse en uno o dos tiempos.

165.- Mujer de 75 años que consulta por dolor epigástrico, flatulencia y digestiones pesadas, más intensas en los últimos meses. No reconoce fiebre, ni dolor claramente localizado. En la analítica presenta una leve anemia con perfil hepático y renal normal. Se le realiza una ecografía que informa de una lesión anecogénica de 8 cm de diámetro máximo, redondeada y circunscrita con su periquística, localizada en segmento 6-7. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?

a) Dado la sintomatología leve e inespecífica es probable que se trate de un quiste simple no complicado.
b) Es imprescindible la realización de una tomografía axial para la planificación quirúrgica.
c) Hay que explicar a la paciente que con la cirugía puede no mejorar la sintomatología.
d) Según la localización realizaremos un abordaje "radical" con extirpación completa del quiste o no radical, dejando parte de la periquística.

166.- Según la clasificación de Todani un quiste de colédoco tipo II corresponde a:

a) Dilatación segmentaria de la vía biliar.
b) Divertículo supraduodenal.
c) Coledococele intraduodenal.
d) Quistes extrahepáticos segmentarios.

167.- Mujer de 40 años, migrante de origen ecuatoriano que es remitida por el medico de cabera por cuadro de dispepsia inespecífica que achaca al cambio de los hábitos alimenticios. No refiere fiebre, coluria, dolor localizado, ni pérdida de peso no justificada en los últimos meses. Presenta una analítica con un perfil general normal con Bilirrubina 1,1 mg/dL y perfil hepático con FFAA 150 UI/L y GGT 80 U/L. En la ecografía presenta una vesícula atrófica con paredes engrosadas y calcificada sugestiva de colecistitis crónica, con un pólipo/engrosamiento de 15 mm en el fundus vesicular. Ante esta situación, ¿cuál de los siguientes NO estaría indicado?

a) Estaría recomendado ampliar el estudio con una TAC y/o RMN.
b) Estaría indicado inclusión directamente en lista de espera y colecistectomía programada.
c) Hay que plantearse remitir a la paciente a un centro de referencia de cirugía hepática.
d) La colecistectomía laparoscópica puede ser curativa.

168.- ¿Cuál de las siguientes NO es una variable del sistema BISAP, en la pancreatitis aguda?

a) Presencia de derrame pleural.
b) Estado mental alterado.
c) Descenso del hematocrito en las primeras 24 horas.
d) Edad mayor 60 años.

169.- **Ante una pancreatitis aguda necrotizante de origen biliar, ¿cuál es la afirmación CORRECTA?**

a) La colecistectomía no está siempre indicada precozmente, pudiendo recomendarse diferirla hasta la recuperación de la persona paciente.
b) Este recomendado la necrosectomía convencional por laparotomía en las primeras tres semanas de la instauración de la necrosis.
c) Si no mejora con la necrosectomía, estaría indicado un "abordaje escalonado" con antibioterapia y drenaje endoscópico.
d) Todas las anteriores son correctas.

170.- **Persona paciente de 70 años consumidora de 50 gr de alcohol al día es remitido a nuestras consultas por un cuadro de ictericia, coluria y acolia con una ecografía realizada en su ambulatorio que informa de dilatación bilateral de la vía biliar intrahepática sin afectar a la vía extrahepática. En la analítica presenta una bilirrubina de 6,5 mg/ dL, con enzimas hepáticas normales, 120000 plaquetas, IP 65%, CA 19.9 12 U/mL. En la TAC se confirma la dilatación de la vía biliar intrahepática y la presencia de un efecto masa hiliar de aspecto infiltrante de 2 cm con pérdida del plano graso con la arteria hepática derecha, dejando libre la izquierda, vena porta permeable e hipertrofia del lóbulo caudado. Se realiza una colangioRMN que aprecia una lesión infiltrante en el interior de la vía biliar afectando a la confluencia y que se extiende hacia el conducto hepático derecho. Indique cuál de las siguientes es CORRECTA:**

a) Dada la infiltración de la arteria derecha la lesión probablemente sea irresecable y se recomiende un drenaje biliar derecho paliativo.
b) Dada la localización del tumor es preciso realizar una volumetría y en caso de volumen residual funcional inferior al 35 % estaría indicado una embolización portal derecha.
c) Para disminuir las complicaciones postquirúrgicas, la hepatectomía se recomienda realizarla la semana siguiente a la embolización.
d) Para una mejor hipertrofia es recomendable asociar un drenaje biliar derecho.

171.- **Mujer de 35 años que consulta por lesión ocupante de espacio hepática diagnosticada por su ginecólogo en consulta rutinaria. La paciente se encuentra asintomática y la exploración abdominal es normal. Consumo de alcohol ocasional. En la analítica únicamente se aprecia una leve anemia ferropénica siendo el perfil hepático normal. En la TAC presenta una lesión hiperdensa en fase arterial de 6 cm de diámetro máximo con cicatriz central e isodensa en fase portal. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**

a) Para confirmar el diagnóstico es recomendado una RM, que aumenta la precisión diagnostica.
b) Su aparición se relaciona con el uso de anticonceptivos de forma prolongada.
c) Dado su tendencia a crecer y a desarrollar complicaciones está indicada mayoritariamente la resección quirúrgica.
d) Todas son correctas.

172.- De acuerdo con la terminología Brisbane 2000, ¿A qué segmentos corresponde una sección anterior derecha hepática?

a) Segmentos 5-6.
b) Segmento 6-7.
c) Segmentos 5-8.
d) Segmento 7-8.

173.- Respecto al manejo del sangrado durante la cirugía hepática, indique lo CORRECTO:

a) Es importante mantener PVC superiores a 5 para garantizar el adecuado drenaje hepático.
b) Ningún dispositivo ha mejorado a la kellyclasia aunque facilitan la transección.
c) La maniobra de Pringle no está recomendada usar más de 5 minutos seguidos, por la isquemia hepática que genera.
d) Todas son correctas

174.- Respecto al uso de hemostáticos tópicos, en la cirugía hepática:

a) Factores como la coagulopatía dilucional, cirrosis, daño hepático, quimioterapia y fibrinolisis son determinantes en el control de la hemostasia.
b) Los hemostáticos pasivos ayudan a la formación del coagulo de plaquetas.
c) Los hemostáticos activos ayudan a la formación de fibrina.
d) Todas son correctas.

175.- En relación con el estudio radiológico y funcional del hígado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es NO CORRECTA?

a) El cálculo volumétrico es una estimación exclusiva de la cantidad de la masa hepática celular remanente, que no tiene en cuenta la frecuente disfunción basal del parénquima hepático.
b) La presencia de esteatohepatitis y del síndrome obstructivo sinusoidal pos-quimioterapia se puede sospechar con pruebas de imagen preoperatorias.
c) Principales datos radiológicos de cirrosis son: segmento I prominente, muesca hepática posterior derecha, atrofia del lóbulo izquierdo e hipertrofia del sector anterior derecho.
d) El análisis 3D permite una reconstrucción fiel de la estructura tridimensional del tumor (o de los tumores) en relación con el árbol vascular y biliar hepático.

176.- Con respecto a los orígenes del desarrollo de la cirugía robótica, ¿cuál fue el concepto innovador fundamental que dio lugar a la primera generación de sistemas robóticos actuales?

a) La integración de la guía por imagen tomográfica en tiempo real.
b) El desarrollo de la tecnología inalámbrica aplicada a plataformas de quirófano.
c) La configuración maestro-esclavo basada en una consola de control y una unidad portadora de brazos activos.

d) El diseño de sistemas autómatas independientes capaces de reemplazar por completo las manos del cirujano.

177.- Si decidimos un abordaje laparoscópico hepático hay que saber que una de las siguientes es INCORRECTA:

a) En las lesiones localizadas en el sector lateral izquierdo (II-III) debe considerarse la seccionectomía lateral izquierda como el abordaje de elección.
b) Si una hemorragia no se puede solucionar de forma definitiva, se aconseja hemostasia transitoria con compresión con las pinzas para convertir de forma ordenada.
c) La navegación con fluorescencia del ICG permite explorar principalmente los primeros 10 mm desde la superficie hepática.
d) La cirugía laparoscópica ha demostrado ser beneficiosa en cuanto a resultados posoperatorios a corto plazo, aunque empeora los resultados oncológicos a largo plazo (supervivencia global y libre de enfermedad).

178.- Respecto a la hipertensión portal (HTP):

a) La HTP supone un aumento de la presión del sistema portal, con gradiente entre vena cava inferior y porta superior al normal y sus complicaciones aparecen habitualmente cuando este gradiente es inferior a los 12 mmHg .
b) La hemorragia digestiva es la complicación más representatitva de la HTP y se debe de incluir a la persona paciente en programas de escleroterapia de varices.
c) La descompresión venosa, ya sea mediante el TIPS o mediante una derivación quirúrgica, está indicada en pacientes que continúan sangrando a pesar de un tratamiento médico y endoscópico adecuado.
d) Todas las anteriores son correctas.

179.- En relación con las técnicas de ablación percutánea hepática, indique cuál es la CORRECTA:

a) La proximidad de un vaso de > 3 mm al tumor a tratar con ablación por radiofrecuencia (RF) conlleva un riesgo de recidiva local del 40 % por vía percutánea.
b) Actualmente, la ablación por RF es un tratamiento de primera línea del HCC ≤ 3cm al mismo nivel que la resección quirúrgica.
c) Existen evidencias todavía débiles de que la ablación con microondas podría ser más eficaz que la RF para el tratamiento de nódulos hepáticos próximos a vasos voluminosos.
d) Todas las anteriores son correctas.

180.- ¿Cuál de los siguientes es un criterio para la elección de un manejo no quirúrgico en el traumatismo hepático cerrado?

a) Estabilidad hemodinámica de la persona paciente.
b) Ausencia de signos de lesiones de otros órganos que requieran manejo quirúrgico.

c) Disponibilidad de un equipo multidisciplinario con la posibilidad de realización de TC abdominal, tratamiento quirúrgico y estrecho seguimiento en una unidad de cuidados intensivos y cirujanos expertos.
d) Todos los anteriores

181.- Respecto al adenoma hepático, ¿cuál es el subtipo molecular MÁS frecuente?

a) Mutación HNF1α inactivo.
b) Mutación β-catenina.
c) IHCA (inflamatorio).
d) Telangiectásico.

182.- Respecto a los tumores retroperitoneales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Para el diagnóstico, se debe hacer biopsia incisional ya que tiene una alta precisión diagnóstica y un bajo riesgo de diseminación tumoral.
b) El liposarcoma bien diferenciado tiene un bajo potencial metastásico y una alta tendencia a la recidiva local.
c) El leiomiosarcoma de la vena cava inferior de nivel III puede provocar un síndrome de Budd-Chiari.
d) El nomograma de Gronchi predice la supervivencia a 7 años en función de factores como tamaño tumoral, grado y subtipo histológico y edad, entre otros.

183.- El cáncer de mama en el hombre es una entidad poco frecuente y representa menos del 1 % de todos los cánceres de mama, así como el 0,1 % de los cánceres en el varón, aunque en las últimas décadas se ha observado un aumento en su incidencia. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA con respecto a esta entidad?

a) Se diagnostica más tardíamente que en la mujer.
b) A diferencia de la mujer, el cáncer de mama en el hombre tiene una relación más frecuente con historia familiar de cáncer de mama y ovario.
c) La mutación más frecuente en el cáncer de mama en el varón es el BRCA2.
d) Debida a su baja incidencia, no se recomienda el estudio genético en los hombres con cáncer de mama.

184.- Respecto al tumor desmoide mesentérico, señale la respuesta FALSA:

a) La asociación entre tumor desmoide y poliposis adenomatosa familiar es especialmente significativa en el subgrupo de pacientes con síndrome de Gardner.
b) Se caracteriza por su alta malignidad y con frecuencia presentan metástasis a distancia al diagnóstico.
c) Incluso con tumores bien resecados, los desmoides presentan altas probabilidades de recidiva local.
d) La cirugía intraabdominal aumenta al triple el riesgo de desarrollo de tumores desmoides.

185.- En una persona paciente con fiebre, dolor abdominal de inicio súbito y defensa localizada en epigastrio, con presencia de neumoperitoneo en la radiografía de tórax, la etiología del cuadro será:

a) Colecistitis aguda.
b) Úlcera péptica complicada.
c) Pancreatitis aguda.
d) Apendicitis aguda de localización ascendente.

186.- En el marco de la telecirugía de larga distancia, ¿cuál es el límite de latencia o retraso en la transmisión de datos a partir del cual se dificulta significativamente la realización de maniobras quirúrgicas en comparación con el tiempo real?

a) 155 milisegundos (ms).
b) 250 milisegundos (ms).
c) 500 milisegundos (ms).
d) 100 milisegundos (ms).

187.- Durante la fase de evaluación clínica inicial de una innovación quirúrgica mediante el sistema IDEAL, ¿cuál es la herramienta metodológica específicamente recomendada cuando no es posible realizar estudios de casos-controles?

a) El Randomized Controlled Trial (RCT).
b) El Multicentre Population Registry (MPR).
c) El Retrospective Case Series (RCS).
d) El Prospective Development Study (PDS).

188.- En la experiencia reportada por Díaz del Val et al. utilizando el formato de estudio del sistema IDEAL en cirugía esofagogástrica, ¿qué hallazgo clínico motivó que se dejara de utilizar el robot en determinados procedimientos?

a) La elevada tasa de fugas en la anastomosis gastro-yeyunal manual.
b) Que las ventajas para construir la anastomosis intratorácica tras una esofagectomía no se encontraban durante la disección del esófago en el mediastino.
c) La imposibilidad de mitigar el temblor esencial en campos estrechos como el mediastino superior.
d) Las colisiones continuas entre el tercer y cuarto brazo mecánico al abordar la región cervical.

189.- Al analizar la "zona gris" en la introducción de tecnologías médicas, ¿cómo la define prácticamente el texto en el contexto de la práctica quirúrgica?

a) El periodo de tiempo obligatorio de experimentación en modelos animales antes de la aprobación por la FDA o el marcado CE.
b) El área de conflicto legal y de patentes entre corporaciones monopólicas como Intuitive Surgical y Computer Motion.

c) La utilización de un instrumental o equipo con un uso aprobado por agencias de control fuera del estándar de aplicación clínica para el que fue diseñado y sin investigación controlada.
d) El estado de desconexión transitoria de la red que genera latencias mayores a 155 ms en programas de telecirugía activa.

190.- De acuerdo con el análisis crítico de la cirugía robótica y el consenso publicado por la European Association for Endoscopic Surgeons (EAES), ¿cuál es la conclusión principal sobre el beneficio directo para la persona paciente en cirugía general y digestiva?

a) Que reduce en un 30% la estancia hospitalaria general frente a la laparoscopia avanzada.
b) Que no existen beneficios directos para la persona paciente con un grado de evidencia alta en ninguno de los procedimientos analizados, mostrando únicamente potencial en campos complejos o de difícil acceso.
c) Que demuestra ventajas indiscutibles y de alta evidencia en colecistectomías rutinarias por puerto único.
d) Que elimina por completo la necesidad de conversión a cirugía abierta gracias al instrumental Endowrist.

191.- En cirugía robótica general, para minimizar el riesgo de colisión entre los brazos mecánicos y optimizar el eje de rotación, ¿cuáles son las distancias mínimas recomendadas por el texto entre las cánulas/trocares de trabajo y con respecto al órgano diana?

a) Un mínimo de 5 cm entre cánulas y 8 cm al órgano a tratar.
b) Un mínimo de 12 mm entre cánulas y 20-30 cm al órgano a tratar.
c) Un mínimo de 8 cm entre las cánulas y una distancia de 10-20 cm con el órgano a tratar.
d) Una distancia fija de 15 cm de forma simétrica bilateral alineada con la columna central.

192.- Con respecto a las pautas ergonómicas del cirujano en la consola del robot, ¿cuál es el límite máximo recomendado de flexión cervical para mitigar la sobrecarga en la musculatura cervicodorsal?

a) No debe exceder los 15-20°.
b) Debe mantenerse estrictamente a 0° (alineación vertical total).
c) Puede alcanzar hasta 45° siempre que la frente se apoye firmemente en el visor.
d) No debe superar los 5-10° respecto al plano del reposabrazos.

193.- Al evaluar la relación de coste-eficiencia en base a la experiencia quirúrgica institucional descrita en la monografía, ¿bajo qué condiciones específicas se reporta que la cirugía robótica bariátrica resulta rentable en un bypass gástrico?

a) En cualquier entorno de salud si la tasa de fugas disminuye un 0.5% neto.
b) Al realizar de forma manual la anastomosis gastro-yeyunal y alcanzar un volumen mínimo de 100 bypass gástricos al año.
c) Únicamente cuando se acopla la plataforma Da Vinci Xi por puerto único.
d) Cuando los gastos de mantenimiento anual de la plataforma se reducen por debajo del 5% del coste de adquisición.

194.- De acuerdo con el análisis sobre el modelo organizativo hospitalario en España, ¿cuál es uno de los principales problemas asociados a la tendencia de potenciar la subespecialización en los servicios de cirugía general y digestiva?

a) El aumento desmedido de costes por la necesidad de adquirir múltiples carros de visión independientes.
b) La limitación para que el personal cirujano adquiera experiencia en cirugía robótica en un plazo de tiempo reducido, debido al limitado número de pacientes en determinadas áreas de subespecialización.
c) El rechazo sistemático de la tecnología robótica por parte de los cirujanos noveles.
d) La falta de acreditación oficial por parte de la empresa fabricante (Intuitive Surgical) hacia unidades superespecializadas.

195.- El cáncer colorrectal hereditario no polipósico o síndrome de Lynch se asocia con mutaciones en las líneas germinales de los siguientes genes reparadores EXCEPTO:

a) MLH1.
b) MSH2.
c) APC.
d) PMS2.

196.- En el cáncer de mama en el hombre, es FALSO:

a) Representa el 0,8% de todos los cánceres de mama, menos del 1% de todos los nuevos diagnósticos de cáncer en hombres, y el 0,2% de las muertes por cáncer en hombres.
b) Los factores de riesgo son edad avanzada, exposición a la radiación y factores relacionados con alteraciones del equilibrio de estrógenos y andrógenos, como enfermedades testiculares, infertilidad, obesidad y cirrosis.
c) En el estudio anatomopatológico, el 90% de los cánceres de mama masculinos son carcinomas ductales invasivos.
d) La ginecomastia es un factor de alto riesgo de padecer cáncer de mama.

197.- El tratamiento del carcinoma en la mama en el hombre, marque la opción CORRECTA:

a) Los tumores pequeños pueden abordarse mediante escisión local y radioterapia o bien mastectomía.
b) Se ha demostrado que la biopsia del ganglio centinela es ineficaz para determinar el estadio del cáncer de mama en hombres.
c) Los tumores mamarios masculinos no afectan con más frecuencia al músculo pectoral mayor.
d) La mayoría de los cánceres de mama masculinos son negativos para receptores hormonales.

198.- Señala la respuesta FALSA sobre la ginecomastia:

a) La hipertrofia del tejido mamario en los hombres es un cuadro clínico en el que no suele identificarse una causa.
b) La hipertrofia mamaria prepuberal se produce en jóvenes entre los 13 años y el comienzo de la edad adulta.
c) La hipertrofia mamaria senil se diagnostica en hombres mayores de 70 años.
d) La ginecomastia puede ser una manifestación sistémica de la cirrosis hepática, la insuficiencia renal o la desnutrición.

199.- Señala la respuesta FALSA sobre el síndrome de la embolia grasa:

a) Es una afección caracterizada por dificultad respiratoria, estado mental alterado y petequias en la piel.
b) Los signos clínicos son evidentes horas o días después de una lesión con fracturas de huesos largos o de la pelvis.
c) En pacientes con fracturas aisladas de los huesos largos, la incidencia se sitúa en el 20%.
d) En una persona paciente con politraumatismos con fracturas de pelvis o de los huesos largos, la incidencia del síndrome es de hasta el 19%.

200.- Señala de respuesta FALSA sobre la embolia pulmonar:

a) La complicación más temible y potencialmente mortal de la trombosis venosa profunda es la embolia pulmonar.
b) Los síntomas de la embolia pulmonar, que abarcan desde disnea, dolor torácico e hipoxia, hasta cor pulmonale agudo, son inespecíficos y exigen un alto grado de sospecha.
c) Si la persona paciente desarrolla una embolia pulmonar cuando está correctamente anticoagulada, está indicado un filtro de la vena cava.
d) La prueba de referencia sigue siendo la angiografía por TAC, pero está siendo sustituida cada vez más por la angiografía pulmonar.

201.- Respecto del tratamiento de los vólvulos, señale la respuesta CORRECTA:

a) El tratamiento inicial de elección del vólvulo de sigma en pacientes con shock séptico es la descompresión endoscópica.
b) El riesgo de recidiva del vólvulo de sigma tras la descompresión endoscópica es de alrededor del 20 %.
c) En casos de recidiva se aconseja la sigmoidopexia laparoscópica programada.
d) El tratamiento habitual del vólvulo de ciego es quirúrgico.

202.- ¿Cuáles de las siguientes medidas NO son de interés para la profilaxis de la trombosis venosa postoperatoria en cirugía digestiva?

a) Movilización precoz tras la cirugía.
b) Medias compresivas.
c) Métodos de compresión neumática de las extremidades inferiores.
d) Heparina sódica endovenosa.

203.- El factor pronóstico más importante en los sarcomas de partes blandas es el grado histológico, que permite clasificarlos de mayor a menor agresividad. ¿Podría indicar cuál de los siguientes criterios NO está basado este grado histológico?

a) Número de mitosis por campo de alta potencia.
b) Presencia de necrosis.
c) Presencia de budding tumoral.
d) El grado de diferenciación tumoral.

204.- Con respecto al fibroadenoma juvenil, ¿cuál es la afirmación que identificaría con este tipo de lesiones?

a) Muestra notable celularidad.
b) Puede presentar adenosis esclerosante o quistes de tamaño de al menos 3 mm.
c) Puede exhibir un crecimiento relativamente rápido en mujeres jóvenes.
d) Existe cambio mixoide del estroma.

205.- Con respecto al dolor abdominal en el abdomen agudo, señale la respuesta CORRECTA:

a) El peritoneo parietal es sensible a presión y temperatura.
b) El peritoneo visceral no es sensible a la distensión.
c) El dolor cólico y paroxístico se deben a la afectación del peritoneo parietal.
d) La afectación del peritoneo visceral próximo a un área muscular concreta produce la llamada “defensa” por contractura de la pared abdominal de esa zona.

206.- NO es causa de peritonitis secundaria:

a) La perforación intestinal.
b) La traslocación bacteriana.
c) La dehiscencia anastomótica.
d) La necrosis isquémica.

207.- Los abscesos abdominales (únicos o múltiples), señale la respuesta CORRECTA:

a) Se consideran como una infección intraabdominal complicada.
b) La sinergia bacteriana no tiene un papel relevante en su formación.
c) La patología gástrica es la que presenta con más frecuencia formación de abscesos.
d) Las bacterias anaerobias (como Bacteroides) no se suelen aislar en los abscesos viscerales.

208.- Con respecto al absceso hepático, señale la respuesta CORRECTA:

a) La etiología amebiana es la más frecuente.
b) Los causados por Enterobacter presentan mayor gravedad.
c) Es más frecuente su localización en el lóbulo hepático derecho.
d) El metronidazol no resulta útil en su tratamiento por no penetrar adecuadamente en la cápsula del absceso.

209.- Con respecto al traumatismo abdominal, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Existe un elevado índice de lesiones inadvertidas abdominales que pueden ser relevantes y aumentar la morbimortalidad.
b) El TAC abdominal es la prueba más sensible y específica para valorar lesiones abdominales y en retroperitoneo.
c) La laparotomía urgente está indicada en traumatismo abdominal penetrante por arma blanca en paciente inestable.
d) Se clasifica en 3 tipos: cerrado, penetrante y explosivo.

210.- Respecto al diagnóstico del shock, indique la VERDADERA de las siguientes afirmaciones:

a) La presencia de hipotensión arterial es condición indispensable para el diagnóstico de shock.
b) La frecuencia cardíaca tiene una sensibilidad y especificidad óptima para la detección del shock.
c) La presencia de lactato plasmático superior a 1 mmol/L se considera patológica y se asocia a una mayor mortalidad.
d) Independientemente de la etiología del shock, el valor pronóstico del lactato sérico es mucho mayor que el de la presión arterial.

211.- La sueroterapia forma parte del grupo de fármacos más prescritos en el ámbito hospitalario. Indique la FALSA de las siguientes afirmaciones:

a) Los cristaloides contienen agua, electrolitos y/o glucosa en diferentes proporciones.
b) Para la fluidoterapia de mantenimiento se recomienda el uso de coloides sobre cristaloides.
c) La vía RICA (Recuperación Intensificada en la Cirugía del Adulto) recomienda la monitorización del volumen sistólico para guiar la administración intraoperatoria de fluidos.
d) El exceso de aporte de líquidos intravenosos se correlaciona con complicaciones postoperatorias pulmonares, cardíacas, gastrointestinales y renales.

212.- Respecto a la evaluación del riesgo quirúrgico, de las siguientes la respuesta VERDADERA:

a) La clasificación de riesgo de la ASA (American Society of Anesthesiology) no tiene en cuenta los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica.
b) No existe una correlación de las puntuaciones ASA con la mortalidad postoperatoria y complicaciones graves.
c) Uno de sus puntos fuertes es la objetividad de la puntuación ASA entre los diferentes profesionales.
d) La categoría ASA II corresponde a una persona paciente con enfermedad sistémica grave, con limitación funcional, pero que no incapacita.

213.- Existen diversas situaciones en las que una persona paciente padece alteración de la coagulación secundaria al uso de fármacos. ¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a un tratamiento correcto?

a) Alteración causada por uso de heparina sódica debe tratarse con desmopresina.
b) Alteración causada por uso de acenocumarol debe tratarse con vitamina K.
c) Alteración causada por dabigatran debe tratarse con adexanet.
d) Alteración causada por heparina de bajo peso molecular debe tratarse con factor VII de la coagulación.

214.- Respecto a la técnica de difusión en gradiente (Etest) para el estudio de sensibilidad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA según el texto?

a) El Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI) recomienda explícitamente su uso comercial para bacterias anaerobias.
b) La concentración mínima inhibitoria (CIM) se determina en el punto donde el óvalo de inhibición intersecta con la tira de plástico o papel.
c) No es una técnica válida para cuantificar la sensibilidad en levaduras u hongos.
d) Requiere obligatoriamente un medio de cultivo exento de oxígeno en todos los casos de siembra microbiológica.

215.- Con relación a la desnutrición y las complicaciones asociadas, señale la respuesta VERDADERA:

a) La sarcopenia se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa muscular esquelética y de la fuerza muscular.
b) La sarcopenia no puede diagnosticarse con un dinamómetro.
c) La valoración del paciente con el Nutritional Risk Screening NSR 2002 predice los enfermos con riesgo nutricional e informa del sector (muscular, proteína visceral o grasa de reserva) deficitario.
d) El método Gassull, basado en el pliegue del tríceps, perímetro del brazo y medición de la albúmina tiene su mayor utilidad en personas pacientes candidatas a soporte nutricional en las unidades de reanimación postoperatoria.

216.- ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico primario por el cual el bloqueo anestésico neuroaxial (epidural) atenúa la respuesta metabólica al estrés según los hallazgos validados por Kehlet?

a) Estimulación directa de las células β pancreáticas para contrarrestar las hormonas contrarreguladoras.
b) Bloqueo de las vías aferentes al sistema nervioso central, atenuando el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal.
c) Inhibición selectiva de la degranulación de mastocitos y la activación del complemento periférico.
d) Supresión metabólica intrínseca de la síntesis hepática de proteínas de fase aguda de prioridad procoagulante.

217.- De acuerdo con el análisis de la respuesta endocrina regulada centralmente, el factor liberador de la hormona corticotropa (CRH) ejerce una acción sinérgica con la vasopresina para estimular la secreción hipofisaria de:

a) Propiomelanocortina (POMC), la cual es posteriormente metabolizada a ACTH y β-endorfinas.
b) Prolactina y dopamina de forma exclusiva en el bulbo raquídeo.
c) Aldosterona y hormona del crecimiento exocrina en la médula suprarrenal.
d) Aminoácidos esenciales y opsoninas plasmáticas para la vía extrínseca.

218.- Durante la respuesta inmunohematológica al estrés perioperatorio, ¿qué patrón temporal exacto y variaciones celulares se observan en los linfocitos circulantes tras la agresión quirúrgica?

a) Se produce un incremento inmediato del 40% al 70% de linfocitos T helper y células NK que se mantiene durante 24 horas.
b) Los glucocorticoides plasmáticos inducen una neutropenia severa acompañada de linfocitosis absoluta persistente.
c) En los primeros 30 minutos disminuyen entre el 40% y 70% de sus valores basales (T helper, citotóxicos, B, NK y monocitos), recuperándose o sobrepasando el basal dentro de las 3 horas del cese del estímulo.

d) Hay una parálisis selectiva y exclusiva de la inmunidad innata mediada por neutrófilos, mientras que la inmunidad adaptativa celular se hiperactiva de inmediato.

219.- En el contexto de las alteraciones microvasculares mediadas por el estrés y la inflamación perioperatoria, ¿qué fenómeno molecular caracteriza al glicocálix endotelial?

a) Incrementa de forma abrupta su carga eléctrica neta positiva para repeler a los macrófagos activados.
b) Su degradación y la pérdida rápida de sus funciones ocurren en respuesta a mediadores inflamatorios y enzimas de leucocitos activados, permitiendo el acceso celular a las moléculas de adhesión y la extravasación de fluidos.
c) Mantiene la estructura del endotelio vascular intacta únicamente si se eliminan por completo los lípidos de la membrana madura.
d) Es una monocapa polimérica de fosfolípidos neutros cuya síntesis aumenta de forma refractaria ante la infusión de coloides sintéticos.

220.- Según las guías de la European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), ¿cuál es el rango de aporte calórico y proteico recomendado para limitar las pérdidas de nitrógeno en la persona paciente quirúrgica adulta?

a) Aportar entre 10-15 kcal/kg/día y un máximo de 0.5 g de proteína por kg al día.
b) Aportar entre 25-30 kcal/kg/día, considerando apropiado un aporte de 1.5 g de proteína por kg al día.
c) Suministrar un mínimo de 50 kcal/kg/día estructurado en un 90% de calorías en forma de lípidos puros.
d) Restringir las calorías totales a menos de 5 kcal/kg/día para forzar la gluconeogénesis hepática postoperatoria.

221.- ¿Cuál es el mecanismo de resistencia más frecuente en España que justifica la resistencia de Escherichia coli a la asociación amoxicilina-ácido clavulánico (que se sitúa entre el 10-20% u hasts el 25% local)?

a) La expresión constitutiva y cromosómica de una betalactamasa SHV inmodificable.
b) La hiperproducción de la betalactamasa cromosómica de tipo AmpC propia de la especie debido a una mutación.
c) La adquisición de carbapenemasas plasmídicas que inactivan selectivamente al tazobactam.
d) El desarrollo de bombas de expulsión activa exclusivas para las fluoroquinolonas.

222.- Según la definición formal de cirugía mínimamente invasiva (CMI) descrita en el manual, ¿cuál de las siguientes afirmaciones refleja mejor la filosofía o acuñación de este término?

a) Fue un concepto puramente instrumental acuñado por ginecólogos alemanes en 1951.
b) Es una filosofía quirúrgica que consiste en realizar operaciones mayores a través de pequeñas incisiones con sistemas de imagen miniaturizados, cuyo término relacionado "cirugía de invasividad mínima" fue acuñado por el urólogo británico John Wickham en 1987.
c) Se define estrictamente como el examen visual exclusivo de los flancos del abdomen mediante el uso de un galloscope de acceso umbilical único.
d) Es una modalidad quirúrgica aplicable únicamente a la cirugía abdominal de adultos que excluye disciplinas tradicionales como la oftalmología o la pediatría.

223.- En el análisis del componente visual de la exploración laparoscópica, el texto destaca una característica fundamental que la diferencia de la visión a ojo desnudo en cirugía convencional. ¿A qué se refiere?

a) A la pérdida de la noción de profundidad provocada obligatoriamente por el uso de monitores de tipo CRT.
b) A la necesidad de cambiar el ángulo de visión de las lentes a 135° de forma sistemática para poder enfocar tejidos profundos.
c) Al poder de magnificación del sistema óptico y la gran calidad de las lentes, que permiten una visualización microscópica de detalles imposibles para el ojo humano.
d) A la distorsión cromática selectiva que ayuda al personal cirujano a diferenciar planos vasculares de manera virtual.

224.- Respecto a la reducción de la agresividad parietal sobre la pared abdominal mediante el uso de trocares, ¿qué fenómeno anatómico/quirúrgico se describe detalladamente en la guía?

a) La punción del trocar produce una sección muscular transversa completa que requiere sutura aponeurótica sistemática.
b) La introducción del trocar provoca una cicatrización queloidea que disminuye de forma drástica la respuesta inmunitaria local.
c) La punción es en realidad una separación muscular y dispersión de fibras, no necesariamente una incisión o disección de planos, minimizando la agresión.
d) El uso de miniinstrumentos de 2-3 mm elimina por completo la necesidad de neumoperitoneo debido al nulo trauma de la pared.

225.- Al evaluar el desarrollo tecnológico e industrial, la guía analiza el uso de miniinstrumentos (2-3 mm) y laparoscopios de 5 mm en la denominada "cirugía laparoscópica de aguja". ¿Cuál es el principal inconveniente técnico o compensación que menciona el texto?

a) El elevado riesgo de provocar embolismo gaseoso por la alta presión que requieren los trocares pequeños.
b) La imposibilidad absoluta de registrar la señal de vídeo en monitores con tecnología de alta definición (HD).
c) Un incremento en las dificultades de ejecución del procedimiento debido a la flexibilidad inherente de estos finos instrumentos.
d) La degradación irreversible del equilibrio de colores en la pantalla por falta de iluminación proximal.

226.- Con respecto a la fisiopatología mitocondrial durante la hiperglucemia perioperatoria, ¿cómo se genera el peroxinitrito y qué consecuencia directa provoca en las células?

a) El superóxido mitocondrial reacciona con el óxido nítrico incrementado por el estrés, formando peroxinitrito, el cual induce nitración de complejos mitocondriales (I y IV), GAPDH y MnSOD, estimulando la apoptosis.
b) Se produce por la interacción de la insulina con la superóxido dismutasa, inhibiendo por completo la vía de la glucólisis anaeróbica.
c) Es el resultado de la degranulación de los eosinófilos en las arteriolas periféricas, previniendo la toxicidad por glucosa.
d) Deriva de la reducción de los reactantes de fase aguda hepáticos, lo que revierte por completo el catabolismo proteico muscular.

227.- Dentro de las tecnologías de capacitación (distintas a las de facilitación), ¿cuál de los siguientes ejemplos se menciona explícitamente en el texto con la función de expandir el rango de procedimientos ejecutables por el personal cirujano?

a) Los monitores de pantalla LCD de alta resolución que sustituyen el tacto del personal cirujano de forma digital.
b) Los dispositivos de radiofrecuencia térmicos para ablación in situ de tumores hepáticos y los dispositivos de endograpado lineal para cirugía colorrectal.
c) El proctoscopio quirúrgico flexible empleado exclusivamente en el tratamiento del reflujo gastroesofágico intraluminal.
d) Las agujas de Veress modificadas con resortes neumáticos de seguridad para accesos supraumbilicales ciegos.

228.- En relación con la cirugía telerrobótica ayudada por ordenador (CATS) mediante el sistema Da Vinci, ¿cuál de las siguientes opciones describe un beneficio ergonómico y un componente mecánico específicos citados en el texto?

a) Permite al personal cirujano operar de pie con un sistema de suspensión parietal neumática que reduce la fatiga de las extremidades inferiores.
b) Proporciona una imagen bidimensional ampliada que elimina la necesidad de utilizar portaagujas convencionales gracias a minirrobots autónomos.
c) Disminuye la fatiga del personal cirujano al permitirle permanecer sentado ante la consola, y los instrumentos cuentan con articulaciones de muñeca internas que reproducen los movimientos de pronación.
d) Garantiza la aproximación tisular automatizada mediante control de impedancia de tejidos a distancias mayores a 10.000 kilómetros.

229.- En la evolución cronológica de los pioneros de la laparoscopia, ¿qué aportación fundamental se le atribuye al húngaro J. Veress en el año 1938 según los apuntes históricos del manual?

a) La realización de la primera colecistectomía laparoscópica registrada mediante un galloscope modificado.
b) El desarrollo de un nuevo sistema de lentes que permitía por primera vez una visión oblicua a 135° en humanos.
c) El perfeccionamiento de una aguja especial con un resorte accionado por un muelle que oculta la parte punzante en una vaina para realizar el neumoperitoneo de forma segura.
d) La propuesta original de utilizar CO2 como el gas mejor tolerado para limitar la velocidad de insuflación abdominal.

230.- Con respecto a los hitos históricos de la cirugía laparoscópica terapéutica en humanos durante la década de los 80 y principios de los 90, ¿cuál de las siguientes relaciones de autores y procedimientos es la CORRECTA según el texto?

a) Eric Mühe realizó la primera colecistectomía laparoscópica del mundo en septiembre de 1985; Kurt Semm realizó la primera apendicectomía laparoscópica en 1982.
b) P. Mouret realizó la primera colectomía laparoscópica en 1987 y publicó inmediatamente sus resultados en una revista ginecológica de París.
c) M. Gagner introdujo la técnica de la microcirugía endoscópica transanal (TEM) en el año 1991 junto con Gustavo Plasencia.
d) Moisés Jacobs realizó la primera suprarrenalectomía por vía laparoscópica pura en el año 1983 usando instrumental de 2 mm.

231.- ¿Cuál de estas técnicas de cirugía bariátrica ha demostrado mejores resultados de pérdida de peso y resolución de comorbilidades, sobre todo de la diabetes mellitus tipo 2?

a) Cruce duodenal.
b) Banda gástrica.
c) Bypass gástrico en Y de Roux.
d) Gastrectomía Vertical.

232.- En el abordaje diagnóstico-terapéutico de la hemorragia digestiva alta, señale la respuesta FALSA:

a) Según la clasificación de Forrest, la visualización de un vaso visible no sangrante en la endoscopia se corresponde con un grado IIa.
b) Las úlceras mayores de 2 cm y la localización ulcerosa en la cara posterior del bulbo duodenal son hallazgos endoscópicos de mala evolución.
c) Las úlceras de grado Forrest Ia presentan un riesgo intermedio de recidiva hemorrágica.
d) Las úlceras de grado Forrest III no precisan de tratamiento endoscópico.

233.- Con respecto a los divertículos del intestino delgado, señale la respuesta FALSA:

a) Los divertículos duodenales son los divertículos adquiridos más frecuentes en el intestino delgado.
b) Los divertículos yeyunales aparecen normalmente en el borde antimesentérico del intestino.
c) El 60 % de las personas pacientes con divertículos de intestino delgado tienen también divertículos en el colon.
d) La neoplasia más frecuente dentro de un divertículo de Meckel es el tumor neuroendocrino.

234.- Respecto a la acalasia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CIERTA?

a) La miotomía laparoscópica de Heller ofrece mejores resultados en la acalasia tipo I.
b) La miotomía laparoscópica de Heller ofrece mejores resultados en la acalasia tipo II.
c) La miotomía laparoscópica de Heller ofrece mejores resultados en la acalasia tipo III.
d) En caso de añadirse alguna técnica de reflujo tras la miotomía, la que mejor resultados ofrece es la de tipo Dor.

235.- ¿Cuál de las siguientes opciones es CORRECTA respecto a los tumores malignos del intestino delgado?

a) Los adenocarcinomas se localizan con más frecuencia en íleon.
b) Los tumores neuroendocrinos de 1-2 cm tienen comportamiento benigno y rara vez desarrollan metástasis linfáticas o hepáticas.
c) Los tumores metastásicos del intestino delgado son menos frecuentes que las neoplasias primarias.
d) El linfoma es el tumor de intestino delgado que se perfora con mayor frecuencia.

236.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la enteritis rádica es INCORRECTA?

a) El mecanismo fundamental de la enteritis rádica aguda es la generación de radicales libres como el hidroxilo en el epitelio intestinal.
b) El daño intestinal se relaciona con algunos agentes quimioterápicos que inducen una mayor radiosensibilidad de los tejidos.
c) La enteritis rádica aguda normalmente se autolimita, sólo requiere medidas de soporte y se resuelve en 3 semanas.
d) La enteritis rádica crónica se desarrolla normalmente entre los 18 meses y los 6 años tras el tratamiento, aunque puede aparecer incluso a los 30 años.

237.- Señale ¿cuál de los siguientes síndromes polipósicos se caracteriza por la presencia de múltiples pólipos hamartomatosos y lesiones pigmentadas de la mucosa oral?

a) Síndrome Turcot.
b) Síndrome de Peutz- Jeghers.
c) Síndrome de Cowden.
d) Síndrome de Lynch.

238.- ¿En qué porcentaje de pacientes con apendicitis aguda se presenta el dolor migratorio hacia fosa iliaca derecha?

a) 10 %.
b) 90 %.
c) 60 %.
d) 35 %.

239.- ¿Cuál de los siguientes tipos tumorales se presenta con mayor frecuencia a nivel del apéndice cecal?

a) Linfoma.
b) Tumor neuroendocrino.
c) Adenocarcinoma.
d) Metástasis de otro tumor primario.

240.- **Si a una persona paciente con lesión hepática se le practica exéresis de los segmentos 2 y 3 del hígado, según la terminología de Brisbane (2000) de la IHPBA, estaríamos realizando una:**

a) Segmentectomía.
b) Sectorectomía lateral izquierda.
c) Seccionectomía lateral izquierda.
d) Hemihepatectomía izquierda.

241.- **¿Cómo clasificaría un traumatismo hepático que presenta en el TAC un hematoma subcapsular que afecta al 30 % de la superficie?**

a) I.
b) II.
c) III.
d) IV.

242.- **En una persona paciente sin antecedentes y asintomático, de más de 45 años y con hallazgo casual de pólipos vesiculares en ecografía abdominal. Indique el tamaño a partir del cual indicaría la colecistectomía:**

a) 15 mm.
b) 14 mm.
c) 10 mm.
d) Independientemente del tamaño, siempre tienen indicación quirúrgica.

243.- **¿Cuál de los siguientes factores NO se considera criterio de irresecabilidad en un tumor de Klatskin?**

a) Afectación bilateral del árbol biliar intrahepático (distal a las ramas secundarias).
b) Afectación de arteria hepática ipsilateral.
c) Afectación vascular de un hemihígado con afectación biliar extensa del contralateral.
d) Enfermedad metastásica o afectación ganglionar extraregional.

244.- **Con respecto a la anatomía quirúrgica de las glándulas paratiroides en relación con la glándula tiroides y el nervio laríngeo recurrente, señale la respuesta CORRECTA:**

a) Las glándulas paratiroides superiores se localizan habitualmente dorsales al plano del nervio laríngeo recurrente.
b) Las glándulas paratiroides inferiores derivan de la cuarta bolsa faríngea.
c) El suministro sanguíneo de las glándulas paratiroides superiores proviene casi exclusivamente de la arteria tiroidea superior.
d) Las paratiroides inferiores se sitúan de forma constante en la cara posterior del polo superior tiroideo.

245.- En relación con las variantes anatómicas arteriales y la preservación del nervio laríngeo recurrente durante una tiroidectomía total, señale la afirmación FALSA:

a) La arteria tiroidea inferior cruza siempre por detrás del nervio laríngeo recurrente de manera bilateral.
b) El ligamento de Berry (ligamento suspensorio posterior) une el lóbulo tiroideo a la tráquea y es una zona crítica donde el nervio laríngeo recurrente es vulnerable.
c) La arteria tiroidea media o de Neubauer (arteria tiroidea ima) nace directamente del arco aórtico o del tronco braquiocefálico y asciende hasta el istmo.
d) El nervio laríngeo recurrente derecho no recurrente es una anomalía asociada a la presencia de una arteria subclavia derecha aberrante.

246.- Respecto a la fisiología tiroidea, el metabolismo del yodo y la síntesis de hormonas, señale la respuesta CORRECTA:

a) El simportador de sodio-yoduro (NIS) transporta yodo hacia la célula folicular mediante transporte pasivo facilitado a favor de gradiente.
b) La desiodasa tipo 1 (D1) es la encargada principal de convertir la T4 en T3 en el sistema nervioso central.
c) La peroxidasa tiroidea (TPO) cataliza tanto la oxidación del yoduro como la organificación y el acoplamiento de las yodotirosinas en la tiroglobulina.
d) El efecto Wolff-Chaikoff consiste en un hipertiroidismo grave inducido por la administración de una sobrecarga aguda de yodo exógeno.

247.- En el manejo del bocio multinodular benigno e intratorácico (mediastínico), señale la afirmación CORRECTA:

a) Los bocios mediastínicos que se extienden por debajo del cayado aórtico requieren de forma sistemática una esternotomía reglada para su exéresis segura.
b) La tiroidectomía subtotal bilateral sigue siendo el abordaje quirúrgico de elección recomendado para evitar el hipotiroidismo permanente en el bocio multinodular bilateral.
c) La gran mayoría de los bocios intratorácicos verdaderos o secundarios pueden extirparse con seguridad a través de una incisión de cervicotomía anterior convencional.
d) La indicación quirúrgica de un bocio multinodular normofuncionante asintomático es obligatoria debido a su alta tasa de transformación a carcinoma anaplásico a los 10 años.

248.- Con respecto a la enfermedad de Graves-Basedow y su preparación y manejo quirúrgico, señale la respuesta FALSA:

a) El tratamiento quirúrgico de elección actual para la enfermedad de Graves es la tiroidectomía total o casi total.
b) La solución de yodo de Lugol se administra de forma preoperatoria para aumentar la vascularización de la glándula y facilitar la disección capsular del tejido linfoide.
c) Los fármacos antitiroideos de síntesis (como el metimazol) deben mantenerse hasta el momento de la cirugía para asegurar un estado eutiroideo intraoperatorio.

d) El hipotiroidismo postoperatorio definitivo no se considera una complicación de la cirugía, sino un objetivo terapéutico buscado.

249.- En relación con las tiroiditis y sus implicaciones diagnósticas o quirúrgicas, señale la respuesta CORRECTA:

a) La tiroiditis de Hashimoto (linfocítica crónica) se asocia con un riesgo significativamente mayor de desarrollar linfoma tiroideo primario no Hodgkin de células B.
b) La tiroiditis de Riedel se caracteriza por una infiltración neutrofílica aguda supurativa que responde de forma excelente a la tiroidectomía total temprana.
c) La tiroiditis de De Quervain (subaguda) es un proceso autoinmune crónico irreversible que requiere de forma preferente el tratamiento quirúrgico.
d) En la tiroiditis de Hashimoto, la presencia de células de Hürthle (células oxífilas o de Askanazy) en la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) es patognomónica y exclusiva de carcinoma folicular.

250.- Una persona paciente acude a consulta tras el hallazgo incidental de un nódulo tiroideo de 1.5 cm. En relación con la evaluación inicial y el manejo del nódulo tiroideo, señale la afirmación CORRECTA:

a) El primer paso indispensable en la evaluación de cualquier nódulo tiroideo detectado por ecografía es la realización inmediata de una punción por Aspiración con aguja fina (PAAF).
b) Si la determinación de la hormona estimulante del tiroides (TSH) sérica es baja, la conducta recomendada es realizar una gammagrafía tiroidea con radionúclidos.
c) Los nódulos quísticos puros (completamente anecoicos y de contenido líquido) presentan un riesgo de malignidad de aproximadamente el 15-20% y requieren PAAF reglada.
d) La ecografía cervical solo es útil para medir las dimensiones del nódulo, careciendo de valor para predecir la malignidad o guiar la indicación de biopsia.

251.- En el bocio multinodular, la presencia de síntomas compresivos locales es una de las indicaciones quirúrgicas absolutas. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos o hallazgos se asocia de forma característica a un bocio obstructivo superior?

a) El signo de Marañón, caracterizado por la presencia de dolor punzante e irradiado al oído durante la deglución de alimentos sólidos.
b) El signo de Pemberton, que consiste en la aparición de congestión facial, plétora y estridor al elevar ambos brazos por encima de la cabeza.
c) El reflejo de Courvoisier-Terrier positivo, que cursa con midriasis unilateral fija debida a la compresión directa de la cadena simpática cervical.
d) El síndrome de Horner inverso, manifestado por exoftalmos unilateral severo secundario a la estimulación del nervio vago por el crecimiento del bocio.

252.- Respecto a la clasificación de Bethesda para informar la citología de la PAAF de un nódulo tiroideo y la conducta quirúrgica subsiguiente, señale la respuesta FALSA:

a) Una citología informada como Bethesda Categoría III (Atipia de significado indeterminado / Lesión folicular de significado indeterminado) tiene indicación inicial de tiroidectomía total profiláctica.
b) La Categoría IV de Bethesda (Neoplasia folicular / Sospechosa de neoplasia folicular) tiene un riesgo estimado de malignidad de entre el 15% y el 30%, y suele requerir lobectomía diagnóstica.
c) Un resultado Bethesda Categoría I (No diagnóstica o insatisfactoria) obliga a repetir la PAAF guiada por ecografía antes de tomar decisiones terapéuticas definitivas.
d) La Categoría V de Bethesda (Sospechosa de malignidad) tiene un riesgo de malignidad muy elevado (60-75%), por lo que la cirugía está plenamente indicada.

253.- Con respecto a la etiología, epidemiología y características clínicas del bocio endémico y el bocio multinodular, señale la afirmación CORRECTA:

a) A nivel mundial, la deficiencia de selenio en la dieta sigue siendo la causa ambiental más frecuente y extendida para el desarrollo de bocio endémico.
b) El bocio multinodular tóxico (enfermedad de Plummer) suele desarrollarse a partir de un bocio multinodular no tóxico de larga evolución, tras la autonomización de uno o más nódulos.
c) El desarrollo de bocio multinodular benigno se observa con una frecuencia drásticamente superior en varones jóvenes (ratio 4:1) en comparación con las mujeres.
d) En el bocio multinodular benigno normofuncionante, la administración de dosis supresoras crónicas de levotiroxina está firmemente recomendada al demostrar una reducción eficaz del volumen glandular en el 95% de las personas pacientes sin efectos secundarios.

254.- En relación con la embriogénesis y la anatomía quirúrgica de las glándulas paratiroides, señale la afirmación CORRECTA:

a) Las glándulas paratiroides superiores muestran una localización anatómica mucho más variable y errática que las glándulas paratiroides inferiores.
b) Debido a su origen embriológico común en la tercera bolsa faríngea, una paratiroides inferior ectópica se localiza con frecuencia en el interior del timo o en el mediastino anterior.
c) El nervio laríngeo recurrente sirve como punto de referencia anatómico, situándose habitualmente por detrás (dorsal) del plano de las paratiroides inferiores.
d) La arteria tiroidea superior es la encargada de proporcionar el flujo sanguíneo principal a las glándulas paratiroides inferiores en más del 80% de los casos.

255.- Respecto a la homeostasis del calcio, los receptores específicos y la síntesis de la hormona paratiroidea (PTH), señale la respuesta FALSA:

a) El receptor sensor de calcio (CaSR) es un receptor acoplado a la proteína G situado en la membrana de las células principales de la paratiroides.
b) Un descenso en los niveles de calcio sérico estimula de forma inmediata la liberación de la PTH almacenada en los gránulos secretores.
c) La hipermagnesemia grave y crónica produce una estimulación paradójica de la secreción de PTH, simulando un cuadro de hiperparatiroidismo primario.
d) El calcitriol (1,25-dihidroxivitamina D3) ejerce un mecanismo de retroalimentación negativa directa sobre las glándulas paratiroides, disminuyendo la transcripción del gen de la PTH.

256.- Con respecto a las acciones fisiológicas de la hormona paratiroidea (PTH) en sus órganos diana, señale la respuesta CORRECTA:

a) En el riñón, la PTH estimula directamente la reabsorción de calcio en el túbulo contorneado distal y aumenta la reabsorción de fosfato en el túbulo contorneado proximal.
b) A nivel óseo, la PTH activa de forma directa e inmediata a los osteoclastos maduros porque estos poseen una alta densidad de receptores de membrana para la PTH (PTH1R).
c) La PTH potencia la absorción intestinal de calcio de forma indirecta, al estimular la enzima 1-alfa-hidroxilasa en las células del túbulo renal proximal.
d) La acción neta de la secreción sostenida de PTH sobre el medio interno se traduce en una hipercalcemia acompañada de una marcada hiperfosfatemia sérica.

257.- En relación con el hiperparatiroidismo primario (HPTP), sus indicaciones quirúrgicas en personas pacientes asintomáticas y las técnicas de localización preoperatoria, señale la respuesta CORRECTA:

a) Según los criterios de consenso internacional, la presencia de un aclaramiento de creatinina (eGFR) menor de 60 ml/min es una indicación quirúrgica formal en el HPTP asintomático.
b) La gammagrafía con Tecnecio-99m-Sestamibi (99mTc-MIBI) se utiliza de forma obligatoria para confirmar el diagnóstico bioquímico de hiperparatiroidismo primario antes de indicar la cirugía.
c) El hallazgo anatomopatológico de una proliferación celular que respeta un ribete de tejido paratiroideo sano periférico y muestra una cápsula fibrosa es patognomónico y exclusivo de la hiperplasia de las cuatro glándulas.
d) La monitorización intraoperatoria de la PTH (criterios de Miami) dicta que el éxito quirúrgico se alcanza si la PTH disminuye más del 20% respecto al valor basal a los 10 minutos de la resección de la glándula patológica.

258.- Un paciente de 54 años con enfermedad renal crónica terminal en programa de hemodiálisis de larga evolución presenta dolor óseo refractario, prurito severo y un producto calcio-fósforo elevado. En relación con el hiperparatiroidismo secundario (HPTS) y terciario (HPTT), señale la afirmación FALSA:

a) El hiperparatiroidismo secundario representa una respuesta adaptativa y compensatoria de las glándulas paratiroides ante la hipocalcemia crónica, la hiperfosfatemia y el déficit de calcitriol.
b) El hiperparatiroidismo terciario se caracteriza por la aparición de una secreción autónoma e irreversible de PTH que perpetúa una situación de hipercalcemia, ocurriendo típicamente tras un trasplante renal exitoso.
c) La paratiroidectomía subtotal (resección de 3 glándulas y media) o la paratiroidectomía total con autotrasplante en el antebrazo son las estrategias quirúrgicas de elección ante el fracaso del tratamiento médico en estas personas pacientes.
d) A diferencia del hiperparatiroidismo primario, la calcifilaxis (arteriolesclerosis calcificante urémica) es una complicación patognomónica y exclusiva del hiperparatiroidismo terciario que nunca se observa en el secundario.

259.- Respecto a las manifestaciones clínicas, el diagnóstico diferencial bioquímico y las crisis paratiroideas, señale la respuesta CORRECTA:

a) La hipercalcemia hipocalciurica familiar (HHF) se diferencia del hiperparatiroidismo primario por presentar una excreción urinaria de calcio muy elevada (calciuria > 300 mg/24 horas).
b) El diagnóstico bioquímico clásico del hiperparatiroidismo secundario se caracteriza por mostrar niveles persistentemente elevados de PTH sérica acompañados de hipercalcemia severa.
c) La crisis paratiroidea o tormenta hipercalcémica cursa con niveles de calcio sérico críticamente elevados (habitualmente > 14-15 mg/dl) y requiere estabilización médica urgente con hidratación agresiva antes de plantear la paratiroidectomía de urgencia.
d) La osteítis fibrosa quística, manifestada radiológicamente por reabsorción subperióstica en las falanges y cráneo en "sal y pimienta", es una complicación ósea que solo aparece en el hiperparatiroidismo primario.

260.- Con respecto a la anatomía quirúrgica, relaciones anatómicas y vascularización de las glándulas suprarrenales, señale la afirmación CORRECTA:

a) El drenaje venoso principal de la glándula suprarrenal derecha se realiza a través de una vena corta que desemboca directamente en la vena renal derecha.
b) La glándula suprarrenal izquierda presenta una forma piramidal o semilunar y se sitúa inmediatamente posterior al cuerpo del páncreas y a la arteria esplénica.
c) Las arterias suprarrenales medias nacen de forma constante como ramas directas de las arterias renales homolaterales.
d) Durante un abordaje laparoscópico transperitoneal derecho, la glándula suprarrenal se localiza inmediatamente medial a la vena cava inferior.

261.- En relación con la histología de la corteza suprarrenal y las vías de síntesis de las hormonas esteroideas, señale la respuesta FALSA:

a) La zona glomerular es la capa más externa de la corteza y produce aldosterona gracias a la presencia exclusiva de la enzima aldosterona sintasa.
b) El cortisol es sintetizado predominantemente en la zona fasciculada bajo el estímulo directo de la hormona adrenocorticotropa (ACTH) hipofisaria.
c) La zona reticular es la capa más interna de la corteza y se encarga de la producción de andrógenos suprarrenales como la dehidroepiandrosterona (DHEA).
d) Al igual que los glucocorticoides, la secreción de aldosterona por la zona glomerular está regulada y controlada de forma primordial y mayoritaria por el eje hipotálamo-hipófisis (ACTH).

262.- Respecto a la fisiología de la médula suprarrenal, el sistema cromafín y el metabolismo de las catecolaminas, señale la respuesta CORRECTA:

a) La conversión de noradrenalina en adrenalina está catalizada por la enzima feniletanolamina N-metiltransferasa (PNMT), la cual es inducida directamente por los altos niveles de cortisol local.
b) Las células cromafines de la médula suprarrenal secretan a la circulación sistémica de forma mayoritaria noradrenalina (85%) y solo un pequeño porcentaje de adrenalina (15%).
c) El ácido homovanílico (HVA) es el metabolito urinario principal derivado específicamente de la degradación de la adrenalina y la noradrenalina.
d) La síntesis de catecolaminas comienza a partir del aminoácido esencial triptófano, que se transforma en dopa mediante la acción de la enzima triptófano hidroxilasa.

263.- En el manejo preoperatorio e intraoperatorio de una persona paciente con sospecha de feocromocitoma unilateral de 4 cm, señale la afirmación CORRECTA:

a) Para el control de la hipertensión preoperatoria, se debe iniciar de forma sistemática un bloqueo betaadrenérgico estricto al menos dos semanas antes de la cirugía, añadiendo un alfa-bloqueante solo si aparecen taquiarritmias.
b) El objetivo del bloqueo alfa-adrenérgico preoperatorio (p. ej., con fenoxibenzamina o doxazosina) incluye tanto el control de las crisis hipertensivas como la expansión del volumen intravascular de la persona paciente.
c) Durante la disección quirúrgica, la manipulación del tumor debe ser enérgica y precoz para ligar la vena suprarrenal antes de que el anestesista inicie la monitorización invasiva.
d) Si la persona paciente presenta una hipotensión severa e inmediata justo tras la ligadura de la vena suprarrenal, el tratamiento de primera línea recomendado es la administración de dosis masivas de bloqueantes de los canales de calcio.

264.- Un paciente de 45 años es diagnosticado de hiperaldosteronismo primario (Síndrome de Conn). En relación con la estrategia diagnóstica, localización y criterios quirúrgicos, señale la respuesta FALSA:

a) La presencia de un adenoma suprarrenal unilateral productor de aldosterona (adenoma de Conn) es la causa más frecuente de hiperaldosteronismo primario y constituye una indicación excelente de adrenalectomía laparoscópica.
b) En pacientes mayores de 40 años con un nódulo suprarrenal visible en la TC, el muestreo venoso suprarrenal (MVS) bilateral es el patrón oro para confirmar la lateralización de la producción de aldosterona antes de la cirugía.
c) El hiperaldosteronismo primario debido a una hiperplasia suprarrenal bilateral idiopática debe ser tratado de forma inicial mediante una adrenalectomía bilateral total para resolver la hipertensión y la hipopotasemia.
d) Tras una adrenalectomía unilateral exitosa por un adenoma de Conn, la hipopotasemia suele corregirse de forma casi inmediata, aunque la hipertensión arterial puede persistir o requerir tratamiento médico a largo plazo.

265.- Con respecto al abordaje quirúrgico, la técnica de elección y el manejo del incidentaloma suprarrenal o el carcinoma corticosuprarrenal, señale la respuesta CORRECTA:

a) La adrenalectomía laparoscópica (ya sea transperitoneal o retroperitoneal) es el abordaje de elección actual para tumores suprarrenales benignos funcionantes o masas no funcionantes sospechosas menores de 6 cm.
b) Ante una masa suprarrenal de 7 cm con signos radiológicos de invasión local y sospecha de carcinoma corticosuprarrenal, el abordaje laparoscópico es el estándar de oro debido a su baja tasa de recurrencia local.
c) En el manejo postoperatorio inmediato de una persona paciente sometida a adrenalectomía unilateral por un síndrome de Cushing (adenoma productor de cortisol), no es necesario administrar glucocorticoides exógenos ya que la glándula contralateral suple la función.

266.- Con respecto al carcinoma de paratiroides, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Clínicamente suele presentarse con cifras de calcemia marcadamente elevadas (frecuentemente >14 mg/dL) y manifestaciones de crisis hipercalcémica difusa.
b) El diagnóstico definitivo preoperatorio es sencillo mediante la punción aspiración con aguja fina (PAAF), dado que los criterios citológicos diferencian claramente la malignidad del adenoma benigno.
c) El tratamiento quirúrgico de elección ante la sospecha intraoperatoria es la paratiroidectomía en bloque, que incluye la masa tumoral, la mitad ipsilateral de la tiroides y los tejidos blandos adyacentes comprometidos.
d) La causa principal de morbimortalidad en estas personas pacientes está condicionada por las complicaciones metabólicas de la hipercalcemia refractaria, más que por la propia carga tumoral metastásica.

267.- En relación con la etiología, anatomía patológica y el manejo posquirúrgico del carcinoma de paratiroides, señale la opción CORRECTA:

a) La mutación germinal en el gen CDC73 (que codifica la parafibromina) se asocia fuertemente con el síndrome de hiperparatiroidismo-tumor mandibular y eleva el riesgo de padecer este carcinoma.
b) La presencia de mitosis atípicas aisladas dentro del tumor es el único criterio anatomopatológico absoluto necesario para catalogar una lesión como carcinoma de paratiroides.
c) El vaciamiento ganglionar cervical radical profiláctico (niveles II a V) sistemático está firmemente indicado en todas las personas pacientes durante la primera cirugía.
d) El calcimimético cinacalcet está contraindicado en el manejo de la hipercalcemia persistente por carcinoma paratiroideo debido a su toxicidad renal directa.

268.- En relación con el carcinoma cortical suprarrenal, señale la afirmación INCORRECTA:

a) La mayoría de estos tumores son funcionantes, siendo la presentación clínica más habitual el síndrome de Cushing rápidamente progresivo, aislado o asociado a virilización.
b) En las pruebas de imagen (TC/RM), las características típicas de sospecha de malignidad incluyen un tamaño mayor a 4 cm, una densidad espontánea elevada (>10 Unidades Hounsfield) y un lavado (washout) del contraste lento (menor al 40% a los 15 minutos).
c) Ante la sospecha diagnóstica de una masa suprarrenal con criterios de malignidad en una persona paciente sin antecedentes oncológicos, la realización de una biopsia por aguja fina (PAAF) preoperatoria es obligatoria para planificar el abordaje quirúrgico.
d) El mitotano es el único fármaco adrenolítico específico aprobado para el tratamiento adyuvante del carcinoma suprarrenal tras la resección completa en pacientes con alto riesgo de recurrencia.

269.- Con respecto a las indicaciones y técnica del tratamiento quirúrgico del carcinoma suprarrenal, señale la respuesta CORRECTA:

a) La suprarrenalectomía laparoscópica estándar o robótica es el abordaje de elección universalmente recomendado por las guías clínicas para masas suprarrenales sospechosas de malignidad mayores de 6 cm.
b) La cirugía curativa exige una resección R0 en bloque, que incluya la grasa perirrenal circundante y, si es necesario, los órganos adyacentes invadidos (como el riñón, bazo o cola del páncreas).
c) El vaciamiento ganglionar locorregional sistemático no aporta ningún beneficio en la estadificación ni en el pronóstico a largo plazo, por lo que debe omitirse.
d) La invasión tumoral de la vena cava inferior (trombo tumoral) clasifica directamente al tumor como estadio IV irresecable, estando contraindicada cualquier actitud quirúrgica agresiva.

270.- **Con respecto a los criterios anatomopatológicos del sistema de puntuación de Weiss para el diagnóstico de carcinoma de la corteza suprarrenal, señale la afirmación CORRECTA:**

a) El sistema de Weiss incluye parámetros macroscópicos esenciales como el peso del tumor mayor a 250 gramos y el diámetro tumoral mayor a 5 cm.

b) Se establece el diagnóstico definitivo de carcinoma cortical suprarrenal cuando la pieza quirúrgica reúne al menos 3 de los 9 criterios histológicos microscópicos de Weiss.

c) El índice de proliferación celular Ki-67 es uno de los nueve criterios histológicos nucleares que integran la puntuación clásica de Weiss.

d) Ante un tumor con una puntuación de Weiss de 1 o 2 (adenoma benigno) pero que asocie necrosis focal microscópica, las guías de Sabiston obligan a iniciar tratamiento adyuvante sistémico con mitotano de forma empírica.

271.- **Una mujer de 41 años, sin antecedentes familiares de interés ni exposición previa a radiación ionizante, acude a la consulta por el hallazgo casual en una ecografía Doppler de un nódulo tiroideo en el lóbulo derecho. La ecografía describe un nódulo sólido, hipoecogénico, de 18 mm, de márgenes irregulares, más alto que ancho y con presencia de microcalcificaciones (categoría TI-RADS 5). No se aprecian adenopatías cervicales sospechosas. Se solicita una punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía, cuyo informe citológico se clasifica como Bethesda V (sospechoso de malignidad, compatible con carcinoma papilar de tiroides). Las hormonas tiroideas (TSH y T4 libre) se encuentran en rangos de normalidad. En relación con el diagnóstico y el planteamiento terapéutico inicial para esta paciente, señale la opción CORRECTA:**

a) Dado que el resultado de la PAAF es Bethesda V y el nódulo mide menos de 2 cm, la actitud de elección según las guías actuales es la vigilancia activa mediante ecografías semestrales, posponiendo la cirugía hasta que supere los 20 mm.

b) Al tratarse de una sospecha de carcinoma papilar menor de 4 cm, en una paciente joven y sin factores de riesgo de alto grado (extensión extratiroidea ni adenopatías), la lobectomía tiroidea derecha con istmectomía es una opción terapéutica inicial válida y suficiente.

c) Está formalmente indicado realizar de manera sistemática un vaciamiento ganglionar profiláctico del compartimento central bilateral (nivel VI) asociado a la tiroidectomía total, debido al elevado riesgo de micrometástasis que presentan los tumores TI-RADS 5.

d) Se debe programar de forma inmediata una biopsia intraoperatoria por congelación para confirmar la malignidad antes de resecar el lóbulo contralateral, ya que la citología Bethesda V tiene un valor predictivo positivo inferior al 50%.

272.- **Respecto a la anatomía quirúrgica del colon derecho, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:**

a) El colon ascendente y el mesocolon ascendente se encuentran adheridos al retroperitoneo por la fascia de Toldt.

b) El colon ascendente se encuentra adherido a la segunda porción duodenal y a la cabeza del páncreas por la fascia de Fredet.



c) La zona de contacto entre la fascia visceral y la fascia parietal se denomina ligamento parietocólico derecho o fascia de coalescencia de Treitz.
d) La fascia de Toldt y la fascia de Fredet deben constituir el plano de disección para conseguir una escisión completa del mesocolon.

273.- El tronco gastrocólico de Henle se define por la confluencia de diferentes venas antes de desembocar en la vena mesentérica superior. ¿Cuál de las siguientes venas participa MENOS frecuentemente en su formación?

a) Vena gastroepiploica derecha.
b) Vena pancreatoduodenal anterosuperior.
c) Vena cólica derecha superior.
d) Vena cólica media derecha.

274.- En la vascularización arterial del ángulo esplénico del colon pueden encontrarse diferentes arcadas vasculares que comunican la arteria mesentérica superior con la arteria mesentérica inferior. Teniendo en cuenta su frecuencia estimada, elija la opción más CORRECTA:

a) Drummond > Riolano > Moskowitz.
b) Riolano > Drummond > Moskowitz.
c) Riolano > Moskowitz > Drummond.
d) Drummond > Moskowitz > Riolano

275.- El conocimiento de los distintos espacios de la región anorrectal es importante por su relación con los procesos sépticos de la zona. Respecto al espacio postanal, una de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA:

a) El espacio postanal se divide en dos porciones por el ligamento anococcígeo.
b) El espacio postanal superficial se sitúa entre la piel y el ligamento anococcígeo.
c) El espacio postanal profundo se sitúa entre el ligamento anococcígeo y el músculo elevador del ano.
d) Ambos espacios postanales se comunican en su parte posterior con el espacio supraelevador.

276.- Respecto a la musculatura del canal anal, una de las afirmaciones referentes al esfínter anal interno es FALSA:

a) Es el engrosamiento de la capa muscular circular rectal.
b) Es un músculo liso e involuntario.
c) Presenta un tono miogénico permanente en reposo.
d) El fascículo subcutáneo del esfínter anal externo queda inmediatamente por encima del esfínter anal interno.

277.- Durante la escisión total del mesorrecto con preservación nerviosa podemos describir diferentes puntos anatómicos clave que debemos cuidar con detalle para evitar lesiones neurológicas. A este respecto uno de los siguientes enunciados es FALSO:

a) Al inicio de la disección posterior se identifican los nervios hipogástricos y se separan del mesorrecto posterior.
b) Los nervios hipogástricos son los responsables de la inervación parasimpática del recto.
c) Los nervios hipogástricos confluyen con los nervios erectores originados en las raíces S2, S3 y S4.
d) Los denominados ligamentos laterales del recto son engrosamientos de tejido conectivo que incluyen ramas nerviosas del plexo hipogástrico y ramas vasculares de pequeño calibre.

278.- Dentro de la rehabilitación multimodal preoperatoria en cirugía colorrectal, una de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA:

a) La prueba de los 6 minutos es una referencia en la valoración de la capacidad funcional de la persona paciente quirúrgica.
b) Los programas de ejercicio físico deben incluir ejercicio aeróbico diario, ejercicios de resistencia muscular y entrenamiento de la musculatura inspiratoria.
c) La corrección de la anemia preoperatoria hasta alcanzar una hemoglobina superior a 11 g/dL es uno de nuestros objetivos.
d) La utilización de bebidas ricas en carbohidratos es segura hasta 2 horas antes de la inducción anestésica.

279.- Las técnicas de anestesia local se adaptan muy bien a la cirugía proctológica. Al respecto, solo una de las siguientes afirmaciones es CIERTA:

a) Añadir una solución de bicarbonato sódico al agente anestésico local reduce el tiempo de latencia y el dolor de la infiltración.
b) La asociación de adrenalina persigue reducir el sangrado capilar, mejorar la absorción del anestésico local y disminuir el efecto analgésico postoperatorio.
c) La utilización de agujas finas (25 o 27 G) y jeringas mayores de 5 cm^3 se recomienda para poder graduar el ritmo de infiltración.
d) En la sepsis perianal se recomienda la anestesia local para minimizar la extensión del proceso inflamatorio.

280.- Un varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, acude a consulta refiriendo que, desde hace un mes, durante los esfuerzos defecatorios, nota que le sale un bulto a través del orificio anal que se reduce espontáneamente al cesar dichos esfuerzos. Utilizando la clasificación de Goligher, ¿cuál sería el grado de las hemorroides y cuál el tratamiento MÁS adecuado?

a) Hemorroides grado II. Medidas higiénico-dietéticas.
b) Hemorroides grado II. Ligadura con bandas elásticas.
c) Hemorroides grado III. Ligadura hemorroidal transanal.
d) Hemorroides grado III. Hemorroidectomía de Milligan-Morgan.

281.- **En la mayor parte de los casos las hemorroides internas se presentan en una localización perfectamente definida. Una de las siguientes localizaciones NO es habitual:**

a) Izquierda lateral.
b) Derecha anterior.
c) Derecha posterior.
d) Derecha lateral.

282.- **En pacientes varones jóvenes con bajo riesgo de incontinencia que sufren una fisura anal tras fracaso del tratamiento higiénico-dietético y médico (pomada de nitroglicerina o antagonistas de los canales del calcio), la opción quirúrgica de elección es:**

a) Esfinterotomía lateral interna.
b) Fisurectomía más toxina botulínica.
c) Fisurectomía más colgajo de avance.
d) Dilatación anal.

283.- **Varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por fiebre de 39 °C y dolor anal de 36 horas de evolución. En la analítica sanguínea presenta PCR de 250 mg/L y leucocitosis de 18.000/mm^3. A la exploración física no se objetivan signos de inflamación cutánea, el tacto rectal es doloroso y no se palpan trayectos fistulosos. Si consideramos necesaria una prueba de imagen, ¿cuál sería la MÁS idónea?**

a) Resonancia magnética pélvica.
b) Ecografía endoanal.
c) TAC abdominopélvico.
d) Anuscopia o rectoscopia.

284.- **Varón de 40 años, sin antecedentes personales de interés, que acude a urgencias por fiebre de 39 °C y dolor anal de 36 horas de evolución. En la analítica sanguínea presenta PCR de 250 mg/L y leucocitosis de 18.000/mm^3. A la exploración física no se objetivan signos de inflamación cutánea, el tacto rectal es doloroso y no se palpan trayectos fistulosos. Se objetiva la existencia de un absceso supraelevador sin afectación de los espacios extraesfintéricos. A efectos prácticos, ¿cuál es el trayecto MÁS probable realizado por la infección y cuál es el abordaje MÁS adecuado para el drenaje?**

a) Absceso supraelevador de origen interesfintérico. Drenaje endoanal.
b) Absceso supraelevador de origen interesfintérico. Drenaje perineal.
c) Absceso supraelevador de origen extraesfintérico. Drenaje perineal.
d) Absceso supraelevador de origen extraesfintérico. Drenaje endoanal.

285.- La ligadura del trayecto fistuloso en el espacio interesfintérico (LIFT) ha ganado popularidad como técnica preservadora de esfínter en el tratamiento quirúrgico de las fístulas perianales transesfinterianas. Respecto a dicho tratamiento, uno de los siguientes enunciados NO es CORRECTO:

a) Debe evitarse en fístulas con trayectos múltiples.
b) Los mejores resultados se obtienen en las fístulas posteriores.
c) La utilización de un sedal laxo en las semanas previas al procedimiento es opcional.
d) El tratamiento del trayecto por fuera de la ligadura puede realizarse mediante legrado o mediante core-out.

286.- La hidradenitis supurativa o enfermedad de Verneuil supone un reto diagnóstico en las infecciones perianales. De las siguientes afirmaciones, una es FALSA:

a) Es una enfermedad autoinflamatoria.
b) La obesidad y el tabaquismo son factores etiopatogénicos reconocidos.
c) Las lesiones pueden presentarse en diferentes fases evolutivas.
d) Las fístulas son superficiales, aunque suelen extenderse a la fosa isquioanal profunda.

287.- En el tratamiento de las fístulas rectovaginales complejas, la interposición de tejido sano y bien vascularizado es un principio quirúrgico fundamental. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA:

a) La técnica de Martius interpone el músculo bulbocavernoso entre el recto y la vagina.
b) La técnica de Martius se realiza en posición de decúbito prono.
c) El colgajo de músculo gracilis preserva su vascularización e inervación en la porción distal.
d) El colgajo de músculo gracilis es de elección en las fístulas de origen congénito.

288.- Respecto a los condilomas acuminados, uno de los siguientes enunciados NO es CORRECTO:

a) Los pacientes con infección por VIH tienen mayor tasa de recurrencia.
b) Más del 90 % de los casos de condilomas están producidos por los tipos 6 y 11 del VPH.
c) Para la transmisión sexual de la enfermedad es necesaria la presencia de lesiones.
d) La herramienta diagnóstica clave es la exploración física.

289.- La rectopexia ventral con malla, laparoscópica o robótica, en el tratamiento del prolapso rectal completo es una buena opción. Sin embargo, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Obtiene menores tasas de recurrencia que las técnicas perineales.
b) Permite el tratamiento simultáneo de otros prolapsos de órganos pélvicos.
c) Es una técnica menos invasiva que las técnicas perineales.

d) No es una buena opción en los prolapsos irreductibles.

290.- Ante el diagnóstico de prolapso rectal completo existen diferentes técnicas quirúrgicas cuya elección debe individualizarse. Dentro de ellas, una de las siguientes aseveraciones NO es CORRECTA:

a) La prevalencia de prolapso de otros órganos pélvicos en mujeres con prolapso rectal es superior al 20 %.
b) Si existe estreñimiento y dolicosigma, se recomienda sigmoidectomía con rectopexia (Frykman-Goldberg).
c) Ante un prolapso rectal incarcerado, la intervención de Altemeier es posiblemente la mejor opción.
d) La intervención de Delorme no es una buena opción en pacientes varones jóvenes que no asumen el riesgo de disfunción eréctil.

291.- En pacientes jóvenes con síndrome de defecación obstructiva y alteración anatómica del suelo pélvico tipo rectocele aislado, el tratamiento quirúrgico puede estar indicado. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?

a) La técnica de elección es la rectopexia ventral laparoscópica o robótica.
b) Las técnicas de refuerzo del espacio rectovaginal están indicadas.
c) La colporrafia posterior por vía vaginal se asocia frecuentemente con dispareunia.
d) El uso rutinario de mallas de refuerzo tras la reparación del rectocele no está justificado.

292.- Ante una persona paciente con diagnóstico clínico y radiológico de vólvulo de sigma, se solicita desde el servicio de Urgencias una descompresión endoscópica que resulta fallida. A continuación, se solicita nuestra valoración. Ante esta situación, una de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA:

a) Es una indicación de cirugía urgente.
b) El tratamiento médico (dieta absoluta, sonda nasogástrica, fluidoterapia y analgesia) permite diferir el tratamiento quirúrgico.
c) Si la situación general de la persona paciente lo permite, se recomienda una resección con anastomosis colorrectal primaria.
d) La presencia de peritonitis fecaloidea e inestabilidad hemodinámica son indicaciones para realizar una resección con colostomía terminal (procedimiento de Hartmann).

293.- La incidencia de colitis isquémica está aumentando. Respecto a la misma, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) La colonoscopia es la prueba diagnóstica de elección para valorar el grado de isquemia colónica.
b) La mayoría de los casos de colitis isquémica se resuelve espontáneamente y no requiere tratamiento quirúrgico.

c) En la mayor parte de las personas pacientes la causa es oclusiva (isquemia arterial o trombosis venosa).
d) Los test de laboratorio (analítica sanguínea) ayudan a predecir la severidad del cuadro.

294.- Uno de los siguientes parámetros NO es indicador de colitis isquémica grave:

a) Peritonismo.
b) Isquemia de colon derecho.
c) Presencia de factores de riesgo cardiovascular.
d) Neumoperitoneo.

295.- Tras una apendicetomía simple por apendicitis aguda en una paciente joven, el informe anatomopatológico muestra el tumor carcinoide de 1cm. En relación a esta situación, ¿cuál es la actitud MÁS adecuada?:

a) Plantear cirugía oncológica: colectomía derecha.
b) Realizar octreoscan y si se objetivan captaciones patológicas plantear tratamiento adyuvante.
c) Realizar colonoscopia para descartar lesiones colorectales sincrónicas y solicitar TAC tap de extensión.
d) Abstención terapéutica.

296.- Respecto al tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, una de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA:

a) En las fases iniciales (cT1N0) en los últimos 10 cm la extirpación local de espesor completo suele ser eficaz.
b) En la resección anterior baja (RAB) con extirpación total del mesorecto, los márgenes circunferenciales son tan importantes como el margen distal de sección.
c) Tras la administración de radioquimioterapia neoadyuvante no se recomienda la asociación de una ileostomía de protección a la resección anterior baja de recto.
d) Tras la administración de radioquimioterapia neoadyuvante la desaparición del tumor es posible (respuesta clínica completa) posibilitando la opción terapéutica watch and wait.

297.- Respecto a los objetivos del tratamiento quirúrgico del cáncer de intestino grueso, uno de los siguientes NO es CIERTO:

a) La extirpación completa del tumor (bordes ≥5 cm) debe realizarse con su drenaje linfático (nº de ganglios ≥12).
b) Tendremos en cuenta la anatomía, vascularización y drenaje linfático en función de la localización tumoral.
c) La extirpación de órganos/estructuras adheridas al tumor debemos hacerla “en bloque” (R0).
d) La técnica utilizada (manual ó mecánica) para la realización de la anastomosis es determinante para los resultados.



298.- Uno de los siguientes factores NO es considerado un factor de riesgo de degeneración carcinomatosa de un pólipo adenomatoso de colon:

a) Histología vellosa.
b) Apariencia sésil.
c) Presencia de displasia grave.
d) Tamaño mayor de 1 cm.

299.- Que elementos de los enunciados se pueden considerar como integrantes del SIRS (síndrome de respuesta inflamatorio sistémico):

a) Temperatura > 38 o < 36º.
b) Taquicardia > 90/ min.
c) Leucocitosis > 12.000 < 4.000.
d) Todas las anteriores.

300.- ¿Cuál de los siguientes porcentajes de composición de agua corporal es ERRÓNEO?

a) Agua corporal total 60 %.
b) Liquida intracelular 40 %.
c) Líquido extracelular 50 %.
d) Liquido intersticial 15 %.

301.- Según la conceptualización fisiopatológica del shock, ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre localización anatómica principal y mecanismo fisiopatológico es CORRECTA?

a) Grandes y medianos vasos → sepsis con vasodilatación y mala distribución del volumen sanguíneo.
b) Corazón → pérdida de volumen intravascular secundaria a hemorragia aguda.
c) Pequeños vasos → disfunción neurológica o sepsis que provocan vasodilatación y redistribución anómala del volumen sanguíneo.
d) Pequeños vasos → alteraciones intrínsecas del miocardio responsables del fallo de bomba.

302.- ¿Cuáles de estos factores no aumentan el riesgo de enfermedad tromboembólica?

a) IMC < 25.
b) Artroplastia de rodilla.
c) Cirugía oncológica pélvica.
d) Edad > 75.



303.- ¿Cuáles de los siguientes factores se consideran indicadores absolutos de soporte nutricional artificial?

a) Perdida el 5 % del peso en un mes.
b) BMI < 18,5.
c) Reducción de un 25-60 % de la ingesta alimentaria habitual.
d) Todas la anteriores.

304.- Dentro de las recomendaciones generales de tratamiento del dolor agudo postoperatorio, NO se incluye:

a) Tratamiento médico multimodal.
b) Uso de técnicas de anestesia regional.
c) Uso de AINES y paracetamol combinado.
d) Uso sistemático de opiáceos.

305.- ¿Cuál de los siguientes factores puede afectar la cicatrización normal de las heridas?

a) Diabetes.
b) Hábito tabáquico.
c) Desnutrición.
d) Todas las anteriores.

306.- ¿Cuál de los siguientes cambios fisiológicos NO son efecto directo del neumoperitoneo?

a) Disminución de la precarga y retorno venoso por aumento de la presión de la vena cava inferior.
b) Aumento de la absorción peritoneal de CO2.
c) Reducción de la presión intratorácica.
d) Reducción perfusión renal y diuresis.

307.- La profilaxis antibiótica es recomendable en todas las siguientes situaciones clínicas EXCEPTO:

a) Coledocolitiasis.
b) Ictericia.
c) Colecistitis aguda previa.
d) Colecistectomía simple electiva.

308.- ¿Cuáles de las siguientes medidas pueden recomendarse para la elevación de plaquetas antes o durante la esplenectomía por PTAI?

a) Ligadura precoz de la arteria esplénica.
b) Administración preoperatoria de gamma globulinas autoinmunes.
c) Administración preoperatoria de dosis elevadas de corticoides.



d) Todas las anteriores.

309.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es VERDADERA en relación a la esferocitosis hereditaria?

a) El bazo posee en la mayoría de las ocasiones una textura y tamaño normal.
b) La indicación de la esplenectomía es para incrementar y normalizar el nº de plaquetas.
c) En un porcentaje elevado de pacientes se asocia a colelitiasis.
d) Los hematíes son morfológicamente normales.

310.- Señale la respuesta FALSA en relación al control del foco séptico en la infección intraabdominal (IIA):

a) El retraso del control de foco es uno de los principales motivos del fracaso del tratamiento de la IIA.
b) En la peritonitis difusa con sepsis y fallo orgánico se puede demorar la intervención más de 24 h, mientras se administran antibióticos y se realizan maniobras de resucitación.
c) El control de foco de la IIA pretende disminuir el inóculo bacteriano mediante retirada de prótesis, extirpación de vísceras, exteriorización del intestino o drenaje de colecciones
d) Los focos de IIA supramesocólicos, como la perforación esofágica, la dehiscencia duodenal o la infección pancreática son más difíciles de controlar y tienen más mortalidad

311.- La peritonitis terciaria:

a) También se denomina peritonitis persistente o recidivante
b) Presenta una microbiología similar a la peritonitis secundaria, con predominio de E. coli, Estreptococcus spp, B. fragilis y Proteus spp.
c) La relaparotomía "planificada" cada 2-3 días es mejor estrategia que la cirugía "a demanda" para su tratamiento.
d) Dado de no se acompaña de síndrome compartimental, no es recomendable tratarla con terapias de cierre abdominal temporal

312.- Señale la afirmación FALSA en relación al tratamiento antibiótico de la peritonitis secundaria:

a) Se consigue una buena adecuación antibiótica cuando el fármaco empírico administrado cubre los organismos que posteriormente se aíslan del foco de infección.
b) El antibiótico debe administrarse lo más precozmente posible después del diagnóstico de peritonitis.
c) La duración del tratamiento antibiótico depende poco de la calidad del control de foco y se ha prolongar hasta que remitan la leucocitosis y la fiebre, como mínimo 10-12 días.

d) Es importante ajustar la dosis antibiótica a las características de la persona paciente, por ejemplo, a su peso y su función renal.

313.- Varón de 57 años sin signos de SIRS, hemodinamia estable y clínica de peritonitis aguda. La TC muestra diverticulitis perforada y peritonitis de los dos cuadrantes inferiores. Señale la respuesta FALSA en relación a la elección del antibiótico empírico:

a) Debemos cubrir E. coli, Bacteroides, Klebsiella, Strepcococcus spp.
b) Clostridium sp.
c) Valoraremos la posibilidad de gérmenes resistentes según comorbididades y sobre todo la ingesta previa de antibióticos.
d) No tiene sepsis ni shock séptico, por lo que podemos utilizar antibióticos de espectro limitado, como cefalosporinas + metronidazol o piperacilina-tazobactam.

314.- En relación a la administración de antibiótico en la apendicitis aguda no complicada (sin perforación ni absceso periapendicular), ¿cuál es la duración recomendada?

a) Una monodosis preoperatoria.
b) Hasta completar las 24 horas postoperatorias.
c) 3 días.
d) 5 días.

315.- De las siguientes opciones, ¿cuál no sería una ventaja de la ecografía FAST en el traumatismo abdominal?

a) Tiene una alta sensibilidad para detectar hemoperitoneo de más de 100 mL.
b) Puede detectar líquido en el saco pericárdico.
c) Puede diferenciar entre hemoperitoneo y otras formas de líquido intraabdominal, como la ascitis o la bilis.
d) Es una técnica fácil de aprender, portátil y rápida.

316.- Señale la respuesta INCORRECTA acerca del drenaje percutáneo de los abscesos intraabdominales:

a) Son contraindicaciones absolutas los abscesos múltiples, multiloculados, complicados con fístulas o en pacientes críticos.
b) Es el tratamiento de elección de las colecciones intraabdominales infectadas y los abscesos.
c) La cirugía debe reservarse para los abscesos no accesibles al drenaje percutáneo, cuando éste fracasa o en caso de contraindicación de la técnica.
d) Incluso en patologías con indicación quirúrgica, el drenaje percutáneo puede utilizarse como “técnica puente” hasta estabilizar a la persona paciente.

317.- En la evaluación de la capacidad funcional de la persona paciente mediante el test de la marcha de 6 minutos para predecir complicaciones cardiopulmonares posoperatorias, ¿cuál es el punto de corte validado que discrimina una alta morbilidad y mayor estancia hospitalaria?

a) Una distancia de corte establecida exactamente en 500 metros.
b) Una distancia de corte en 393 metros, con una sensibilidad del 74% y una especificidad del 72%.
c) Cualquier distancia que supere el equivalente metabólico de 15 METs en mujeres.
d) Un valor de corte de 250 metros, calculado exclusivamente para pacientes con un IMC inferior a 18.5.

318.- Sólo uno de los siguientes tumores hepáticos tiene potencial de malignización. Indique de cuál se trata:

a) Hemangioma.
b) Adenoma.
c) Hiperplasia nodular focal.
d) Hamartoma.

319.- ¿Cuál es un principio básico de preparación preoperatoria?

a) Optimización de niveles glucídicos en casos de DMII.
b) Optimización estado nutricional.
c) Corrección de la anemia.
d) Todas las anteriores.

320.- En cuanto a los tumores retroperitoneales, señale la respuesta FALSA:

a) La mayoría de los tumores retroperitoneales son malignos, y de origen mesenquimal.
b) Incluyen los tumores derivados de vasos, nervios, tejido muscular, restos embrionarios y órganos retroperitoneales.
c) Las manifestaciones clínicas son escasas, y suelen aparecer en estadios avanzados o cuando la lesión comprime o desplaza a los órganos o estructuras vecinas.
d) El liposarcoma es el tumor retroperitoneal maligno más frecuente, siendo uno de los sarcomas más comunes en todas las localizaciones.

321.- En caso de dudas a la exploración para la detección de la existencia de una hernia inguinal, ¿qué técnica de imagen debe realizarse?

a) Un TAC.
b) Una RNM pélvica.
c) Una ecografía de la región inguinal.
d) Una laparoscopia diagnóstica.

322.- Respecto al bocio multinodular, son ciertas todas las afirmaciones EXCEPTO:

a) Se inicia de forma eutiroidea, pero posteriormente cursa con hipertiroidismo.
b) La presentación inicial suele ser por una masa difusa, aunque puede presentar nodularidad asimétrica.
c) Suelen tener un tamaño superior a 5 cm.
d) En el 10 % al 20 % de los casos, en pacientes asintomáticos, la lesión es completamente intratorácica.

323.- La complicación tardía MÁS frecuente de la colostomía es:

a) Prolapso.
b) Hernia paraestomal.
c) Estenosis.
d) Recidiva.

324.- Las fístulas enterocutáneas o enteroatmosféricas:

a) Raramente son secundarias a una fuga anastomótica o lesión intestinal intraoperatoria inadvertida.
b) Cuando se localizan en intestino distal son de alto débito (>500 mL/24 h), con importante alteración hidroelectrolítica y nutricional.
c) Cuando aparecen en la fase precoz del postoperatorio (3º-5º día) y se acompañan de SIRS e inestabilidad hemodinámica, su tratamiento más apropiado es la cirugía urgente.
d) Cuando se ha optado por tratamiento conservador y la fístula no se ha cerrado en 4-6 semanas, no está indicado esperar más y se debe realizar cirugía preferente antes de los 2 meses.

325.- En los tumores benignos de la mama se suele indicar la exéresis quirúrgica para confirmación histológica y tratamiento definitivo. A pesar de su benignidad estas lesiones pueden recidivar si no se extirpan por completo. ¿Cuál de las siguientes NO suele recidivar tras la exéresis quirúrgica?

a) Adenoma pleomórfico.
b) Papiloma periférico.
c) Tumor phyllodes.
d) Hamartoma mamario.

326.- Respecto a los indicadores de calidad, señale la característica que NO debería tener un "indicador ideal":

a) Estar basado en la evidencia científica disponible.
b) Flexibilidad: que pueda ser medido de manera diferente en cada centro.
c) Alta sensibilidad y especificidad: detectar pocos falsos negativos y positivos.
d) Factibilidad de medición: datos fácilmente obtenibles.

327.- Respecto al diagnóstico del shock, indique la VERDADERA de las siguientes afirmaciones:

a) La presencia de hipotensión arterial es condición indispensable para el diagnóstico de shock.
b) La frecuencia cardíaca tiene una sensibilidad y especificidad óptima para la detección del shock.
c) La presencia de lactato plasmático superior a 1 mmol/L se considera patológica y se asocia a una mayor mortalidad.
d) Independientemente de la etiología del shock, el valor pronóstico del lactato sérico es mucho mayor que el de la presión arterial**.**

328.- La sueroterapia forma parte del grupo de fármacos más prescritos en el ámbito hospitalario. Indique la FALSA de las siguientes afirmaciones:

a) Los cristaloides contienen agua, electrolitos y/o glucosa en diferentes proporciones.
b) Para la fluidoterapia de mantenimiento se recomienda el uso de coloides sobre cristaloides.
c) La vía RICA (Recuperación Intensificada en la Cirugía del Adulto) recomienda la monitorización del volumen sistólico para guiar la administración intraoperatoria de fluidos.
d) El exceso de aporte de líquidos intravenosos se correlaciona con complicaciones postoperatorias pulmonares, cardíacas, gastrointestinales y renales.

329.- Respecto a la evaluación del riesgo quirúrgico, de las siguientes la respuesta VERDADERA:

a) La clasificación de riesgo de la ASA (American Society of Anesthesiology) no tiene en cuenta los riesgos inherentes a la intervención quirúrgica.
b) No existe una correlación de las puntuaciones ASA con la mortalidad postoperatoria y complicaciones graves.
c) Uno de sus puntos fuertes es la objetividad de la puntuación ASA entre los diferentes profesionales.
d) La categoría ASA II corresponde a una persona paciente con enfermedad sistémica grave, con limitación funcional, pero que no incapacita.

330.- Existen diversas situaciones en las que una persona paciente padece alteración de la coagulación secundaria al uso de fármacos. ¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a un tratamiento CORRECTO?

a) Alteración causada por uso de heparina sódica debe tratarse con desmopresina.
b) Alteración causada por uso de acenocumarol debe tratarse con vitamina K.
c) Alteración causada por dabigatran debe tratarse con adexanet.
d) Alteración causada por heparina de bajo peso molecular debe tratarse con factor VII de la coagulación.

331.- Respecto al proceso biológico de la cicatrización en las anastomosis señale la respuesta VERDADERA:

a) La capa submucosa por su escasez en fibras de colágeno tiene escasa resistencia a la tracción y distensión.
b) La eversión de la mucosa favorece el proceso de cicatrización en una anastomosis.
c) Se ha observado menor riesgo de dehiscencia o fuga anastomótica en aquellos segmentos del tubo digestivo que carecen de capa serosa.
d) Existe evidencia científica que relaciona la alteración de la microbiota intestinal con fenómenos infecciosos y modificaciones en la cicatrización anastomótica.

332.- En relación a la desnutrición y las complicaciones asociadas, señale la respuesta VERDADERA:

a) La sarcopenia se caracteriza por una pérdida gradual y generalizada de la masa muscular esquelética y de la fuerza muscular.
b) La sarcopenia no puede diagnosticarse con un dinamómetro.
c) La valoración de la persona paciente con el Nutritional Risk Screening NSR 2002 predice los enfermos con riesgo nutricional e informa del sector (muscular, proteína visceral o grasa de reserva) deficitario.
d) El método Gassull, basado en el pliegue del tríceps, perímetro del brazo y medición de la albúmina tiene su mayor utilidad en personas pacientes candidatas a soporte nutricional en las unidades de reanimación postoperatoria.

333.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación con la cirugía robótica?

a) Se recupera la sensación d tridimensionalidad.
b) Los grados de libertad de los movimientos de la mano se asemejan a la cirugía abierta.
c) La curva de aprendizaje de los diferentes procedimientos es más corta.
d) La recuperación del tacto es como en cirugía abierta.

334.- La existencia de un neumoperitoneo con CO2 de 12 mmHg NO induce:

a) Una reducción del retorno venos.
b) Oliguria por hipoperfusión renal.
c) Un aumento de presión de la vía aérea.
d) Una alcalosis metabólica.

335.- ¿Qué es lo que NO se debe hacer en la prevención del delirio postoperatorio en la cirugía en la persona anciana?

a) Promover que la persona paciente este acompañada de un familiar.
b) Mantener la calidad sensorial (vista, oído), con lentes y audífonos si lo requiere.
c) Reducir al máximo el dolor, evitando la utilización de mórficos.
d) Suprimir la mediación habitual de la persona paciente.

336.- ¿Cuál de los siguientes NO es un factor favorecedor de hernia incisional post laparotomía?

a) Cirugía urgente.
b) Desnutrición.
c) Hipertensión arterial.
d) Laparotomía previa.

337.- Con respecto a las medidas de prevención de la infección quirúrgica, señale el enunciado INCORRECTO:

a) La profilaxis antibiótica intravenosa, cuando está indicada, es una medida eficaz para reducir las tasas de infección quirúrgica.
b) Según la OMS, no se debe suspender un tratamiento inmunosupresor como medida preventiva de infección.
c) Los protectores cutáneos adhesivos se recomiendan en cirugía abdominal.
d) No hay una recomendación clara sobre el tipo de apósito estéril a utilizar sobre la herida quirúrgica.

338.- Con respecto a la infección de localización quirúrgica (ILQ), señale la CORRECTA:

a) Según el estudio EPINE es la tercera infección nosocomial más frecuente, tras neumonía y urinaria.
b) La ILQ superficial se produce hasta los 60 días y afecta piel y tejido subcutáneo.
c) En cirugía abdominal los bacilos gramnegativos son la etiología más frecuente.
d) La infección órgano-cavitaria no produce una alta morbimortalidad.

339.- En el tratamiento antibiótico empírico de la infección quirúrgica postoperatoria, señale la CORRECTA:

a) En una persona paciente con infección postoperatoria de bajo riesgo, puede ser suficiente pautar piperacilina-tazobactam.
b) Al pautar el primer antibiótico empírico, son poco relevantes los factores de riesgo individuales frente a bacterias multirresistentes.
c) La presencia de flora mixta como causante de infección es infrecuente, por lo que se deben cubrir exclusivamente gramnegativos.
d) En las personas pacientes con sepsis o shock séptico no es necesario cubrir Pseudomonas o bacterias multirresistentes.

340.- Respecto a la infección abdominal en una persona paciente inmunodeprimida, señale la CORRECTA:

a) La infección nosocomial con presencia de bacterias multirresistentes es infrecuente.
b) La etiopatogenia del absceso esplénico se relaciona con inmunosupresión en un 10-18 % de los casos.
c) El tratamiento antibiótico empírico se pauta por protocolo y es equivalente al de pacientes no inmunodeprimidos.

d) El absceso hepático por Entamoeba histolytica no se relaciona con infección por VIH.

341.- Un varón de 40 años obeso con un Glasgow de 8 requiere una TAC craneal. Antes de trasladarlo al scanner, usted debería:

a) Administrar más drogas sedantes.
b) Insertar un dispositivo esofágico multifenestrado para la vía aérea.
c) Establecer una vía aérea definitiva.
d) Solicitar una placa lateral de la columna cervical.

342.- Un varón de 30 años recibe una puñalada en el hemitórax derecho. A su llegada al servicio de urgencias tiene gran dificultad respiratoria. Su frecuencia cardiaca es de 120 y su tensión de 80/50 mmHg. Sus venas yugulares no están ingurgitadas. A la auscultación del tórax, hay una disminución del murmullo vesicular en el lado derecho con matidez a la percusión en su parte posterior. Estos hallazgos son MÁS consistentes con:

a) Neumotórax a tensión.
b) Taponamiento cardiaco.
c) Hipovolemia por lesión hepática.
d) Hemotórax.

343.- Un varón de 44 años de edad ha sufrido quemaduras en la totalidad de ambos miembros inferiores, el periné y los genitales. ¿Qué superficie corporal quemada representa según la regla de los nueves?

a) 37 %.
b) 36 %.
c) 19 %.
d) 18 %.

344.- Ante un injerto hepático procedente de un donante de 61 años procedente de una muerte encefálica, con esteatosis macrovesicular del 40 % y sin fibrosis, ¿cuál es la afirmación CORRECTA con vistas a la validez?

a) Se trata de una esteatosis leve y lo consideraría válido sin más.
b) Se trata de una esteatosis moderada y se debería valorar el donante en su conjunto para dar la validez.
c) Es una esteatosis grave y no debería dar la validez.
d) La esteatosis macrovesícular nunca contraindicaría el implante del órgano.

345.- ¿Cuál de los siguientes fármacos NO es un inmunosupresor utilizado en trasplantes de órganos?

a) Ciclosporina.
b) Tacrolimus.

c) Micofenolato Mofetilo.
d) Atorvastatina.

346.- ¿Qué tipos de trasplante de páncreas pueden realizarse?

a) Páncreas aislado.
b) Páncreas y riñón simultáneos.
c) Trasplantes de Islotes pancreáticos.
d) Todas son correctas.

347.- Respecto a la prevención y tratamiento del rechazo celular agudo en el trasplante hepático, ¿cuál de las siguientes NO es una estrategia fundamental?

a) Mantener los niveles de inmunosupresión en rango óptimo.
b) Mantener los niveles de inmunosupresión en rango bajo en los primeros meses para evitar su toxicidad y el rechazo.
c) Inicio de tratamiento con corticoides a modo de bolos repartidos en días consecutivos.
d) El uso de anticuerpos monoclonales (Ac. Monoclonales) es una alternativa para el tratamiento del rechazo celular agudo corticoresistente.

348.- Mujer de 32 años que consulta por un nódulo tiroideo de 1,5 cm clasificado como EU-TIRADS 4 por la ecografía y como Bethesda IV en la citología mediante punción-aspiración con aguja fina (PAAF). La ecografía cervical no describe otro hallazgo de interés. Señale la actitud que consideraría MÁS adecuada para esta paciente:

a) Al tratarse de un nódulo de características benignas plantearía un seguimiento ecográfico.
b) Al presentar dudas diagnósticas le realizaría una segunda PAAF.
c) Plantearía tratamiento quirúrgico con hemitiroidectomía.
d) Plantearía tratamiento quirúrgico con tiroidectomía total.

349.- Tras practicarle una hemitiroidectomía a una paciente con un nódulo tiroideo de 4,2 cm recibe el siguiente informe definitivo por parte del patólogo: "patrón folicular con invasión capsular y vascular". Señale la actitud que considera MÁS adecuada:

a) Se trata de un carcinoma folicular y plantearía vigilancia en este caso cada 6 meses con niveles de tiroglobulina.
b) Se trata de un carcinoma folicular y completaría en este caso la tiroidectomía asociando una linfadenectomía central profiláctica.
c) Se trata de un carcinoma folicular y completaría en este caso la tiroidectomía.
d) Se trata de un carcinoma folicular y plantearía en este caso administrar I131 inicialmente sin completar la tiroidectomía.

350.- Respecto al diagnóstico del carcinoma medular de tiroides (CMT), señale la respuesta FALSA:

a) En general no está aceptada la determinación de calcitonina ante cualquier nódulo tiroideo como cribado del CMT esporádico.
b) La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) permite identificar el 75-80 % de los casos de CMT.
c) Entre el 1 % y el 7 % de los CMT supuestamente esporádicos son familiares, por lo que siempre hay que hacer un estudio genético para descartar el origen familiar.
d) El antígeno carcinoembrionario (CEA) tiene una utilidad establecida para el seguimiento, aunque no tiene especificidad diagnóstica para el CMT.

351.- En cuanto a los tumores neuroendocrinos dentro del síndrome de Neoplasia Endocrina Múltiple (MEN) tipo 1, señale la opción CORRECTA:

a) El insulinoma es el tumor neuroendocrino pancreático funcionante más frecuente.
b) Los tumores neuroendocrinos pancreáticos no funcionantes suelen operarse cuando alcanzan un tamaño >1 cm.
c) En caso de tumores múltiples en cuerpo-cola y un tumor en cabeza se plantearía de inicio una pancreatectomía total.
d) Los tumores carcinoides tímicos son infrecuentes pero agresivos.

352.- En cuanto al diagnóstico y tratamiento del hiperparatiroidismo primario, indique qué afirmación es FALSA:

a) El diagnóstico del hiperparatiroidismo primario es bioquímico.
b) El hiperparatiroidismo no localizado no tiene indicación quirúrgica.
c) Hay que realizar una ecografía renal y una densitometría ósea para descartar afectación renal y/u ósea.
d) La indicación quirúrgica es similar en casos esporádicos y familiares.

353.- Carcinoma de paratiroides. Señale la afirmación FALSA:

a) Afecta por igual a hombres y mujeres, sobre todo en mayores de 70 años.
b) Suele debutar con hipercalcemia importante y niveles elevados de PTH.
c) La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) es útil para el diagnóstico.
d) La única opción de curación es realizar una cirugía radical en primera instancia, resecando el carcinoma íntegro y en bloque junto a las estructuras vecinas que puedan estar infiltradas.

354.- Señale la opción que considere FALSA en relación al carcinoma suprarrenal:

a) En el 60 % de los casos hay hipersecreción hormonal, y la clínica que presenta la persona paciente está relacionada con esta hipersecreción, siendo el síndrome de Cushing el más frecuente.
b) Los valores de atenuación tisular menores de 10 unidades de Hounsfield en la tomografía computarizada o un lavado del contraste con respecto a la fase arterial de menos del 40 % son sugerentes de malignidad.

c) La punción-aspiración con aguja fina (PAAF) no tiene indicación en las personas pacientes tributarias de tratamiento quirúrgico, siendo útil en los casos de tumor irresecable donde se vaya a iniciar un tratamiento no quirúrgico.
d) Los criterios histológicos de Weiss son los que habitualmente se utilizan para el diagnóstico del carcinoma adrenocortical, y los de Lin-Weiss-Bisceglia, para los tumores oncocíticos.

355.- En relación al tratamiento quirúrgico en los tumores suprarrenales, señale la opción que considere FALSA:

a) Las metástasis adrenales se pueden resecar con seguridad mediante abordaje laparoscópico.
b) El tratamiento quirúrgico del mielolipoma suprarrenal estaría indicado cuando presenta un tamaño superior a 4 cm.
c) La adrenalectomía parcial puede considerarse en lesiones benignas menores de 3 cm, principalmente bilaterales, preservando un 30 % de la glándula.
d) En el caso del feocromocitoma, el tamaño de la lesión y los niveles preoperatorios de metanefrinas parecen actuar como factores de riesgo de inestabilidad hemodinámica durante la cirugía.

356.- Respecto al Bilitec, son ciertas todas las afirmaciones EXCEPTO:

a) Permite la valoración del reflujo duodenogastroesofágico.
b) La bilirrubina se considera un buen marcador de la existencia de reflujo duodenogastroesofágico.
c) Para una correcta evaluación de los resultados la sonda de exploración debe colocarse 10 cm por encima del borde superior del esfinter esofágico inferior.
d) Las indicaciones del Bilitec se han visto reducidas por técnicas como la pH- impedanciometria intraluminal mlticanal.

357.- De acuerdo con las actualizaciones de ASPEN y ESPEN sobre la etiopatogenia de la desnutrición, ¿cómo se clasifica específicamente aquella desnutrición caracterizada por un ayuno crónico sin presencia de inflamación?

a) Desnutrición relacionada con la enfermedad crónica.
b) Desnutrición relacionada con lesión o enfermedad aguda.
c) Desnutrición mixta hospitalaria de instauración ultraaguda.
d) Desnutrición relacionada con la inanición (como en la anorexia nerviosa).

358.- Miembros natos del Comité de Quirófano. ¿Cuál es la respuesta INCORRECTA?

a) Responsables de anestesia y cirugía del centro.
b) Persona responsable de la enfermería de quirófano.
c) Todo el personal de jefatura de servicios quirúrgicos.
d) Dirección del centro.

359.- ¿Cuál de los siguientes es criterio de selección de pacientes para una Unidad de CMA según la clasificación de Davis?

a) Tipo I y II.
b) Tipo II.
c) Tipo IV.
d) Tipo II y algunos del tipo III.

360.- ¿En cuál de las siguientes situaciones causantes de shock, el mecanismo principal NO es la disminución del gasto cardiaco?

a) Disminución del retorno venoso.
b) Fallo de la "bomba" cardíaca por alteración de la contractilidad o presencia de arritmia grave.
c) Obstrucción en el flujo circulatorio.
d) Pérdida en el tono vasomotor.

361.- Uno de los siguientes NO es causa de shock de tipo distributivo.

a) Sepsis.
b) Anafilaxia.
c) Lesión medular grave.
d) Neumotórax a tensión.

362.- Fluidoterapia en situaciones especiales. ¿Cuál NO es cierta?

a) Cristaloides isotónicos balanceados son de elección en politraumatismos.
b) Es de elección el Ringer Lactato en Politraumatismos.
c) El shock séptico resucitar con cristaloides 30 ml/kg en las primeras 3h desde el diagnóstico.
d) Seguir la fórmula de Parkland para requerimientos de fluidoterapia en grandes quemados.

363.- Sobre los trastornos hidroelectrolíticos. ¿Cuál de los siguientes enunciados NO es CORRECTO?

a) En pacientes hospitalizados la hiperpotasemia es más frecuente que la hipopotasemia.
b) La incidencia de hipocalcemia en pacientes críticos o postoperados puede llegar al 80%.
c) La hiperfosfatemia se relaciona con insuficiencia renal crónica o casos de lisis celular masiva.
d) Se considera hiponatremia grave las concentraciones por debajo de 120 mEq/L.

364.- Dentro de las pruebas recomendadas para los diferentes grados de ASA en cirugía de complejidad mayor, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?

a) En pacientes ASA I siempre: hemograma, ECG y coagulación.
b) En pacientes ASA II: coagulación no de rutina.
c) En pacientes ASA II: ECG, hemograma y pruebas de función renal siempre.
d) En pacientes ASA III/IV: coagulación si hepatopatía crónica.

365.- ¿En pacientes con diabetes mellitus que determinación NO tiene suficiente evidencia en la evaluación preoperatoria?

a) Descartar patología cardiaca.
b) Descartar patología renal.
c) Determinación de hemoglobina glucosilada.
d) Vía aérea difícil en pacientes con diabetes de larga evolución.

366.- El patient blood management (PBM) es un conjunto de estrategias. ¿Cuál es la respuesta CORRECTA?

a) Optimización de la hemoglobina.
b) Minimización de la hemorragia.
c) Optimización de la persona paciente y la tolerancia fisiológica a la anemia.
d) Todas las anteriores.

367.- ¿Cuál de las siguientes técnicas anestésicas se considera actualmente controvertida para prevenir el sangrado?

a) Técnicas neuroaxiales en relación con la anestesia general por disminución de la presión arterial y el tono venoso resultante del bloqueo simpático.
b) Posicionamiento de la persona paciente para evitar la hiperpresión a nivel de vena cava.
c) Evitar la hipotermia, la acidosis y la hipocalcemia.
d) Hipotensión inducida.

368.- Complicaciones de la nutrición parenteral total. ¿Cuál es la respuesta CORRECTA?

a) Mecánicas en la inserción y mantenimiento del catéter central.
b) Sépticas por infección del catéter central.
c) Metabólicas.
d) Todas las anteriores.

369.- Respecto a la glutamina, ¿que NO es CORRECTO?

a) Su concentración en el músculo es del 95% del total.
b) Es un aminoácido esencial.



c) Es necesario para modular la respuesta inflamatoria.
d) Es necesario para modular el estrés oxidativo.

370.- Tratamiento del dolor agudo postoperatorio. ¿Cuál NO es una recomendación con alto nivel de evidencia?

a) Uso de analgesia multimodal.
b) Uso de técnicas regionales.
c) Uso de AINEs y/o paracetamol como parte del tratamiento multimodal.
d) En el tratamiento con opioides se prefiere la administración intravenosa frente a la oral

371.- ¿En cuanto al tratamiento del dolor agudo postoperatorio que NO es CORRECTO?

a) Eficaz en disminuir las complicaciones postoperatorias como neumonía, trombosis venosa profunda e infección.
b) No influyen en el pronóstico oncológico de pacientes quirúrgicos con cáncer.
c) Son útiles para evitar la progresión hacia la aparición de cuadros de dolor crónico.
d) Favorecen la recuperación funcional.

372.- ¿Qué NO es CORRECTO sobre la biología de la cicatrización de las heridas?

a) Los fetos pueden desarrollar curación cutánea sin presencia de cicatriz.
b) Las células T son proinflamatorias, las T helper son supresoras.
c) Infección, quemaduras y tensión excesiva se asocian a queloides.
d) Los queloides se relacionan con alteraciones intrínsecas del proceso de reparación.

373.- Fases de cicatrización normal. ¿Qué NO es CORRECTO en las afirmaciones siguientes?

a) Clásicamente la curación de las heridas se ha dividido en tres fases: inflamación, proliferación y remodelación.
b) La fase inflamatoria se extiende desde la agresión que produce la herida hasta la segunda semana.
c) La hemostasia es el paso inicial y fundamental para el proceso de curación.
d) El déficit de factor XIII se asocia a alteraciones de la cicatrización.

374.- Respecto a la respuesta biológica en la cirugía mínimamente invasiva (CMI) ¿qué afirmación de las siguientes NO es CORRECTA?

a) La elevación de los reactantes de fase aguda se sitúa en la herida quirúrgica por lo que la CMI mejora la respuesta inflamatoria de la persona paciente.
b) No hay diferencia significativa en la respuesta metabólica entre procedimientos abiertos y CMI.
c) La CMI se asocia con menor inmunosupresión que la cirugía abierta.
d) La respuesta neuroendocrina es mucho menor en la CMI que en la cirugía abierta.

375.- En cuanto a la cirugía mínimamente invasiva (CMI), ¿cuál de las afirmaciones siguientes es FALSA ?.

a) Los estudios demuestran mejoras de la cirugía robótica en procedimientos complejos en espacios reducidos.
b) La inestabilidad hemodinámica es la única contraindicación absoluta para el uso de la CMI.
c) La hernia estrangulada o defectos herniarios mayores de 15 cm son contraindicaciones absolutas pata la CMI.
d) Tumores exteriorizados voluminosos, con infiltración local son contraindicación relativa para la CMI.

376.- ¿Cuál de los siguientes son factores de riesgo de fuga anastomótica quirúrgicos o intraoperatorios? .

a) Duración de la cirugía.
b) Trasfusión de sangre.
c) Peritonitis, oclusión.
d) Todos los anteriores.

377.- ¿Qué es FALSO respecto al diagnóstico perioperatorio de la fuga anastomótica?

a) Como marcadores hemáticos de fuga anastomótica se han propuesto: proteina C reactiva, procalcitonina y neutrófilos.
b) La procalcitonina es un marcador sensible y muy específico de infección bacteriana sistémica.
c) Se estudia como valor diagnóstico de fuga anastomótica la detección en líquido peritoneal de lipopolisacáridos de la pared externa de bacterias gramnegativas, E.coli, klebsiella y pseudomonas.
d) En cirugía colorrectal, la proteina C reactiva es un marcador útil de fuga a partir del quinto día de postoperatorio.

378.- En cuanto a las recomendaciones para la prevención de la infección de localización quirúrgica, ¿qué es CORRECTO de las siguientes afirmaciones?

a) Retirar de forma habitual el vello del campo quirúrgico.
b) Se recomienda la inmunonutrición perioperatoria en pacientes con desnutrición grave con cáncer que van a ser sometidos a cirugía mayor.
c) Se recomienda la retirada de terapia inmunosupresora sistémica previa a cirugía mayor.
d) No se recomienda la profilaxis antibiótica por vía oral asociada a la preparación mecánica del colon en cirugía colorrectal.



379.- ¿Cuál de la siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La infección de localización quirúrgica es la infección nosocomial más frecuente en nuestro país.
b) La cirugía abdominal es la especialidad quirúrgica con las cifras más altas de infección de localización quirúrgica.
c) La infección de localización quirúrgica dobla la mortalidad respecto a las personas pacientes que no la desarrollan.
d) La infección de localización quirúrgica aumenta la estancia hospitalaria entre 3 y 9 días.

380.- Respecto a la infección de órgano-espacio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) Taquicardia y taquipnea parece que resisten los mecanismos de contrarregulación de la fase postoperatoria y están presentes en el desarrollo inicial de la complicación.
b) La vía de acceso laparoscópico conlleva menor elevación de parámetros inflamatorios.
c) La tomografía computerizada es la técnica de elección en el diagnóstico de infección órgano-espacio.

381.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la infección del catéter intravenoso es FALSA?

a) Las infecciones de catéter se encuentran entre las infecciones nosocomiales más frecuentes.
b) La mayor incidencia se produce en unidades de cuidados intensivos o en servicios de onco-hematología.
c) La etiología más frecuente son los bacilos gramnegativos.
d) Sospechar infección de catéter en pacientes con fiebre, escalofríos e hipotensión y signos inflamatorios proximales a la inserción o trayecto del catéter.

382.- En la revisión primaria de la persona paciente politraumatizada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

a) La obstrucción de vía aérea es la causa más frecuente de muerte inmediata tras traumatismo.
b) En caso de duda, intubar a la persona paciente de forma precoz.
c) Si la radiografía de tórax es normal, la intubación es segura y no precisa reevaluación frecuente.
d) La hipotensión puede aumentar la mortalidad en pacientes con lesión cerebral, frecuente en trauma cerrado.



383.- Indicaciones de intubación orotraqueal en personas politraumatizadas. ¿Cuál es FALSA?

a) Persona paciente inquieta o combativa al que no se puede administrar el tratamiento adecuado.
b) Heridas faciales o del cuello (cerradas o penetrantes) que amenacen la permeabilidad de la vía aérea.
c) Lesiones múltiples y graves, sobre todo en personas pacientes ancianas.
d) Escala de coma de Glasgow inferior a 5.

384.- Prioridades del tratamiento quirúrgico en personas pacientes politraumatizadas. ¿Cuál es la afirmación CORRECTA?

a) Pacientes hemodinámicamente inestables que requieran control del sangrado.
b) Pacientes hemodinámicamente estables con lesiones de torso con amenaza vital.
c) Traumatismo craneoencefálico cerrado con hematoma expansivo y sin lesión cerebral extensa.
d) Todas las anteriores.

385.- ¿En cuál de estos procedimientos el dolor postoperatorio está clasificado como severo?

a) Tiroidectomía.
b) Herniorrafia crural.
c) Cirugía anal.
d) Colecistectomía laparoscópica.

386.- ¿Cuál es el periodo más seguro para el uso de laparoscopia en una mujer embarazada?

a) El primer trimestre.
b) El tercer trimestre.
c) El segundo trimestre.
d) El primer y tercer trimestre.

387.- ¿Cuál de estas medidas permite prevenir la implantación de metástasis en los puertos de entrada, en cirugía laparoscópica oncológica?

a) Fijación de los trocares.
b) Prevención de las fugas de gas a través de los orificios de los trocares.
c) Lavado de los instrumentos con povidona yodada.
d) Todas ellas.

388.- ¿Qué antibiótico no usaríamos de primera elección, en la profilaxis de infección por bacilos gramnegativos? (paciente sin alergias).

a) Aminoglucósidos.
b) Amoxicilina-clavulánico.
c) Clindamicina.
d) Cefalosporinas.

389.- La nutrición parenteral periférica no está indicada, ¿en cuál de las siguientes situaciones?

a) Situación de ayuno intermedio (7-14 días).
b) Tratamiento temporal ante la necesidad de retirada de catéter central.
c) Paciente con dieta oral que no consigue los requerimientos (<60%).
d) Paciente con desnutrición preoperatoria.

390.- ¿Cuál de los siguientes opiáceos se considera opiáceo mayor según su potencia?

a) Meperidina.
b) Codeína.
c) Tramadol.
d) D-propoxifeno.

391.- ¿Qué vitamina juega el papel más importante en la cicatrización de las heridas?

a) B6.
b) C.
c) B1.
d) A.

392.- En una donación multiorgánica, ¿cuál es el orden de extracción de los órganos en el abdomen (después de extraer el corazón y los pulmones)?

a) Riñones, hígado, páncreas, intestino delgado.
b) Hígado, páncreas, intestino delgado, riñones.
c) Páncreas, intestino delgado, hígado, riñones.
d) Hígado, páncreas, riñones, intestino delgado.

393.- ¿Qué fármacos se deben interrumpir el día de la intervención quirúrgica?

a) Nitritos.
b) IECAs.
c) Bloqueantes beta.
d) Calcioantagonistas.

394.- ¿Cuál de estos iones no disminuye de forma acusada en el síndrome de realimentación?

a) Potasio.
b) Magnesio.
c) Calcio.
d) Fosfato.

395.- La triada de Beck incluye todas las manifestaciones clínicas siguientes, EXCEPTO:

a) Hipotensión.
b) Ingurgitación venosa yugular.
c) Enfisema subcutáneo.
d) Ruidos cardiacos apagados.

396.- ¿En cuál de las siguientes patologías es MENOS frecuente el rechazo crónico hepático tras trasplante?

a) Colangitis esclerosante primaria.
b) Cirrosis viral.
c) Hepatitis autoinmune.
d) Cirrosis biliar primaria.

397.- ¿Qué afirmación NO es CIERTA en el trasplante pancreático?

a) El drenaje pancreático exocrino vesical es el más frecuente.
b) El drenaje vesical se asocia con importante pérdida de bicarbonato.
c) El drenaje vesical permite hacer determinaciones de amilasa en orina para valorar la función pancreática.
d) El drenaje vesical produce frecuentes infecciones urológicas.

398.- ¿Cuál es la solución de preservación de órganos pretrasplante más utilizada?

a) Solución de Eurocollins.
b) Solución de la Universidad de Wisconsin.
c) Solución HTK.
d) Solución Celsior.

399.- ¿Cuál es la principal indicación quirúrgica en el hipertiroidismo por Graves-Basedow?

a) Sospecha de cáncer.
b) Fracaso de tratamiento médico.
c) Presencia de bocio de gran tamaño.
d) Oftalmopatía grave.

400.- ¿Qué afirmación NO es CIERTA en relación al carcinoma folicular de tiroides?

a) Se presenta como nódulo solitario en la mayoría de los casos.
b) Las metástasis ganglionares cervicales son poco frecuentes.
c) Metastatiza más frecuentemente que el carcinoma papilar en el pulmón y hueso.
d) La variante de carcinoma folicular de células de Hürthle tiene mejor pronóstico.

401.- ¿Qué NO es CIERTO en el carcinoma medular de tiroides en MEN 2B?

a) El debut del carcinoma es más precoz que en el MEN 2A.
b) Casi el 100% presenta metástasis en el momento del diagnóstico.
c) La cirugía ideal es la tiroidectomía total y vaciamiento compartimento central.
d) La edad ideal para realizar la tiroidectomía profiláctica es a los 6 meses.

402.- En el hiperparatiroidismo persistente tras cirugía, ¿qué afirmación NO es CIERTA?

a) Es debido a un adenoma no identificado en la primera intervención.
b) Es debido a enfermedad multiglandular no sospechada.
c) La paratiroidectomía fue insuficiente.
d) Si se extirparon las 4 glándulas, el adenoma suele corresponder al IV arco branquial.

403.- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación a la exploración bilateral en el hiperparatiroidismo primario (HPTP)?

a) Está indicada en casos de sospecha de enfermedad multiglandular.
b) Debe realizarse cuando la gammagrafía es negativa.
c) En HPTP hereditario hay que explorar ambos lados.
d) Hoy en día se realiza en alrededor del 15% de todos los HPTP.

404.- ¿Qué afirmación es CORRECTA en el MEN 2?

a) La primera cirugía debe ser siempre la del carcinoma medular.
b) La suprarrenalectomía se hace bilateral siempre, aun en ausencia de tumor contralateral, por el riesgo de afectación bilateral posterior.
c) Tras la extirpación del feocromocitoma unilateral, es poco probable el desarrollo de otro tumor contralateral.
d) La primera cirugía debe ser la suprarrenalectomía si existe feocromocitoma.

405.- ¿Cuál de estas situaciones se observa en el síndrome de hueso hambriento severo, tras paratiroidectomia?

a) Elevación de niveles de fosfatasa alcalina.
b) Hiperfosfatemia.
c) Calciuria alta.
d) La PTH está por debajo valores normales.

406.- ¿Cuál de las siguientes situaciones cumple criterios de infección de órgano o espacio asociada a un procedimiento quirúrgico?

a) Drenaje purulento limitado a la piel y tejido celular subcutáneo de la incisión.
b) Apertura espontánea de la incisión profunda acompañada de fiebre.
c) Aislamiento microbiológico obtenido de una muestra recogida estérilmente en una cavidad intraabdominal manipulada durante la intervención.
d) Eritema y dolor en la herida quirúrgica superficial.

407.- La causa MÁS frecuente de rotura esofágica es:

a) Quirúrgica.
b) Instrumental.
c) Traumatismo externo penetrante.
d) Impactación de cuerpo extraño.

408.- ¿Que NO es CIERTO en el divertículo de Zenker?

a) Es un divertículo verdadero.
b) El tránsito baritado es la prueba de elección para el diagnóstico.
c) El síntoma más precoz es la disfagia orofaringea.
d) Tanto la cirugía abierta como la endoscópica son actitudes terapéuticas válidas.

409.- ¿Cuál de los siguientes procedimientos se clasificaría correctamente como una intervención limpia-contaminada?

a) Cirugía por perforación colónica con peritonitis establecida.
b) Colecistectomía electiva con apertura controlada de la vía biliar y ausencia de infección.
c) Desbridamiento de una herida traumática antigua con tejido desvitalizado.
d) Cirugía con vertido abundante de contenido intestinal secundario a una ruptura accidental.

410.- ¿Qué NO es CIERTO respecto a la terapia médica o quirúrgica en el esófago de Barrett?

a) Ambas controlan la sintomatología con la misma eficacia.
b) La cirugía eficaz, controlaría tanto el reflujo ácido patológico como el biliopancreático.
c) El segmento metaplásico desaparece tras la cirugía.
d) El segmento metaplásico permanece con el tratamiento médico.

411.- En el cáncer de esófago, ¿cuál de los estadios siguientes se considera resecable?

a) Tumores T4b con afectación de tráquea, hígado y pulmón.
b) Tumores T4a que infiltran pleura pericardio o diafragma.
c) Tumores de la unión gastroesofágica con adenopatías supraclaviculares positivas.

d) Tumores de esófago cervical <5cm del músculo cricofaríngeo.

412.- Respecto al tratamiento inicial de la infección grave por Clostridioides difficile, señale la afirmación CORRECTA:

a) El metronidazol oral constituye el tratamiento de primera elección.
b) Se define por leucocitos inferiores a 15.000/mm³ y creatinina inferior a 1,5 mg/dL.
c) La vancomicina oral o la fidaxomicina constituyen opciones terapéuticas recomendadas.
d) El trasplante de microbiota fecal es el tratamiento inicial recomendado.

413.- ¿Cuándo está indicada la gastroscopia en una persona paciente con antecedente de ingesta de cáusticos?

a) En las primeras 6-12h con paciente monitorizado.
b) En una persona paciente que presenta abdomen agudo.
c) Cuando han pasado más de 48h.
d) En inestabilidad hemodinámica.

414.- ¿Cuál es la actitud quirúrgica MÁS apropiada en una persona paciente joven con diagnóstico de ulcera duodenal perforada?

a) Vagotomía troncular y piloroplastia por laparoscopia.
b) Vagotomía troncular y antrectomía.
c) Epipoplastia laparoscópica.
d) Resección de la úlcera y vagotomía supraselectiva.

415.- El tratamiento MÁS correcto del GIST gástrico es:

a) Gastrectomía con margen de 5 cm de seguridad.
b) Gastrectomía amplia y linfadenectomía de proximidad.
c) Gastrectomía total.
d) Resección local con márgenes libres.

416.- En relación con la linfadenectomia D2 en el cáncer gástrico, ¿qué respuesta es CORRECTA?

a) Mejora la supervivencia en estadio Ia.
b) Mejora la supervivencia en estadio IIIb.
c) No ayuda al estadiaje.
d) Reduce el riesgo de recidiva en estadio IIIa.

417.- En una persona paciente con reflujo gastroesofágico y diabetes tipo 2, ¿cuál es la intervención quirúrgica más apropiada?

a) Gastrectomía vertical laparoscópica.
b) Banda gástrica ajustable por laparoscopia.
c) Derivación biliopancreática de Scopinaro.
d) Bypass gástrico laparoscópico.

418.- ¿Qué afirmación es CIERTA sobre la cirugía bariátrica ideal?

a) Beneficia a más del 50% de las personas pacientes.
b) Consigue un porcentaje de sobrepeso perdido >25%.
c) Consigue un IMC final en obesos mórbidos <35.
d) Tiene una morbilidad mayor < 20%.

419.- ¿Cuál de las siguientes situaciones corresponde a una herida quirúrgica contaminada?

a) Procedimiento electivo sin apertura de víscera hueca y sin inflamación.
b) Apertura controlada de una víscera hueca sin contaminación significativa.
c) Vertido no controlado de contenido intestinal durante la intervención.
d) Presencia de pus en el campo quirúrgico antes del inicio del procedimiento.

420.- ¿Qué respuesta es la CORRECTA sobre la ingesta oral de contraste hidrosoluble en la obstrucción de intestino delgado por bridas?

a) Predice la resolución de la obstrucción.
b) Tiene valor terapéutico.
c) Acelera la resolución del cuadro.
d) No reduce la estancia hospitalaria.

421.- En el carcinoide de apéndice, la hemicolectomía derecha es indicación absoluta en los siguientes casos, EXCEPTO en uno en que es indicación relativa. Diga cuál.

a) Lesiones mayores de 2 cm.
b) Evidencia histológica de infiltración de mesoapéndice.
c) Tumores productores de mucina.
d) Carcinoides malignos de alto grado.

422.- ¿Qué es CIERTO en relación con el adenocarcinoma de intestino delgado?

a) Asientan más frecuentemente en los tramos distales.
b) Rara vez da metástasis.
c) La presencia de adenomas vellosos se considera factor de riesgo.
d) En los de 2ª porción duodenal no está indicada la duodeno-pancreatectomía.

423.- En el carcinoma diferenciado de tiroides, ¿qué factor de los siguientes se considera que NO influye en la supervivencia?

a) Presencia de metástasis a distancia.
b) La edad superior a los 45 años.
c) El tamaño de la tumoración.
d) Adenopatías cervicales metastásicas en paciente <45 años.

424.- Según la OMS en su programa de "cirugía segura salva vidas", el daño originado por la cirugía se considera evitable, ¿en qué porcentaje?

a) 20%.
b) 30%.
c) 40%.
d) 50%.

425.- Según la regla de los 9 ¿qué porcentaje de superficie representa la quemadura de toda la cara posterior del tronco y cara posterior de ambas extremidades superiores?

a) 18%.
b) 36%.
c) 27%.
d) 45%.

426.- La localización MÁS frecuente de la colitis isquémica es:

a) Colon derecho.
b) Colon transverso y ángulo esplénico.
c) Colon descendente o sigmoide.
d) Recto.

427.- Tras la extirpación endoscópica de un pólipo, debe indicarse cirugía en todos los casos, SALVO:

a) Cuando el margen quirúrgico es de 2 mm.
b) Cuando la extirpación no ha sido en una pieza.
c) Cuando la lesión es poco diferenciada.
d) Cuando la resección es incompleta.

428.- ¿Cuál de los siguientes hallazgos, por sí solo, no permite establecer el diagnóstico de infección profunda de la incisión?

a) Drenaje purulento procedente de planos profundos.
b) Evidencia de absceso en una reintervención.
c) Dehiscencia de la herida asociada a fiebre superior a 38 °C.

d) Dehiscencia de la incisión con cultivo negativo y ausencia de signos clínicos asociados.

429.- ¿Qué porcentaje de las personas pacientes afectadas por colitis ulcerosa precisaran cirugía a lo largo de su enfermedad?

a) 10%.
b) 20%.
c) 30%.
d) 40%.

430.- ¿Cada cuánto debería realizarse colonoscopia en una persona paciente diagnosticada de colitis ulcerosa y colangitis esclerosante primaria?

a) Cada 6 meses.
b) Anualmente.
c) Cada 18 meses.
d) Cada 2 años.

431.- ¿El tratamiento ideal de la hidrosadenitis perianal extensa es?

a) Resección amplia e injerto cutáneo.
b) Extirpación y cierre por 2ª intención.
c) Eliminación mediante crioterapia.
d) Eliminación de los abscesos.

432.- ¿En cuál de los siguientes casos NO está contraindicada la cirugía hemorroidal?

a) Incontinencia fecal.
b) Afectación rectal por enfermedad intestinal activa.
c) Inmunodeficiencia grave.
d) Hemorroides grado IV con ulceración y trombosis.

433.- ¿Cuál de las siguientes medidas se asocia a una disminución del riesgo de infección del sitio quirúrgico?

a) Reintervención quirúrgica.
b) Procedimiento de urgencia.
c) Cirugía laparoscópica.
d) Hipotermia perioperatoria.



434.- ¿Qué afirmación es CIERTA en relación con la hiperplasia nodular focal hepática?

a) Es menos frecuente que el adenoma.
b) Su incidencia aumenta con el uso de anticonceptivos orales.
c) La mayoría son múltiples.
d) La RMN permite el diagnóstico diferencial entre adenoma e hiperplasia nodular focal.

435.- Señale la respuesta CORRECTA en relación con el adenoma hepático.

a) Rara vez alcanza un tamaño mayor de 5cm.
b) La hemorragia no es una complicación frecuente.
c) Debe suspenderse la toma de anticonceptivos.
d) La opción terapéutica de entrada es el trasplante hepático.

436.- ¿Cuál es la respuesta CORRECTA sobre el tratamiento del hepatocarcinoma?

a) La supervivencia global a 5 años es muy superior con la resección hepática que con el trasplante.
b) La supervivencia libre de enfermedad es mayor en las personas trasplantadas que en las resecadas.
c) El número de nódulos y el tamaño no influyen en la recidiva tras trasplante.
d) La presencia de ganglios hiliares no es determinante para el trasplante.

437.- ¿Cuál de estos factores NO está asociado a mayor riesgo de desarrollo de colangiocarcinoma?

a) Colangitis esclerosante primaria.
b) Quistes congénitos.
c) Parasitosis biliar.
d) Enfermedad de Crohn.

438.- ¿Cuál es la tasa aproximada de infección postoperatoria esperable para una intervención clasificada como limpia-contaminada?

a) 1-3 %.
b) 5-8 %.
c) 20-25 %.
d) 30-40 %.

439.- Todas las afirmaciones sobre la profilaxis antibiótica en cirugía son correctas, EXCEPTO:

a) Está indicada en cirugía limpia-contaminada o contaminada.
b) Se aconseja una sola dosis preoperatoria a dosis máximas.
c) La profilaxis antibiótica debe superar las primeras 24 horas de la intervención.

d) La profilaxis antibiótica debe administrarse durante los 30-60 minutos previos a la intervención.

440.- El cáncer de páncreas se considera irresecable en las siguientes situaciones, EXCEPTO:

a) Infiltración arteria mesentérica superior.
b) Infiltración de la vena cava.
c) Metástasis hepáticas.
d) Infiltración parcial vena porta.

441.- ¿Qué quiste de la vía biliar es el MÁS frecuente, según la clasificación de Todani y Cols?

a) I Quiste solitario extrahepático.
b) II Divertículo supraduodenal.
c) III Divertículo intradodenal o codecocele.
d) IV Dilataciones quísticas intra y extrahepáticas.

442.- ¿Qué es CIERTO en relación al insulinoma pancreático?

a) Es el segundo en frecuencia de los tumores endocrinos del páncreas.
b) Su diagnóstico es sugerido por la triada de Whipple.
c) Con las pruebas de imagen actuales el diagnóstico de localización se acerca al 80%.
d) Su localización más frecuente es en la cola pancreática.

443.- ¿En cuál de las siguientes patologías se lleva a cabo más frecuentemente la esplenectomia?

a) Anemia hemolítica autoinmune.
b) Esferocitosis hereditaria.
c) Anemia de células falciformes.
d) Estomacitosis hereditaria.

444.- Una persona paciente portadora de una prótesis vascular desarrolla una infección relacionada con el procedimiento quirúrgico nueve meses después de la intervención. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) No puede considerarse relacionada con la cirugía por haber transcurrido más de 30 días.
b) Solo puede considerarse relacionada con la cirugía durante los primeros 90 días.
c) La presencia de un implante permite ampliar el periodo de vigilancia diagnóstica hasta un año.
d) Las infecciones asociadas a implantes constituyen una entidad distinta de las infecciones de sitio quirúrgico.

445.- ¿Cuál de las siguientes variables NO tiene implicación pronostica independiente en la recidiva y supervivencia del cáncer de recto?

a) La calidad del mesorrecto.
b) La perforación iatrógena del tumor.
c) El estadio R.
d) La vía de abordaje quirúrgico.

446.- ¿Qué recomendación es apropiada en la cirugía laparoscópica durante el embarazo, según la SAGES?

a) Presión del neumoperitoneo de 14mm Hg.
b) Uso de medicación tocolítica sin dinámica uterina.
c) Evitar el uso de compresión elástica de miembros inferiores.
d) Acceso abdominal abierto tipo Hasson.

447.- ¿Qué segmento hepático se considera de localización favorable para la cirugía por laparoscopia?

a) VII.
b) IVb.
c) IVa.
d) I.

448.- ¿Cuál de los siguientes conjuntos de factores se asocia al mayor riesgo de infección del sitio quirúrgico?

a) Cirugía laparoscópica, profilaxis antibiótica y ausencia de comorbilidades.
b) Edad avanzada, obesidad, diabetes mellitus y tabaquismo.
c) Cirugía laparoscópica y procedimiento electivo.
d) Profilaxis antibiótica y preparación adecuada de la persona paciente.

449.- ¿Cuál de las siguientes características diferencia una herida quirúrgica sucia de una contaminada?

a) La existencia de una apertura controlada de víscera hueca.
b) La utilización de drenajes durante la intervención.
c) La presencia de pus o de un proceso infeccioso establecido en el campo quirúrgico.
d) Una ruptura menor de la técnica aséptica.

450.- ¿Cuál de las siguientes situaciones debe clasificarse como infección superficial de la incisión?

a) Absceso localizado en el músculo subyacente a la herida.
b) Drenaje purulento procedente exclusivamente de la piel y tejido celular subcutáneo de la incisión.
c) Cultivo positivo obtenido de una colección intraabdominal.

d) Diagnóstico radiológico de infección de fascia profunda.

CASO PRÁCTICO 1 PREGUNTAS 451-455

451.- Paciente varón de 45 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés. Es traído por los Servicios de Emergencias tras un accidente de tráfico. El paciente era conductor de una motocicleta y ha sufrido un traumatismo lateral por un automóvil que se ha saltado un STOP. Ha sido golpeado en el lado izquierdo. Los Servicios de Emergencias lo han encontrado consciente, orientado, moviliza las cuatro extremidades. En la primera valoración de constantes: FC 115x', TA 95/65, FR 16x'. Sat O2 92%. Se han cateterizado dos vías periféricas y se le han pasado 2L de suero salino fisiológico y oxigenado con una mascarilla. A su llegada al hospital continua consciente y orientado, FC 105x', TA 85/60, FR 18x'. Sat O2 97% Tras realizar la evaluación primaria, que muestra una vía aérea permeable, no tiene dificultad respiratoria y persiste inestabilidad hemodinámica. En este momento, ¿cuál de las siguientes exploraciones NO consideraría?

a) Tc toraco-abdomino-pélvico
b) Eco FAST
c) Rx tórax
d) Rx pelvis

452.- Si en este paciente, tras realizar la evaluación primaria, el paciente persiste con TA 90/60, FC 115x'. La frecuencia respiratoria ha subido a 19x' y en la ausculatación no se oye murmullo en el lado izquierdo. La Rx de tórax muestra hemoneumotórax izquierdo y el Eco FAST muestra líquido libre intraabdominal. En la gasometría urgente nos informan de hemoglobina de 8,4g/dL. Indique la opción MÁS CORRECTA.

a) Drenaje torácico izquierdo y traslado a Tc para completar estudio.
b) Drenaje torácico izquierdo y punción aspirado peritoneal. Según los hallazgos laparotomía y/o toracotomía.
c) Laparotomía exploradora urgente.
d) Drenaje torácico izquierdo y laparotomía urgente.

453.- El paciente se ha estabilizado con el drenaje torácico. Se han obtenido 600cc de líquido hemático. Se ha iniciado transfusión y actualmente está con FC 95x', TA 105/80 y mejor respiratoriamente, los dos campos pulmonares ya ventilan. ¿Qué consideraría ahora?

a) Tc torácico y abdominal.
b) Eco FAST para reevaluar.
c) Laparotomía urgente.
d) Tc creaneo-cervico-toraco-abdomino-pélvico.



454.- Si el paciente permanece estable y en la TC se muestra una lesión esplénica grado IV de la AAST. ¿Cuál de las siguientes opciones es VERDADERA?

a) El paciente tiene indicación de esplenectomía urgente.
b) La lesión esplénica afecta al hilio esplénico con devascularización de aproximadamente el 45% del parénquima.
c) Bazo fragmentado o estallado.
d) No se considera la embolización profiláctica porque está estable.

455.- El paciente está inestable. No se consigue mejorar el estado hemodinámico y es llevado a quirófano. Por el drenaje torácico han salido unos 500cc de líquido hemático y ya no sale más. Se ha realizado una laparotomía exploradora en la que se ha encontrado un hemoperitoneo de unos 2L, bazo estallado y varias lesiones del meso con estigma de sangrado y el intestino delgado con áreas contundidas. Retoperitoneo no abombado. Pelvis con restos hemáticos y sin lesiones aparentes. Tras realizar la esplenectomía, el paciente persiste inestable, lactato en ascenso y necesidad de noradrenalina. La Hb está estabilizada. ¿Cuál es la actitud que consideraría?

a) Toracotomía izquierda.
b) Cerrar la laparotomía y remitir el paciente a reanimación / cuidados intensivos para continuar la resucitación.
c) Cierre temporal abdominal con o sin packing y continuar resucitación.
d) Cerrar la laparotomía y toracotomía de emergencia si el paciente no remonta.

CASO PRÁCTICO 2 PREGUNTAS 456-460

456.- Paciente varón de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial que controla con un IECA, colecistectomizado por colelitiasis sintomática hace 7 años. Consulta por anemia y síndrome constitucional. Ha perdido unos 7kg de peso en 5 meses. Niega exteriorizaciones de restos hemáticos y melenas. Se ha realizado una gastroscopia que muestra una lesión ulcerada de unos 2cm en cuerpo gástrico distal de aspecto neoplásico. La AP es positiva para adenocarcinoma tipo intestinal, mucinoso. Su médico le ha solicitado estudio de extensión con diferentes exploraciones. ¿Cuál no consideraría necesaria?

a) Tc toraco-abdomino-pélvica.
b) PET-Tc con 18FDG.
c) Ecoendoscopia.
d) Son todas ellas imprescindibles.

457.- Tras las exploraciones complementarias, se ha estadificado como un adenocarcinoma gástrico cT2N+M0. Indique el esquema de tratamiento MÁS recomendado en un paciente con buen estado general como el nuestro.

a) Cirugía directa. Gastrectomía total con linfadenectomía D1+ y valorar quimioterapia postoperatoria AP.
b) Quimio-radioterapia neoadyuvante y valorar respuesta.
c) Quimioterapia perioperatoria y valorar cirugía si la enfermedad no progresa.

d) Cirugía directa. Gastrectomía total con linfadenectomía D2 y valorar quimioterapia postoperatoria según AP.

458.- Cuando se interviene al paciente, se realiza una gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2. ¿Cuál de los siguientes grupos ganglionares no se extirparán?

a) Grupo 1.
b) Grupo 6.
c) Grupo 12a.
d) Grupo 2.

459.- En relación a este caso, indique la afirmación CORRECTA

a) No se considera la exéresis endoscópica porque es un T2 y tiene ganglios en el estudio de extensión.
b) La linfadenectomía D3 puede aumentar la supervivencia a largo plazo y debe recomendarse en tumores T2 o superiores.
c) La linfadenectomía del grupo 11 no tiene sentido en un tumor de cuerpo ni de curvatura mayor.
d) Considerar la esplenectomía tenga o no adenopatías en el hilio esplénico.

460.- En el momento de realizar la cirugía, se objetiva una carcinomatosis peritoneal con PCI de 14. Se confirma con AP la positividad para adenocarcinoma de las lesiones más importantes. ¿Cuál es la conducta MÁS adecuada?

a) Continuar con la resección y remitir al paciente a QT sistémica.
b) Continuar con la resección y valorar cirugía citorreductora con HIPEC.
c) Desestimar cualquier gesto quirúrgico y remitir al paciente para valorar tratamiento paliativo con quimioterapia sistémica.
d) Continuar con la resección y desestimar cualquier tratamiento sistémico.

CASO PRÁCTICO 3 PREGUNTAS 461-465

461.- Paciente mujer de 47 años que es remitida desde su médico de atención primara por aparición de una lesión cervical. A la exploración física se palpa un nódulo en el lóbulo tiroideo derecho. Se ha realizado una ecografía que muestra un nódulo de 3cm TI-RADS 3. ¿Cuál es su actitud?

a) Estudio analítico de función tiroidea y observación. Nueva ecografía en 6 meses.
b) Estudio analítico de función tiroidea e indicar tiroidectomía si hipotirodismo.
c) Estudio con gammagrafía y valorar si nódulo frío o caliente.
d) Eco PAAF tiroidea.

462.- Si la misma paciente consultara siendo un Bethesda I, ¿qué nos están indicando?

a) Biopsia benigna. Se puede dar observación a la paciente.
b) Biopsia positiva para carcinoma medular.
c) Biopsia insuficiente para diagnóstico. Se debe repetir.
d) Biopsia positiva para células de Hürtle.

463.- La paciente, después de completar estudio y valoración por comité multidisciplinar se lleva a quirófano para tiroidectomía total. Durante la cirugía se realiza neuromonitorización del vago y del nervio laríngeo recurrente. Al inicio de la cirugía hay señal en los dos vagos y en los dos recurrentes. Al finalizar la cirugía hay señal en los dos recurrentes, pero hay pérdida de señal en uno de los vagos. Se ha descartado fallo técnico del sistema de neuromonitorización ¿Qué quiere decir esto? ¿Qué debemos hacer?

a) Nada, los dos recurrentes están bien, podemos extubar a la paciente con seguridad.
b) Nada, los dos recurrentes están bien, la paciente puede tener algo de disfonía, pero seguro que será transitoria porque puede ser debida a una lesión del nervio laríngeo superior.
c) Puede haber habido una lesión del nervio recurrente en su parte más distal, cerca de la entrada a la laringe. Hay que prevenir al anestesista en la extubación.
d) Puede haber una lesión del nervio laríngeo recurrente entre el vago y la parte más distal. Hay que prevenir al anestesista en la extubación.

464.- A nuestra paciente le han realizado una tiroidectomía total. La cirugía ha discurrido sin incidencias. Al día siguiente, en el pase de visita la paciente presenta sensación de hormigueo y disestesias en los dedos y alrededor de los labios. El Chvostek y el Trusseau son positivos. Si hacemos una analítca, ¿qué determinaciones deberíamos realizar y qué esperaríamos ver?

a) Calcio, PTH, proteínas y/o albúmina. PTH elevada. Calcio corregido bajo.
b) Calcio y TSH. Calcio normal. TSH baja.
c) Calcio, PTH y proteínas. PTH baja. Calcio corregido bajo.
d) PTH sólo. Valor normal o en rango bajo.

465.- Si en nuestra paciente hubiéramos tenido una punción con Bethesda VI. Señale la afirmación CORRECTA:

a) Hubiéramos completado estudio con Eco y/o Tc cervicales. Si confirmamos lesión de 4,3cm sin lesiones adenopáticas, podemos plantear tiroidectomía total con/sin vaciamiento ganglionar central bilateral.
b) Hubiéramos completado estudio con Eco y/o Tc cervicales. Si confirmamos lesión de 3cm con adenopatías laterocervicales, bastaría con hemitiroidectomía y vaciamiento del lado afecto.
c) Hubiéramos realizado Tirodectomía total sin más exploraciones y en función de la AP definitiva se plantearía el vaciamiento o Iodo radioactivo.
d) Habríamos remitido a la paciente a Iodo radiactivo.

466.- **Paciente varón de 33 años que consulta por disfagia progresiva, pero que es alterna a sólidos y líquidos desde el inicio. Se ha realizado exploración con gastroscopia que descarta malignidad. En el esofagograma se observa un afilamiento en pico de loro en el esófago distal con dilatación proximal. Se ha realizado una manometría que muestra relajación incompleta del esfínter esofágico inferior, ausencia total de peristalsis en todo el esófago y >20% de las degluciones con espasmo. Señale la opción terapéutica MÁS indicada en este caso:**

a) Dilatación endoscópica del esfínter esofágico inferior.
b) Inyección de toxina botulínica en el esfínter esofágico inferior.
c) Miotomía de Heller asociada a técnica antirreflujo.
d) Miotomía endoscópica transroal (POEM).

467.- **Paciente de 45 años que debuta con masa abdominal y malestar. En la TC se muestra una tumoración en cuerpo gástrico de 9cm que contacta con páncreas, bazo y colon transverso. Se han tomado biopsias por endoscopia en las que la inmunohistoquímica muestra positividad para CD117 y DOG1. Señale la actitud más CORRECTA:**

a) Completar estudio genético de la mutación del ckit y valorar tratamiento neoadyuvante con inhibidores de la tirosin-kinasa y reevaluar indicación quirúrgica en función de la evolución.
b) Remitir a cuidados paliativos porque es un tumor irresecable.
c) Cirugía directa con exéresis multiorgánica
d) Laparoscopia exploradora para descartar carcinomatosis y valorar FLOT después.

468.- **Varón de 77 años de edad sin enfermedades asociadas y con muy buen estado general. Se diagnostica de adenocarcinoma gástrico Siewert III. En la TC de estadiaje hay adenopatías locorregionales y dudas de carcinomatosis. ¿Cuál sería la actitud terapéutica?**

a) Dada la edad del paciente, se desestiman acciones terapéuticas curativas.
b) Laparoscopia exploradora y si no hay enfermedad a distancia, valorar quimioterapia perioperatoria con FLOT y tras la misma cirugía si la enfermedad no ha progresado y el paciente mantiene buen estado general.
c) Cirugía directa y valorar quimioterapia adyuvante.
d) Quimio-Radioterapia neoadyuvantes y valorar cirugía después.

469.- Paciente de 45 años intervenido hace 3 años de un bypass gástrico de una anastomosis. Consulta en la urgencia por un cuadro de dolor abdominal súbito, malestar general, sudoración e hipotensión. En el interrogatorio refiere que en los meses previos tenía algún episodio de epigastralgia. Tiene también antecedentes de enfermedad diverticular. En las primeras imágenes de la Tc se muestra neumoperitoneo ¿Cuál considera la causa MÁS probable?

a) Perforación diverticular.
b) Úlcera de boca anastomótica.
c) Perforación intestinal espontánea.
d) Boerhaave.

470.- Paciente varón de 66 años que consulta por hematemesis. Antecedentes de consumo de aines en las últimas semanas por una lesión deportiva. Presenta TA 70/50 y FC 120x'. Hemoglobina de 6g/dl ¿Qué tratamiento considera de primera elección si el paciente NO responde a las primeras medidas de estabilización hemodinámica?

a) Cirugía urgente.
b) Sueroterapia, estabilización y si no responde embolización transarterial.
c) Endoscopia y según hallazgos valorar cirugía o embolización.
d) Sueroterapia, estabilización y si no responde endoscopia digestiva alta.

471.- Paciente de 68 años que consulta por hemorragia digestiva alta. Se estabiliza y se realiza endoscopia digestiva alta que muestra úlcera Forrest 1b. Se realiza tratamiento endoscópico que es efectivo. En las primeras 48 horas presenta recidiva con inestabilización. Se le han transfundido un total de 8 concentrados de hematíes. Señale la opción terapéutica MÁS adecuada:

a) Tiene indicación de cirugía urgente.
b) Nueva endoscopia.
c) Embolización transarterial.
d) Cirugía sólo si fracasa la embolización.

472.- Paciente varón de 77 años con antecedentes de colectomía izquierda por cáncer de colon hace 15 años. Eventración de línea media M3W3 ¿Cuál de los siguientes NO cree que sea un gesto necesario en el tratamiento electivo de esta eventración?

a) Optimización nutricional y pérdida ponderal si índice de masa corporal superior a 30kg/m2.
b) Abstinencia tabáquica si es un paciente fumador.
c) Pruebas de función respiratoria.
d) Todas son necesarias.

473.- Mujer de 75 años que consulta en urgencias por dolor abdominal, distensión y vómitos alimenticios de inicio brusco hace 4 horas. A la exploración el abdomen está distendido y timpánico. No tiene cirugías abdominales previas. En la exploración física no se objetivan tumoraciones ni hernias. La maniobra de FABERE es positiva (signo de howship-romberg). Señale la sospecha diagnóstica:

a) Hernia obturatriz.
b) Brida congénita o idiopática.
c) Gastroenteritis aguda.
d) Colitis pseudomembranosa.

474.- Paciente de 33 años que presenta accidente de bicicleta bajando un puerto de montaña. Pérdida de conciencia a la llegada de las asistencias que recupera y se mantiene con Glasgow de 10. TA de 110/55 y FC 99x' al inicio, pero posteriormente TA de 90/45 y FC 120x' pese a administrar 2000cc de volumen. Indique la respuesta CORRECTA:

a) A la llegada Tc cráneo-cérvico-toraco-abdomino-pélvico.
b) Reevaluación a la llegada y si persiste inestable hacer Rx tórax y eco FAST.
c) En esta persona paciente la punción lavado peritoneal no tiene ninguna indicación.
d) Se trata de un shock neurogénico, por lo que Tc craneal y esperar resultado.

475.- Paciente de 77 años que consulta por cuadro de obstrucción intestinal, no tiene cirugías ni procedimientos previos. En la TC abdominal se observa una obstrucción en intestino delgado distal por una lesión densa y aerobilia. ¿Cuál es su sospecha clínica?

a) Síndrome de Gilbert.
b) Síndrome de Rigler.
c) Brida congénita.
d) Síndrome de Bouveret.

476.- Varón de 65 años, sin antecedentes de interés que ingresa por cuadro de colecistitis con coledocolitiasis asociada. Se indica una CPRE para extracción de cálculos y durante la misma se visualiza extrusión de moco por la papila. ¿Cuál de las siguientes NO es CORRECTA?

a) El diagnóstico más probable es una neoplasia quística mucinosa y estaría recomendado la realización de una RMN pancreática.
b) El diagnóstico más probable es una neoplasia intraductal mucinosa y estaría recomendado la realización de una RMN pancreática.
c) Se localiza preferentemente en cabeza y proceso uncinado.
d) Si asocia ictericia o componente solido mayor de 5 mm debe ser resecada.

477.- Varón de 50 años que consulta por pérdida de peso de más de 5 kg en los últimos tras meses junto con astenia sin causa aparente y diarreas ocasionales. Se le realiza una ecografía que muestra únicamente una dilatación del conducto de Wirsung, sin lesión asociada y sin datos de pancreatitis. En la analítica destaca un CA 19.9 125 U/L, 250000 plaquetas, Bilirrubina 1,1 mg/dL , FFAA 150 UI/L y GGT 80 U/L. Se realiza una TC abdominal multidetector que informa una lesión infiltrante de 3 cm, en cabeza pancreática, hipodensa que condiciona una obstrucción del conducto pancreático principal y atrofia pancreática distal. La tumoración tiene un contacto con la arteria hepática común menor a 180º sin extensión al troco celiaco y contacta con la vena mesentérica superior en más de 180º. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es CORRECTA?

a) El diagnóstico más probable es el adenocarcinoma de páncreas resecable y en ausencia de enfermedad extrahepática estaría indicada la cirugía de resección como primera opción.
b) Dada la alta probabilidad de fallo del tratamiento con cirugía como abordaje inicial, podría beneficiarse de terapia neoadyuvante.
c) La presencia de variantes anatómicas arteriales aumenta el riesgo de complicaciones vasculares por lo que es importante un estudio preoperatorio.
d) El ECOG y el performance status deben de evaluarse cuidadosamente parta predecir el riesgo quirúrgico.

478.- Varon de 35 años que acude a la urgencia por cuadro de astenia generalizada, náuseas, vómitos y dolor abdominal de aparición lenta y progresiva en el último mes. A la exploración el paciente presenta leve ictericia de piel y mucosas, hepatomegalia dolorosa y ascitis. En la analítica destaca Bilirrubina 2,8 mg/dL y perfil hepático con FFAA 200 UI/L y GGT 180 U/L, IP60% y 200000 plaquetas. Ante la sospecha diagnostica, ¿cuál de las siguientes NO es CORRECTA?

a) Es necesario una evaluación de los factores procoagulantes, así como enfermedades sistémicas asociadas (colitis ulcerosa, enfermedad celiaca).
b) Imprescindible realizar ecografía, TC o RMN para confirmar el diagnóstico de sospecha y/o buscar tumores asociados.
c) En la mayor parte de los casos la anticoagulación está contraindicada.
d) Las opciones de tratamiento para las personas pacientes que no mejoran incluyen TIPS, derivaciones quirúrgicas y el trasplante hepático.

479.- Mujer de 25 años que acude a la urgencia por cuadro compatible con cólico nefrítico. Consumidora ocasional de alcohol y drogas, no tiene otros antecedentes de interés. En la analítica únicamente destacan 15000 leucocitos. Al realizar una ecografía de confirmación el radiólogo identifica una lesión solida hepática en segmento 5-6 de 3 cm de diámetro. ¿Cuál de los siguientes es CORRECTO?

a) La mayoría de los tumores hepáticos benignos sólidos de hallazgo incidental son hemangiomas y presentan un diagnóstico relativamente sencillo con técnicas de imagen.

b) La hiperplasia nodular focal (HNF) es el segundo tumor benigno más frecuente del hígado, con una prevalencia cercana al 1 %.

c) El adenoma hepatocelular es un tumor benigno hepático monoclonal, relativamente poco frecuente, que suele observarse en mujeres jóvenes con una historia larga de uso de anticonceptivos orales.

d) Todas son correctas.

480.- Varon de 64 años, bebedor importante en su juventud. Actualmente 15 gr de alcohol/día. Performance estatus 0. Acude a la urgencia por astenia y aumento brusco del perímetro abdominal. En la analítica presenta Bilirrubina 2.5 ng/dL, ALT 80 U/L, AST 180 U/L, Creatinina 1.4, FFA 97 UI/L, GGT 160U/L, IP 56% y 68000 plaquetas. Se realiza una ecografía que confirma la presencia de ascitis, datos claros de hepatopatía y una lesión de 3 cm en segmento 5. Tras esto se realiza un TAC trifásico que informa de una lesión de 2,7 cm en segmento 5 LIRADS 5 asociado a una ocupación de la rama portal derecha que capta contraste en fase arterial. Indique la respuesta CORRECTA:

a) Es imprescindible completar el estudio de comorbilidades, volumetría y test de función hepática para valorar la cirugía de resección.

b) Según el BCLC 2016 es un estadio C y no estarían indicado los tratamientos curativos, siendo lo más recomendado la quimioembolizacion (TACE).

c) Dado que el tumor es menor a 3 cm se podía plantear una radiofrecuencia que ha demostrado resultados similares a la cirugía.

d) Todas son incorrectas

481.- Una mujer de 48 años es sometida a una lobectomía tiroidea derecha más istmectomía por un nódulo de 18 mm con citología preoperatoria Bethesda V. El informe definitivo de anatomía patológica (en parafina) confirma un carcinoma papilar de tiroides variante clásica, de 18 mm (pT1b), con márgenes de resección libres, pero que presenta invasión vascular linfática intratumoral extensa y focos de permeación capsular con mínima extensión extratiroidea macroscópica (pT3b) afectando a la musculatura pretiroidea. El lóbulo contralateral es normal. En relación con el manejo postoperatorio de esta paciente, señale la opción CORRECTA:

a) Al haberse garantizado unos márgenes de resección libres (R0), la lobectomía previa es oncológicamente suficiente y la paciente debe pasar directamente a tratamiento supresor con levotiroxina.

b) Está formalmente indicada la reintervención quirúrgica para realizar una tiroidectomía de totalización, debido a la presencia de factores de mal pronóstico (extensión extratiroidea e invasión vascular extensa) que elevan el riesgo de recurrencia y justifican el posterior tratamiento ablativo con radioiodo (^{131}I).

c) Se debe solicitar de forma inmediata un estudio genético del gen RET en sangre periférica; si este resulta negativo, se descarta la necesidad de completar la tiroidectomía total.

d) La conducta de elección es administrar de forma directa terapia con yodo radiactivo (^{131}I) sobre el tejido tiroideo remanente, evitando una segunda cirugía debido al elevado riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente contralateral.

482.- **Una mujer de 35 años consulta por la aparición de un nódulo tiroideo en el lóbulo derecho de 22 mm, de consistencia firme y asociado a adenopatías palpables en el nivel IV ipsilateral. La PAAF del nódulo informa de una proliferación de células tumorales plasmocitoides y fusiformes, con depósitos de material amorfo acelular que se tiñe positivamente con rojo Congo. La analítica muestra unos niveles de calcitonina sérica basal marcadamente elevados (480 pg/mL). De acuerdo con las directrices actuales para esta patología, señale la afirmación CORRECTA:**

a) Al confirmarse un carcinoma medular de tiroides, la cirugía de elección debe limitarse a una lobectomía derecha y un vaciamiento central profiláctico, posponiendo la tiroidectomía total si no hay mutación de RET.

b) Antes de programar la cirugía tiroidea, es imperativo descartar la presencia de un feocromocitoma coexistente mediante la determinación de metanefrinas en orina o plasma, así como un hiperparatiroidismo primario, ante la sospecha de un síndrome MEN 2 (Neoplasia Endocrina Múltiple).

c) El hallazgo de material amiloide (positivo para rojo Congo) es patognomónico del carcinoma anaplásico de tiroides, por lo que la cirugía curativa está inicialmente descartada y se debe derivar a oncología radioterápica.

d) El análisis mutacional del protooncogén RET solo debe solicitarse en aquellas personas pacientes que refieran de forma explícita antecedentes familiares directos de muerte por cáncer de tiroides.

483.- **Una mujer de 65 años, sin antecedentes de interés, acude al servicio de urgencias por un cuadro de crecimiento cervical anterior de aparición súbita (menos de 4 semanas de evolución), de consistencia pétrea, fijo a planos profundos, asociado a disfonía, estridor inspiratorio leve y disfagia progresiva a sólidos. La tomografía computarizada (TC) cervical revela una masa tiroidea bilateral de 75 mm que invade la musculatura pretiroidea, infiltra el cartílago cricoides y envuelve más de 180° de la arteria carótida común derecha, asociando adenopatías tumorales bilaterales masivas. Se realiza de urgencia una biopsia con aguja gruesa (BAG) que confirma el diagnóstico de carcinoma anaplásico de tiroides (CAT). El comité multidisciplinar solicita de forma inmediata un estudio molecular de biomarcadores mediante secuenciación masiva (NGS). En relación con la estrategia terapéutica de esta paciente basándose en la evidencia actual, señale la opción CORRECTA:**

a) Al diagnosticarse un carcinoma anaplásico, se debe programar una tiroidectomía total con vaciamiento cervical radical bilateral de urgencia de forma sistemática, independientemente de la infiltración carotídea, ya que la cirugía citorreductora agresiva es la única terapia que prolonga la supervivencia.

b) Si el estudio molecular revela la presencia de la mutación BRAF V600E, la actitud de elección inicial consiste en posponer la cirugía de inicio y pautar terapia neoadyuvante con una combinación de inhibidores diana (Dabrafenib y Trametinib), con el fin de conseguir una citorreducción tumoral que permita una posterior rescisión quirúrgica completa (R0/R1).

c) Los inhibidores multiquinasas de amplio espectro (como lenvatinib o sorafenib) solo han demostrado eficacia terapéutica en aquellos carcinomas anaplásicos que presenten una translocación del gen RET o fusiones de NTRK, careciendo de utilidad en tumores con mutaciones de RAS.

d) El uso de terapias dirigidas con inhibidores de quinasas está formalmente contraindicado si la paciente requiere la realización de una traqueostomía de urgencia por compromiso de la vía aérea, debido al riesgo inmediato de dehiscencia de la estoma y necrosis traqueal.

484.- Una mujer de 55 años es intervenida de forma programada realizándose una tiroidectomía total por un bocio multinodular gigante con extensión intratorácica. La cirugía transcurre sin incidencias aparentes, identificándose y preservándose de forma bilateral los nervios laríngeos recurrentes y tres glándulas paratiroides. A las 2 horas de su ingreso en la unidad de reanimación postquirúrgica, la enfermera responsable avisa al cirujano de guardia debido a que la paciente presenta de forma súbita estridor inspiratorio, disnea de moderada a severa con tiraje intercostal, taquicardia de 115 lpm y una saturación de oxígeno que ha descendido al 88% con mascarilla reservorio. A la exploración física, se aprecia un vendaje cervical limpio, pero el cuello presenta una tumefacción asimétrica, indurada y muy tensa a la palpación. ¿Cuál debe ser la primera conducta terapéutica que debe seguir el personal cirujano?

a) Trasladar inmediatamente a la paciente a la sala de radiología intervencionista para realizar una tomografía computarizada (TC) de cuello con contraste, con el fin de localizar con precisión el vaso sangrante antes de decidir la reintervención.

b) Pautar de forma urgente un bolo intravenoso de 100 mg de hidrocortisona junto con nebulizaciones de adrenalina, sospechando que el estridor se debe exclusivamente a un edema glótico secundario a la intubación endotraqueal prolongada.

c) Proceder a la apertura inmediata del vendaje, retirada de las grapas/suturas cutáneas y de la aponeurosis cervical en la misma cama de la paciente para evacuar el hematoma sofocante, priorizando la descompresión de la vía aérea antes del traslado a quirófano.

d) Solicitar la presencia urgente del personal de anestesiología para intentar una reintubación orotraqueal mediante laringoscopia directa, manteniendo las suturas cervicales intactas para evitar la contaminación bacteriana de la celda tiroidea.

485.- Un varón de 46 años ingresa de urgencia por una crisis hipercalcémica. En la analítica destaca un calcio sérico de 15,2 mg/dL, una función renal deteriorada (creatinina 1,8 mg/dL) y unos niveles de PTH intacta marcadamente elevados (1150 pg/mL). En la ecografía y gammagrafía con Tecnecio-99m-Sestamibi se localiza una masa nodular de 35 mm dependiente de la glándula paratiroides inferior derecha. Tras estabilizar la calcemia con hidratación intensiva y bisfosfonatos, se programa para cirugía. Durante la exploración quirúrgica, el cirujano halla una masa paratiroidea de consistencia pétrea, de color blanco-grisáceo, que se encuentra firmemente adherida e infiltrando la cápsula del lóbulo tiroideo derecho y los tejidos blandos adyacentes. ¿Cuál es la conducta quirúrgica MÁS adecuada?

a) Realizar una enucleación cuidadosa de la masa paratiroidea intentando despegarla del lóbulo tiroideo para evitar el hipotiroidismo postoperatorio, remitiendo la pieza a biopsia por congelación para confirmar la malignidad.

b) Proceder inmediatamente a la extirpación en bloque de la masa tumoral junto con el lóbulo tiroideo ipsilateral (derecho), el istmo, los tejidos blandos adyacentes

comprometidos y el vaciamiento ganglionar del compartimento central ipsilateral (nivel VI).

c) Suspender la intervención quirúrgica y cerrar el cuello tras tomar una biopsia incisional de la masa, con el fin de iniciar tratamiento neoadyuvante con el calcimimético cinacalcet antes de intentar la resección definitiva.

d) Realizar una paratiroidectomía simple de la masa y asociar una tiroidectomía total profiláctica bilateral junto con un vaciamiento radical de los niveles ganglionares II a V del lado derecho.

486.- Una mujer de 48 años es derivada a consultas de cirugía general tras el hallazgo incidental en una ecografía abdominal de una masa en la glándula suprarrenal izquierda. La paciente refiere en la anamnesis una ganancia de peso central de 6 meses de evolución, aparición de estrías violáceas en abdomen e hipertensión arterial de difícil control. En la TC abdominopélvica multifásica se describe una masa suprarrenal izquierda de 72 mm, heterogénea, con áreas de necrosis central, márgenes irregulares y un lavado (washout) contrastado del 30% a los 15 minutos. El estudio funcional demuestra un hipercortisolismo con ACTH suprimida y elevación severa de los niveles de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S). En relación con el diagnóstico y el planteamiento terapéutico de esta paciente basándose en la evidencia actual, señale la opción CORRECTA:

a) Al tratarse de una masa mayor de 6 cm con criterios radiológicos de malignidad y sospecha de carcinoma suprarrenal, el abordaje de elección indiscutible es la adrenalectomía izquierda por vía laparoscópica o robótica para minimizar el dolor postoperatorio.

b) Está formalmente indicado realizar una punción aspiración con aguja fina (PAAF) percutánea guiada por TC de la masa suprarrenal para confirmar el origen cortical del tumor antes de programar la cirugía.

c) El tratamiento de elección es la adrenalectomía abierta en bloque garantizando márgenes libres (R0). Si se confirma un carcinoma corticosuprarrenal en el estadio definitivo, se debe iniciar tratamiento adyuvante con mitotano (fármaco adrenolítico), especialmente si existen factores de alto riesgo de recidiva (como un índice Ki-67 > 10%).

d) Al ser un tumor funcionante productor de cortisol, el manejo postoperatorio inmediato no requiere la administración de corticoides exógenos, ya que la glándula suprarrenal contralateral se encuentra hipertrófica por el estímulo tumoral.

487.- Una mujer de 32 años acude a consultas de cirugía general por un cuadro de litiasis renal de repetición y astenia. En la analítica destaca un calcio sérico de 11,4 mg/dL, fósforo de 2,1 mg/dL y una PTH intacta muy elevada. Durante el estudio, la paciente refiere sufrir también episodios frecuentes de epigastralgia intensa con diarrea acuosa que no ceden con omeprazol a dosis habituales, objetivándose en una endoscopia múltiples úlceras duodenales y niveles de gastrina basal de 1200 pg/mL. El estudio genético confirma una mutación germinal en el gen MEN1. En relación con el planteamiento quirúrgico inicial de esta paciente, señale la opción CORRECTA:

a) La prioridad absoluta es la resección inmediata del gastrinoma duodenal/pancreático mediante una duodenopancreatectomía cefálica

(procedimiento de Whipple), posponiendo la cirugía paratiroidea de forma indefinida.

b) Dado que el hiperparatiroidismo en el MEN 1 es de afectación multiglandular asincrónica, el tratamiento quirúrgico de elección es la paratiroidectomía subtotal (3.5 glándulas) o la paratiroidectomía total con autotrasplante heterotópico en el antebrazo, complementado con una timectomía transcervical profiláctica.

c) Al confirmarse la mutación del gen MEN1, está formalmente indicada la realización de una tiroidectomía total profiláctica antes de los 35 años por el elevado riesgo de carcinoma medular de tiroides concomitante.

d) El hiperparatiroidismo en el MEN 1 suele estar causado por un adenoma único solitario en el 90% de los casos, por lo que una paratiroidectomía selectiva guiada por gammagrafía con sestamibi es la técnica de elección.

488.- Un varón de 28 años es diagnosticado de carcinoma medular de tiroides (CMT) bilateral de 25 mm con afectación ganglionar del compartimento central tras presentar una PAAF compatible y una calcitonina basal de 560 pg/mL. El estudio genético en sangre periférica identifica una mutación germinal en el codón 634 del protooncogén RET, confirmando un síndrome MEN 2A. Durante el estudio de extensión mediante TC, se objetiva de forma incidental una masa suprarrenal derecha de 38 mm con características compatibles con feocromocitoma. La presión arterial del paciente en consultas es de 155/95 mmHg. Señale la opción CORRECTA en relación con la secuencia y estrategia terapéutica en este paciente:

a) Se debe programar de urgencia una tiroidectomía total asociada a vaciamiento central bilateral de inmediato, ya que el carcinoma medular de tiroides es el tumor maligno que condiciona su pronóstico vital a corto plazo.

b) Tras iniciar un bloqueo alfa-adrenérgico adecuado (con fenoxibenzamina o doxazosina) durante un mínimo de 10-14 días, se debe realizar primero la adrenalectomía derecha para extirpar el feocromocitoma. Posteriormente, en un segundo tiempo quirúrgico, se procederá a la tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar.

c) Dado que el CMT es bilateral y el paciente tiene una mutación en el codón 634, se puede realizar de forma segura una adrenalectomía y tiroidectomía simultáneas en el mismo acto quirúrgico sin necesidad de preparación farmacológica previa.

d) Al tratarse de un síndrome MEN 2A, el paciente presenta un riesgo del 100% de desarrollar tumores neuroendocrinos pancreáticos (insulinomas o VIPomas), por lo que se debe solicitar una ecografía endoscópica de control de forma anual.



489.- Una mujer de 54 años, sin antecedentes médicos ni familiares de interés, presenta un nódulo tiroideo único e indurado de 28 mm en el lóbulo izquierdo. La PAAF es diagnóstica de carcinoma medular de tiroides. La ecografía cervical de alta resolución no muestra adenopatías sospechosas en los compartimentos centrales ni laterales (cN0). Las cifras de calcitonina sérica basal preoperatoria son de 210 pg/mL. El cribado de feocromocitoma y el análisis mutacional del gen RET en sangre periférica resultan negativos. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico estándar de elección para esta paciente?:

a) Al confirmarse que es un caso esporádico (RET negativo) y cN0, es suficiente con realizar una lobectomía tiroidea izquierda con istmectomía, evitando linfadenectomías para reducir la tasa de disfonía.
b) Se debe realizar una tiroidectomía total asociada obligatoriamente a un vaciamiento ganglionar compartimental central bilateral (nivel VI), independientemente de que la ecografía preoperatoria fuera negativa para adenopatías (cN0).
c) Está indicado realizar de manera sistemática una tiroidectomía total combinada con un vaciamiento ganglionar radical bilateral de los niveles II a V (compartimentos laterales), dado el elevado neurotropismo de las variantes esporádicas.
d) El tratamiento inicial debe ser la ablación por radiofrecuencia del nódulo seguido de quimioterapia sistémica con inhibidores de tirosina quinasa (como vandetanib), reservando la cirugía solo para las recidivas locales.

490.- Una mujer de 20 años acude a la consulta de cirugía endocrina para consejo médico. Aporta un informe donde se detalla que su madre y dos tíos maternos fueron diagnosticados de carcinoma medular de tiroides a edades maduras (entre los 45 y 55 años), sin que ninguno de ellos haya padecido patología suprarrenal ni paratiroidea. Se le realiza una prueba genética que resulta positiva para una mutación germinal en el codón 609 del protooncogén RET. La paciente se encuentra asintomática, con una exploración física del cuello rigurosamente normal, ecografía tiroidea sin nódulos y niveles de calcitonina sérica basal normales (<5 pg/mL). Señale la opción CORRECTA respecto al manejo y catalogación de esta paciente:

a) La paciente padece un carcinoma medular de tiroides familiar no MEN, clasificado actualmente dentro del grupo de riesgo moderado de mutaciones de RET. A pesar de tener una ecografía y calcitonina normales, está indicada la tiroidectomía total profiláctica, pudiendo vigilarse y demorarse de forma segura hasta el final de la adolescencia o la edad adulta joven si los niveles de calcitonina se mantienen normales.
b) Dado que la calcitonina es normal y no hay nódulos en la ecografía, la prueba genético se considera un falso positivo clínico y no se debe realizar ninguna intervención ni seguimiento.
c) Al tratarse de una mutación germinal de RET, la paciente desarrollará inevitablemente un síndrome MEN 2B en los próximos años, por lo que requiere una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar bilateral del compartimento central.
d) El tratamiento de elección en portadores asintomáticos de mutaciones de riesgo moderado es el inicio de terapia supresora con levotiroxina a dosis altas para mantener la TSH suprimida por debajo de 0,1 mUI/L y evitar que el CMT aparezca.

Osakidetza



CASO PRÁCTICO 4 PREGUNTAS 491-493

491.- Mujer de 67 años, sin antecedentes personales de interés, que presenta un test de sangre oculta en heces positivo dentro de un programa de cribado poblacional. Se realiza colonoscopia, identificándose una tumoración de 3 cm de diámetro situada a 7 cm del margen anal. El estudio anatomopatológico de la biopsia informa de adenocarcinoma intestinal moderadamente diferenciado. El estudio de extensión incluye TAC toracoabdominopélvico y resonancia magnética pélvica, clasificándose la lesión como cT3c-d N1-2 M0, con fascia mesorrectal a menos de 1 mm de la lesión y se localiza a 5 cm del margen anal y a menos de 1 cm del puborrectal. En este escenario clínico, ¿cuál es la opción terapéutica que asocia los mejores resultados?

a) Radioterapia neoadyuvante de ciclo corto (25 Gy) y cirugía a las 6 semanas.
b) Radioquimioterapia neoadyuvante mediante radioterapia de ciclo largo (50,4 Gy) más capecitabina concomitante y cirugía a las 12 semanas.
c) Cirugía directa (resección anterior ultrabaja con escisión total del mesorrecto) y valoración postoperatoria de la necesidad de quimiorradioterapia adyuvante.
d) Quimioterapia sistémica según esquema FOLFOX y cirugía a las 6 semanas.

492.- Tras informar a la paciente de las diferentes opciones, se consensua una estrategia de tratamiento con intención de preservación de órgano. Se inicia un protocolo de radioquimioterapia de ciclo largo y, a las 6 semanas de finalizar el tratamiento, se realiza una valoración de respuesta mediante pruebas de imagen. El TAC y la resonancia magnética informan de respuesta radiológica completa, acompañada de un tacto rectal normal. Se solicita una rectoscopia para confirmar dicha respuesta completa. ¿Cuál de los siguientes hallazgos NO indica respuesta clínica completa?

a) Cicatriz blanca y plana.
b) Telangiectasias.
c) Nodularidad residual de la mucosa.
d) Ausencia de ulceración.

493.- Se confirma que se ha logrado una respuesta clínica completa iniciando un programa de "watch and wait". ¿Cuál de las siguientes propuestas de seguimiento es la MÁS adecuada durante los dos primeros años?

a) RMN pélvica, tacto rectal y rectoscopia cada 3-4 meses y TAC tap cada 6 meses.
b) Tacto rectal y rectoscopia cada 6 meses y TAC tapy RMN pélvica anuales.
c) TAC tap, RMN pélvica, rectoscopia y tacto rectal cada 6 meses.
d) TAC tap, RMN pélvica, rectoscopia y tacto rectal anuales.

494.- **Varón de 75 con AP de adc. de próstata (RT 2025), amiloidosis con afectación medular, cardiaca y neuropatía periférica (Darutumumab mensual) que acude a urgencias por dolor abdominal de 24 horas de evolución con dolor y defensa en hemiabdomen inferior con Blumberg positivo. En analítica sanguínea se objetiva PCR 190 y 15.000 leucocitos por mm3 con 3 cayados. Se solicita un TAC ap urgente que es informado como "Diverticulitis aguda complicada WSES 2B (colección 3cm + neumoperitoneo a distancia con pequeña cantidad de líquido libre en pelvis)". Ante esta situación, ¿ cuál es la estrategia quirúrgica MÁS adecuada?**

a) Laparoscopia exploradora, lavados y drenaje.
b) Resección de sigma con colostomía terminal (procedimiento de Hartman).
c) Resección de sigma con anastomosis primaria.
d) Cirugía de control de daños: resección de sigma, VAC y "second look".

495.- **Mujer de 55 años, sin antecedentes personales de interés, acude a urgencias por cuadro de dolor abdominal en la fosa ilíaca derecha de doce días de evolución. Hace 72 horas, ante la sospecha de infección urinaria, su médico de familia le administró antibióticos y analgésicos por vía oral. A su llegada presenta febrícula 37.4ºC y sensación de ocupación en FID y muestra PCR 180 en la analítica sanguínea. Se solicita un TAC abdomino-pélvico urgente que ve un plastrón apendicular con un absceso de 7 cm. ¿Cuál es el tratamiento MÁS adecuado?**

a) Antibiótico de amplio espectro, drenaje percutáneo y apendicectomía retardada (> 8 semanas).
b) Apendicectomía urgente.
c) Ayuno, fluidoterapia, ATB de amplio espectro y observación.
d) Cirugía urgente: drenaje del absceso y colectomía derecha.

496.- **Una mujer, de 35 años, está ingresada en el hospital con una colitis ulcerosa de debut con afectación pancolónica en tratamiento corticoideo a dosis plenas. En las últimas horas ha comenzado con fiebre de 39º, taquicardia >100 lpm, hipotensión (TA 90/55) y dolor abdominal. En la radiografía simple de abdomen se observa una gran dilatación del intestino grueso y neumoperitoneo. ¿Qué tratamiento es el MÁS CORRECTO?**

a) SNG, fluidoterapia, antibióticos de amplio espectro y observación.
b) Cirugía urgente: colectomía total e ileostomía terminal.
c) Cirugía urgente: proctocolectomía e ileostomía terminal.
d) Cirugía urgente: resección segmentaria de colon con colostomía terminal.

497.- Varón de 75 años, con antecedentes personales de HTA, hipercolesterolemia e hipertrofia prostática, acude a urgencias con dolor abdominal y distensión. En los últimos días no ha ventoseado ni ha hecho deposiciones. Tras una radiografía simple de abdomen donde se objetiva dilatación generalizada de asas de intestino delgado se solicita un TC abdominopélvico que objetiva una neoplasia de colon derecho estenosante que condiciona obstrucción. En este caso, ¿cuál es la opción terapéutica MÁS adecuada?

a) Colocación de endoprótesis (Wall-stent) y cirugía diferida en 8-15 días.
b) Tratamiento médico (ayuno, SNG, fluidoterapia, AINE) hasta disminución/desaparición de la obstrucción y cirugía retardada.
c) Cirugía de urgencia: colectomía derecha con anastomosis ileocólica.
d) Cirugía urgente: colectomía derecha sin anastomosis e ileostomía terminal en FID.

498.- Mujer de 60 años, fumadora, hipertensa y obesa (BMI 36) acude a urgencias por dolor de dos días de evolución en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio. A su llegada las constantes son: Tª 38ºC, TA 145/85 mmHg, FC 80 lpm; satO2 97%. En la exploración física predominan el dolor y la defensa en la fosa ilíaca izquierda con defensa y Blumberg +. En las imágenes del TAC abdominopélvico urgente se observa una diverticulitis aguda en sigma con un absceso de 5cm perisigmoideo (WSES 1b). En este caso, ¿cuál es el tratamiento MÁS adecuado?

a) Tratamiento médico: ayuno, fluidoterapia, analgesia y ATB i.v. de amplio espectro.
b) Cirugía de urgencia: sigmoidectomía laparoscópica + ileostomía de protección.
c) Cirugía urgente: procedimiento Hartman.
d) Drenaje percutáneo del absceso (por TAC / ecografía) + tratamiento médico.

499.- Una persona paciente está ingresada en la planta de hospitalización de cirugía con el diagnóstico de obstrucción de intestino delgado secundario a adherencias tras varias intervenciones quirúrgicas previas. Se ha iniciado tratamiento médico estándar (dieta absoluta, SNG, analgesia y fluidoterapia) y control evolutivo. En este contexto, ¿cuál de los siguientes hallazgos NO es un dato de alarma que nos debe hacer pensar en la necesidad de un tratamiento quirúrgico urgente?

a) Elevación de urea y creatinina.
b) Leucocitosis y ascenso de la PCR.
c) Acidosis e hiperlactacidemia.
d) Dolor refractario a la analgesia pautada.

500.- **Una persona paciente de 18 años con AP de poliposis adenomatosa familiar en controles endoscópicos, presenta un adenocarcioma sobre pólipo a nivel de colon derecho. Ante estos hallazgos, ¿cuál de las siguientes propuestas quirúrgicas NO debe ser ofertada a la persona paciente?**

a) Proctocolectomía restauradora sin ileostomía de protección.
b) Proctocolectomúa restauradaora con ileostomía de protección.
c) Colectomía derecha oncológica y seguimiento endoscópico.
d) Colectomía total con anastomosis ileorectal.