Osakidetza



KIRURGIA PEDIATRIKOKO MEDIKU FAKULTATIBO ESPEZIALISTA

GALDERAK

1. Nutrizio parenteralaren (NP) konplikazioei dagokienez, zein da egia?

a) Sepsia da bide zentraletik emandako NParen konplikazio larri eta ohikoenetako bat.
b) Kolestasia badago, nutrizio parenterala berehala eten behar da.
c) Konplikazio metabolikoak (hipergluzemia, hipertriglizeridemia, etab.) ezohikoak dira.
d) Gaur egungo silikonazko kateterrekin zainetako tronbosia izateko arriskua desagertu egin da.

2. Glukosaren metabolismoari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Fetuak amaren kontzentrazioen % 70-80ko gluzemia-balioa du, plazentaren bidez zabalduta.
b) Jaioberriak glukolisiaren mende egon behar du, harik eta glukosa exogenoa eman eta gibeleko glukogeno-gordailuak 2-3 ordutan agortzen dituen arte.
c) Jaioberrien hipogluzemiatzat hartzen da 100 mg/dl-tik beherako glukosa-kontzentrazioa egotea.
d) Hipogluzemia da jaioberrien arteko arazo metaboliko ohikoena.

3. Gaixo egotean karbohidratoek duten metabolismoari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Glukosaren ekoizpenak eta eskuragarritasunak bigarren mailako rola dute estresari emandako erantzun metaboliko pediatrikoan.
b) Gehiegizko hipergluzemia saihestu behar da (>180 mg/dl).
c) Gehiegizko glukosa gantz bihurtzea lotuta dago CO2 gehiago sortzearekin eta arnas-maiztasun altuagoa izatearekin.
d) Egoera kritikoan dagoen jaioberriak glukosa gehiago behar du eta glukosa-gordailu gutxiago ditu.

4. Kontsultara bi urteko paziente bat ekarri dute, lepoaren erdiko lerroan konkor biribil bat duelako; 5 mm-ko diametrokoa da, eta plano sakonetara itsatsia dago:

a) Diagnostikorik probableena da arku brankialeko geldikina.
b) Kirurgiaren indikazio nagusia da ohiko infekzioa eta ondorengo fistulizazioa saihestea.
c) Teknika kirurgikoak barne hartu behar du hioide hezur osoa erauztea.
d) Aurreko guztiak okerrak dira.



5. Bigarren arku brankialaren anomaliei dagokienez:

a) Muskulu esternokleidomastoideoaren behealdeko ertzaren eta faringeko hobi amigdalinoaren artean agertzen dira.
b) Haur txikietan fistula bat bezala agertzen dira, eta muskulu esternokleidomastoideoaren beheko herenaren aurreko ertzeko zulo txiki baten bidez drainatzen du.
c) Guztiz erauzteko, askotan, ebaki zerbikal bikoitza (*step-ladder*) behar izaten da.
d) Guztiak zuzenak dira.

6. Sortzetiko anomalia brankialei dagokienez, zein da zuzena?

a) Jaiotakoan ezin dira ikusi.
b) 1. arkuko anomalia brankialak dira ohikoenak.
c) 2. arkuko anomalia brankialak dira ohikoenak.
d) 3. eta 4. arkuetako anomalia brankialak aurrekoak bezain ohikoak dira.

7. Hodi tiroglosoko kisteei dagokienez, zein da egia?

a) Sortzetikoak dira, eta jaiotzean detektatzen da.
b) Disfagia eta sukarra sortzen dute beti.
c) Oro har, eremu submentoniarrean agertzen da, eta irensteko mugimenduekin ez da oszilatzen edo mugitzen.
d) Klasikoki lepoaren erdiko lerroan deskribatzen badira ere, baliteke % 40 inguru erdiko lerroaren alboetan ere agertzea.

8. Haurtzaroko tiroide-guruinaren patologian, zein da egia?

a) Haurtzaroko nodulu tiroideoak gaiztoa izateko % 40-50 arteko probabilitatea du.
b) Tiroidektomia osoaren ondoko konplikazioak, serieen arabera aldatzen badira ere, % 1-3 artekoak direla balioetsi da.
c) Minbizi mota ohikoena epitelio folikularretik eratorritakoa da.
d) Haurtzaroko kartzinoma folikularra ia-ia papilarra bezain ohikoa da.

9. Haur batek (4 urte) tumorazio gogor EZ-mingarria du, 1 x 1 cm-koa. EZ dago larruazalari itsatsia, baina bai plano sakonei; erdiko lerrotik pixka bat desplazatuta dago, eta irenstean gora eta behera mugitzen da. Hauetako zein iruditzen zaizu zuzena?

a) Kiste dermoide bat da.
b) Pazienteari ekografia bat egin behar zaio, balitekeelako kiste tirogloso bat edo tiroide ektopiko bat izatea.
c) Kiste tirogloso bat da.
d) Azterketa ekografiko bat nahikoa da kasu guztietan tiroide ektopiko bat baztertzeko.

10. Fistula eta zerbikaletako kisteei dagokienez, adierazi baieztapen zuzena:

a) Hirugarren eta laugarren arku brankialeko fistulak dira ohikoenak.



b) Hodi tiroglosoko kistea kirurgikoki tratatzean, beti errespetatu behar da hiodearen gorputz-integritatea.
c) Bigarren arrail brankialaren anomaliak muskulu esternokleidomastoideoaren aurreko ertzaren eta amigdala-hobiaren artean daude.
d) Lehen arkuko fistulak lepoaren erdiko lerroan daude.

11. Tumore tiroideo hauetako zein da ohikoena adin pediatrikoan? Aukeratu erantzun zuzena:

a) Papilarra.
b) Metastasikoa.
c) Medularra.
d) Ezkatatsua.

12. Gizonezkoa (14 urte). Klinefelter-en sindromea du; halaber, masa bat du aurreko mediastinoan, eta haren barruan kaltzifikazioak daude. Zein da diagnostikorik probableena?

a) Teratoma.
b) Ganglioneuroma.
c) Hodgkin-en linfoma.
d) Adenoma tiroideoa.

13. Hodi tiroglosoko kisteei dagokienez, zein EZ DA EGIA?

a) Lepoko enbrioi-jatorriko kiste ohikoenetako bat da.
b) Biztanleen % 20k ere badituzte hodi tiroglosoaren hondarrak.
c) Mihiaren oinarriaren eta bularrezur-aldearen arteko edozein tokitan daude.
d) Hodi tiroglosoaren enbriogenesia hertsiki lotuta dago tiroidearen, hioide hezurraren eta mihiaren enbriogenesiarekin.

14. Anomalia brankial enbrionarioei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Lepoko sortzetiko masen % 30 ere badira.
b) Arnas epitelioak edo ezkatazko epitelioak estalita daude.
c) Kanpoko sinuak ohikoagoak dira fistula osoak baino.
d) a) eta b) zuzenak dira.

15. 1º arkuko anomalia brankial enbrionarioei dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Anomalia brankial guztien % 8ren erantzule dira.
b) Kanpoko irekiera badute, alde bereko masailezur-adarraren beheko aldean izaten dute, hioidearen gainean.
c) Haietatik bi heren, gutxi gorabehera, kanpoko entzumen-hodiari lotuta daude.
d) Parotida-guruinaren mendekotasunik gabe igarotzen da.



16. Hodi tiroglosoko kisteei dagokienez, zein da EGIA?

a) Normalean, kokotsaren azpialdean agertzen da.
b) Irensteko mugimenduekin ez du oszilatzen, eta ez da mugitzen.
c) *Foramen cecum*arekin duen lotura dela-eta, ahoko flora bidez infekta daiteke.
d) Haren ohiko tratamendua da itxaroteko jarrera izatea.

17. Hestegorri-bikoizketei (esofago-bikoizketak) dagokienez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Bikoizketa gehienak hestegorri edo esofagoaren zati zerbikalean daude.
b) Hestegorri-bikoizketek baliteke lesioari lotutako arnas epitelioa izatea.
c) Hematemesia ohikoa da.
d) Bikoizketa gehienak hestegorriaren argiari lotuta daude.

18. Paziente bat (40 egun) kontsultara ekarri dute sudur-puntan tumore baskular bat duelako; jaio eta 11 egunetara agertu zen, eta hazkunde progresiboa du. Ekografian arteria- eta zain-fluxuak dituen tumore baskularra egiaztatu da. Zein izango litzateke zure jarrera?

a) Arteriografia egitea, fistula arteriobenosoen enbolizazioa baloratzeko.
b) Erresonantzia magnetikoa, garezur-barneko zirkulazioaren alterazioa baloratzeko.
c) Propranolol bidezko tratamendua ahalik eta azkarren hastea.
d) Erresekzio kirurgiko erradikala.

19. Kasabach-Merrit-en fenomenoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Mikroangiopatiari lotutako kontsumoko koagulopatia bat da.
b) Tratamendua, funtsean, medikoa da.
c) Baldin eta zenbaketan mikrolitroko 10.000 plaketa baino gutxiago badaude, plaketen transfusioa egin behar zaio.
d) Hemangioendotelioma kaposioformearekin lotzen da.

20. Linfangiomei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Gaur egun “malformazio linfatiko” esaten zaie.
b) Linfoma horiek tratatzeko, eskleroterapia, laserterapia edo kirurgia erabiltzen dira.
c) Gorham-Stout-en sindromean, haiekin batera, hezur-erresortzioa izaten da.
d) Ugaritzeko joera duten tumoreak dira.

21. Patologia hauetako zeinetan EZ litzateke erabilgarria izango EXIT prozedura?

a) Epignatusean.
b) Malformazio linfatiko zerbikal erraldoian.
c) Trakeako atresian.
d) Uzki-ondesteko atresian.



22. Zein da gibeleko tumore ohikoena jaioberrietan?

a) Hemangioendotelioma kaposiformea.
b) Hepatoblastoma.
c) Gibeleko hemangioma.
d) Mesenkimako hamartoma.

23. Haurretan zer dute ezaugarri tumore eta anomalia baskularrek?

a) Haurren hemangiomak ez dira haurtzaroko tumore ohikoenak.
b) Haurren hemangioma gehienek ez dute tratamendu espezifikorik behar, soilik jarraipena nahiz behaketa egitea eta gurasoak lasaitzea.
c) Malformazio baskularrak berez itzultzen dira denborarekin.
d) Malformazio eta anomalia baskular guztiak jaiotzean ikus daitezke.

24. Sindrome-hemangiomen barruan PHACES sindromea dago. Sindrome horrek EZ du ezaugarri hauetako bat jasotzen, zein?

a) Akats audiologikoak.
b) Atzeko hobiko malformazioak.
c) Hemangiomak aurpegian eta anomaliak.
d) Bularrezurraren akatsak.

25. Zer ezaugarri du haurtzaroko granuloma piogenoak?

a) Larruazaleko eta muki-mintzetako sortzetiko lesio baskular onbera bat da.
b) Sortzetikoak dira.
c) Lesio papuloso horietako gehienak buruan eta lepoan agertzen dira.
d) Lesio gehienak traumekin eta lesio dermatologikoekin lotzen dira.

26. Zein da gibeleko tumore ohikoena jaioberrietan?

a) Hemangioendotelioma kaposiformea.
b) Hepatoblastoma.
c) Gibeleko hemangioma.
d) Mesenkimako hamartoma.

27. Jaioberri batean, zein da aldebiko pleurako isuriaren kausa ohikoena?

a) Kilotoraxa.
b) Kardiopatia.
c) Linfangiomatosia.
d) Neuroblastoma.



28. ISSVAren sailkapenaren arabera, anomalia baskular hauetako zein hartzen da tumore baskular lokalki erasokortzat? Aukeratu erantzun zuzena:

a) Haurren hemangioma.
b) Zelula fusiformeen hemangioma.
c) Granuloma piogenikoa.
d) Hemangioendotelioma kaposiformea.

29. Anomalia baskularrei eta haien sindromeei buruzko baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Klippel-Trénaunay-ren sindromea fluxu moteleko malformazio baskular konbinatu bat da, kapilar, zain eta hodi linfatiko anormalez osatua.
b) Maffuci-ren sindromean malformazio benosoak, hezur-exostosia eta enkondromak agertzen dira.
c) Malformazio benosoak (MB) fluxu azkarreko lesioak dira, oro har hezurretan eta abdomeneko erraietan agertzen diren zain-hodiez osatuak.
d) Parkes Weber-en sindromea fluxu azkarreko malformazio baskular konbinatu bat da, eta gehienbat beheko gorputz-adarretan agertzen da.

30. Haurren Gibeleko Hemangiomari (HGH) buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) HGHa da haurretan gehien gertatzen den gibeleko tumore onbera.
b) Neskek hiru aldiz probabilitate gehiago dute HGH bat izateko.
c) HGHak sortzetikoak dira, eta jaio eta aste batzuk geroago inboluzionatzen dute.
d) Kasabach-Merritt-en sindromea gutxitan agertzen da, eta hazkunde azkarreko HGH batekin lotzen da.

31. Anomalia hauetako zein EZ da agertzen PHACES sindromean?

a) Aurpegiko hemangioma segmentarioa.
b) Barneko zain jugularren agenesia.
c) Atzeko hobiko akatsak.
d) Zilbor gaineko errafearen edo bulazerrezurreko arrailduraren akatsak.

32. Inbaginazio-errezidiba koadroei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Enema bidez txikiagotzearen arrakastak izugarri murrizten dira bigarren gertakarian.
b) Kasuen herenetan, errezidiba lehen 24 orduetan gertatuko da.
c) Errezidiba-indizeak behera egiten du erauzteko edo gutxitzeko kirurgia egin zaien pazienteetan.
d) Kasuen % 5ek baino gehiagok baliteke errezidiba izatea.

33. Fetuaren kirurgiaren printzipio gidariei dagokienez, zein da zuzena?

a) Bilakaera naturala ezagutu behar da, eta fetuaren ebakuntzak arrazoizko onura justifikagarria izan behar du.



b) Egiturazko malformazioak dira fetuaren ebakuntzarako sortzetiko anomalia egokiak, baldin eta, organoaren garapen edo fisiologia normala eragozten badute ere, zuzenduz gero fetuaren garapen normala ahalbidetzen badute.
c) Egitura- edo genetika-anomalia gehigarririk gabeko haurdunaldi bakarrak.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

34. Zein da atresia biliarra (AB) duen paziente bati portoenterostomia bat egin ondoren emaitza behar bezalakoa izateko determinatzaile nagusia? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Hasierako ebakuntzaren uneko adina.
b) Ebakuntzaondoko behazun-fluxua arrakastaz lortzea.
c) Egitura duktal mikroskopikoak egotea gibeleko hilioan.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

35. Honako hauetako zein da funtsezko printzipio bat kirurgia fetalean?

a) Ebaki zabalak egitea fetua hobeto ikusteko.
b) Fetuaren ongizatea lehenestea beti amaren ongizatearen gainetik.
c) Inbadigarritasuna gutxitzea, amaren eta fetuaren arriskuak murrizteko.
d) Prozeduran zehar irudi-teknikak erabiltzea saihestea.

36. Zein da mielomeningozelea duen fetu baten kirurgia egiteko indikazio onartu bat?

a) Mielomeningozele itxia egotea, garuneko herniarik gabe.
b) Haurdunaldiko 26. astea baino lehen mielomeningozele irekiaren disnostikoa izatea, eta Arnold-Chiari II-ren malformazio zeinuak egotea.
c) Fetuak meningomielozelea eta anomalia kromosomiko nagusiak baieztatuta izatea.
d) Haurdunaldiko 34. astearen ondoren meningomielozelearen diagnostikoa izatea.

37. Kirurgia fetalari heltzeari dagokionez, zein da EGIA?

a) Ekografia bereziki garrantzitsua da fetoskopian eta larruazalean zehar heltzean.
b) Funtsezkoa da prozedura guztietan plazentaren ezarpena ekiditea.
c) Ebakuntza aurreko planteamendua egitea funtsezkoa da sarbidea eta anestesia optimizatzeko.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

38. Hesteetako atresiari dagokionez, zein EZ da EGIA?

a) Polihidramnioak dituzten amen jaioaurreko ekografia gai da atresiari, bolbuloari edo mekonio-peritonitisari lotutako hesteetako buxadura identifikatzeko.
b) Jaioaurreko ekografiako zenbait aurkikuntzek —adibidez, peristaltismo indartsua duten lakio proximalak— hesteetako atresia dagoela susmarazten dute.
c) Jaioaurreko ekografia fidagarriagoa da hesteetako atresia distala detektatzeko, proximala detektatzeko baino.
d) Erresonantzia magnetiko fetala jaioaurreko ekografia baino seguruagoa izan daiteke jaioaurreko hesteetako atresia detektatzeko.



39. Zer du sortzetiko enfisema lobarrak EZAUGARRI?

a) Birika-lobulu baten gaindistentsioa, surfaktante-eskasia dela-eta.
b) Eskuineko erdiko lobulua da gehien erasandakoa.
c) Antzeko moduan gertatzen da aldi fetalean erasandako lobuluan likido amniotikoa harrapatuta gelditzea eta jaiotza ostean airea harrapatuta gelditzea.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

40. Epeko jaioberriaren behar hidroelektrolitikoei dagokienez, hauetako zein da OKERRA?

a) Eman beharreko fluidoak aldatu egingo dira adinean aurrera egin ahala, gorputzeko ur-konposizio totalean gertatzen diren aldaketen ondorioz.
b) Jaiotzetik Na eta K duten osagarriak eman behar dira.
c) Bizitzaren 4. astetik aurrera, fluido-behar normalak hauek dira: 100 ml/kg/egun.
d) Nahikoak izan behar dira 0,5 ml/kg/h-ko gernu-deuseztapena ahalbidetzeko.

41. Jaioberrien unitatean ingresatutako jaioberri bati hauxe disgnostikatu diote: enterokolitis nekrosatzailea, Bell-en IIB estadioan. Zeinu hauetako zein EZ da agertuko?

a) Abdomeneko distentsioa eta gorakoak.
b) Tronbozitozenia eta azidosi metabolikoa.
c) Pneumoperitoneoa.
d) Abdomen-pareta gorritua eta masa-sentsazioa eskuineko hobi iliakoan (EHI).

42. Hestegorri-kaustikazioari buruzko erantzun hauetako zein da OKERRA?

a) Esofagoskopian hestegorriko mukosaren edema eta hiperemia egotea II. graduko esofagitisari dagokio.
b) Esofagoskopian nekrosi-eremu txikiak badaude, tratamendua beharko da estenosia sortzea prebenitzeko.
c) Lesio larriak dituzten pazienteetan, zunda nasogastriko bat sar daiteke, elikadura goiztiarra hasteko.
d) Kortikoide sistemikoak erabiltzen diren arren, ez dago haien eraginkortasunaren ebidentzia argirik.

43. Hesteetako atresia badago, zein da enterostomia egiteko indikazio nagusia?

a) *Apple-peel* atresia (IIIb motakoa).
b) Harien arteko tamaina-aldea.
c) Lotutako mekonio-peritonitisa.
d) Jeiunoko atresia proximala.



44. Abdomeneko distentsioa duen jaioberriaren kasuan, zein dira mekonio-ileo EZ konplikatuaren ohiko aurkikuntza erradiologikoak?

a) Neumoperitoneoa.
b) Heste meharreko lakio zabalduak, EHIn beira esmerilatuko patroiari lotuta.
c) Heste meharreko lakio zabalduak goiko abdomenean eta maila hidroaereoak.
d) Heste meharreko lakio zabalduak eta abdomen barneko kaltzifikazioak.

45. Mekonio-ileoak eragindako jaioberrien buxaduran, ezaugarri hauek ikusiko ditugu, bat IZAN EZIK:

a) Lehen zeinu klinikoak bizitzako lehen 24-48 orduetan hastea, sabeleko distentsioa zein gorakoak barne.
b) Fibrosi kistikoaren (FK) familia-aurrekariak, pazienteen % 10-30en.
c) Lotutako malformazioak ohikoak eta oso askotarikoak dira.
d) FK dutenek odoleko tripsina immunoerreaktiboaren maila handiak dituzte.

46. Hesteetako atresia baten diagnostikoa atzeratzearen ondorioz baliteke koadroaren bilakaera zailtzea, eta honako hauetako batzuk ekartzea, hau IZAN EZIK:

a) Hesteen bideragarritasuna % 50 ere okertzea.
b) Nahasmendu elektrolitikoak eta sepsia.
c) % 10-20k heste-paretaren nekrosia eta/edo zulaketa izatea.
d) Hesteen bideragarritasuna % 70 ere okertzea.

47. Zein da zeinu kardinala jaioberri baten hesteetako buxaduran?

a) Eginkaririk eza.
b) Elikadura baztertzea.
c) Bat-bateko behazun-gorakoak.
d) Abdomen-paretaren eritema.

48. Enterokolitis nekrosatzaileari (NEC) buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Abdomeneko erradiografian portako gasa egotea pronostiko txarrarekin lotzen da, heste-pareta osoko nekrosien % 60n ageri baita.
b) Gorozkietan ezkutatutako odola NECaren hasierako sintoma da.
c) NECa dela-eta kirurgia egin zaien jaioberriek neurogarapenaren eta heste-nahikotasunaren tasa handigoak dituzte, medikoki tratatutakoek baino.
d) NECean, pneumatosia subserosoan hasten da, eta mukosazpikorantz egiten du aurrera.

49. Hauetako zein da konplikazio mekaniko bat gorputzez kanpoko mintz bidezko oxigenazioan (ECMO)?

a) Aireko enbolia.
b) Koagulazio-anomaliak.



c) Giltzurrun-gutxiegitasuna.
d) Hipertentsioa.

50. Enterokolitis nekrosatzaileari (NEC) buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Arrisku faktore nagusiak hauek dira: prematuritatea eta formula artifizialarekin elikatzen hastea.
b) Jaioberriaren elikadura motak (amarena/artifiziala) ez du hesteetako kolonizazio-eredua zehazten.
c) Hesteetako hesi epitelialaren erasana da jauzi inflamatorioa eragiten duen NECeko lehen gertaera.
d) Larrialdi kirurgiko nagusia da.

51. Zein da OKERRA mekonio-ileoari dagokionez?

a) Ohikoagoa da fibrosi kistikoa eta F 508 mutazioa duten pazienteetan.
b) Mekonio-ileo sinplea duten pazienteek ez dute behazun-gorakorik izaten jaioberriaroan.
c) Jaioaurreko azterketa ekografikoan, mekonio hiperekoikoa izaten dute.
d) Jaioaurreko ebaluazioan behazun-maskuria ez ikustea susmo-seinale bat da.

52. Baldin eta jaioberriaren laparatomia batean jeiunoko segmentu nabarmen zabal bat aurkitzen badugu, eta zuntz-kordoi batez lotua badago askoz diametro txikiagoko hesteetako lakio distal bati. Zein da diagnostikoa?

a) I. motako jeiunoko atresia.
b) IIIa motako jeiunoko atresia.
c) Jeiunoko estenosia.
d) II. motako jeiunoko atresia.

53. Arrail laringotrakealari dagokionez:

a) I. eta II. graduak sintomatikoak dira eta ebakuntza endoskopia bidez egiten da.
b) Negar larriaren, zianosiaren edo eztarri-trabatzearen klinika sortzen du.
c) IV. graduak bi bronkioei erasaten die.
d) III. graduan gorputzez kanpoko zirkulazioan egiten da ebakuntza, alboko torakotomiaren bidez.

54. Zein dira hestegorriko atresiari gehien lotzen zaizkion sortzetiko anomaliak?

a) Anomalia genitourinarioak.
b) Anomalia muskulu eskeletikoak.
c) Nerbio-sistema zentralaren anomaliak.
d) Bihotz-anomaliak.



55. Fistula trakeoesofagiko isolatuari dagokionez (h formako fistula), zein da OKERRA?

a) Hestegorriko sortzetiko anomalien % 20 dira.
b) Diagnostikoa ahoz beherako etzanerako esofagogramaren bidez ematen da.
c) Diagnostikoan baliteke esofagoskopia bidezko bronkoskopia beharrezkoa izatea.
d) Zerbikotomia bidezko tratamendua eginez gero, nerbio atzerakaria identifikatu eta zaindu behar da.

56. Malformazio baskularren barruan CLOVES sindromea dago. Ezaugarri hauetako zein EZ du barne hartzen sindrome horrek?

a) Tamaina handiko sortzetiko lipomak egotea.
b) Hestegorriko atresia.
c) Anomalia baskularrak.
d) Hezurdura- eta bizkarrezur-anomaliak.

57. Hestegorriko atresiaren (HA) kasu batzuk jaio aurretik diagnostikatzen dira ekografia bidez. Horri dagokionez, hauetako zein EZ da egia?

a) Polihidramnioak aurkitzeak malformazioak daudela susmarazi behar du.
b) Ekografian ikusten bada urdailean burbuila txikia dagoela edo halakorik ez dagoela, horrek HA izateko probabilitatea handitzen du.
c) Fistula trakeo-esofagiko distala duten HAren kasuetan ere baliteke burbuila gastrikoa aurkitzea jaioaurreko ekografian.
d) Zeinu ekografiko horiek HAren diagnostikoa ziurtatzen dute.

58. Hestegorriko Atresiari (HA) buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Fistula trakeosofagiko distala duen Hestegorriko Atresia (HA) da ohikoena.
b) HArekin maizen lotzen den anomalia malrotazioa da.
c) HAren jaioaurreko diagnostikoa zeinu ez-espezifikoetan oinarritzen da: polihidramnioak, burbuila gastriko txiki bat eta zabaldutako hestegorriaren zati zerbikal bat.
d) Oro har, zunda baten bidez eta erradiografia torakoabdominal baten bidez HA bat diagnostika daiteke.

59. Hestegorriko Atresiako (HA) kirurgiaren ondorengo konplikazio hautako baten ebidentziarik EZ dago. Zein da?

a) Ihes anastomotikoa.
b) Fistula trakeosofagiko errepikatua.
c) Estenosi anastomotikoa.
d) Azigo zainaren aneurisma.



60. Jaioberriaren diagnostiko hauetako zein EZIN da tratatu ECMOaren bidez (gorputzez kanpoko mintz bidezko oxigenazioa):

a) Mekonio-xurgapenaren sindromea.
b) Hestegorriko atresia.
c) Jaioberriaren birika-hipertentsio iraunkorra.
d) Sortzetiko hernia diafragmatikoa.

61. Hestegorriko Atresiaren (HA) kirurgia-tratamenduari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Fistula trakeoesofagiko distala duen HA torakotomia bidez konpontzeko, eskuineko atze-alboko torakotomia erabili ohi da.
b) Fistula trakeoesofagiko distala duen HA torakotomia bidez konpontzeko, torakoskopia pleuraz kanpo egin ohi da.
c) Fistula trakeoesofagiko proximal bakartua edo H motako fistula konpontzeko, lepotik heldu ohi zaio.
d) Fistula trakeoesofagiko proximala duen HA torakotomia bidez konpontzeko, hestegorriaren goiko zatia asko mobilizatzea gomendatzen da.

62. HA bat (Hestegorriko Atresia) konpondu ondorengo konplikazioak iragartzeko faktoreen artean honako hau EZ DAGO:

a) Ebakuntza aurreko intubatzea.
b) *Long-gap* hestegorriko atresia (zatiak oso bereizita).
c) Mekonio-kanporatzearen atzerapena.
d) Jaioberriaren pisua 2500 g-tik beherakoa izatea.

63. Arrail laringotrakeoesofagikoa sortzetiko anomalia bat da, eta honako hau izaten du ezaugarri:

a) Ez da sortzetiko beste malformazio batzuekin lotzen.
b) Sintoma klinikoak aldatu egiten dira arrailaren hedaduraren arabera.
c) Arrail laringotrakeoesofagiko mota guztiek kirurgia-tratamendua behar dute.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

64. Aukeratu hestegorriaren sortzetiko estenosiari (HSE) buruzko baieztapen OKERRA:

a) Dirudienez, Japonian intzidentzia handiagoa du munduko beste leku batzuetan baino.
b) Sortzetiko mintza edo diafragma da HSE mota ohikoena.
c) Lotutako beste anomalia batzuekin lotzen da kasuen % 15-30en (hestegorriko atresia, bihotzeko atresiak, gernu-atresiak eta abar).
d) HSE ez da oso ohikoa; izan ere, kasu 1 dago 25.000 eta 50.000 jaiotza artean.



65. Hestegorria urdailaz edo hesteaz ordezteko indikazio nagusien artean, honako hau EZ DA AGERI:

a) *Long-gap* hestegorriko atresia (zatiak oso urrun).
b) Hestegorri-zulaketa, hestegorria indarrez dilatatu ondoren.
c) Estenosi kaustiko zabala eta dilatazio bidezko tratamenduekiko errefraktarioa.
d) Hutsegitea hestegorriko atresiaren konponketa primarioan.

66. Hestegorriaren anatomia kirurgikoari eta haren fisiologiari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Enbriologia-ikuspegitik, hestegorria eta trakea aurreko hestetik garatzen dira.
b) Mukosa da hestegorriko hormako geruzarik indartsuena da.
c) Hestegorriak oso ondo definitutako serosa du.
d) Bi esfinterrek edukia hodi gastrointestinalera (GI) igarotzea kontrolatzen dute: goiko esfinter esofagiko (GEE) anatomiko bat eta beheko esfinter esofagiko (BEE) fisiologiko bat.

67. Esofagitis kaustiko batean, aukeratu erantzun zuzena:

a) Sintoma ohikoena disfagia da.
b) Estridoreak epiglotisaren erasana dagoela adieraz dezake.
c) Zuzeneko lotura dago hasierako sintomen larritasunaren eta lesioen larritasunaren artean.
d) a) eta b) zuzenak dira.

68. Paziente baten kaustikoaren ingestioaren susmoa dagoenean, haren esofagoskopian mukosa hauskorra, hemorragia, anpoilak, higadurak, eritema eta exudatu zuria ikusten badira, zein erasan-maila du endoskopiako aurkikuntzak kontuan hartuta?

a) 1.
b) 2a.
c) 3b.
d) 5.

69. Haurtzaroko esofagoskopiari dagokionez, honako hau EGIA da:

a) Endoskopio malguaren bidezko esofagoskopia sedazioa edo anestesia orokorra emanda egin daiteke.
b) Endoskopio zurrunaren bidezko esofagoskopia beti egiten da anestesia orokorra emanda eta erlaxazio muskularrik gabe.
c) Endoskopio zurruna edo malgua igarotzearen ondoriozko konplikazioak goiko eta erdiko esofagoaren arteko lotura-mailan gertatu ohi dira.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.



70. Hestegorriko akalasia honako koadro kliniko hauekin lotuta aurkitu da, SALBU:

a) Trisomia 13 edo Patau-ren sindromea.
b) Sortzetiko albeoloetako hipobentilazioaren sindromea.
c) Gutxiegitasun adrenala.
d) Chagas-en gaixotasuna.

71. Kaustikoen ingestioari dagokionez (haurtzaroan EZ da ezohiko istripua), honako hau EGIA da:

a) Alkali sendoak dira lesio larrien kausa nagusia.
b) Irentsitako kaustikoaren forma fisikoak eta ph-a funtsezkoak dira hestegorriko lesioa non dagoen eta zer mota den zehazteko.
c) Azido sendoen ingestioak antro gastrikoan eragindako lesioa larriagoa da urdaila beteta dagoenean.
d) a) eta b) zuzenak dira.

72. Pediatrian, hestegorriko elikagai-buxaduren zein ehuneko lotzen da esofagitis eosinofiloarekin?

a) % 10-20 inguru.
b) % 20-30 inguru.
c) % 30-40 inguru.
d) % 40-50 inguru.

73. Paziente bat (36 hilabetekoa) larrialdietan ingresatu da, PH 13ko detergente industrial baten ingesta kaustikoaren susmo handia dagoelako.

a) Orofaringeko lesiorik ez badago, ez da beste miaketarik egin behar.
b) Guardiako epaitegiari jakinarazi beharko zaio, haurren kontrako tratu txarrak baztertzeko.
c) Lerdea jariatzea eta irensteko ezintasuna hipofaringeko eta goiko esofagoko lesio larria posibleren zeinuak dira.
d) Aurreko guztiak okerrak dira.

74. Errefluxu gastroesofagikoaren diagnostikoan zer erabil dezakegu?

a) Hestegorriko inpedantziometria.
b) Esofagograma.
c) Esofagoskopia eta hestegorriko biopsia.
d) Aurreko guztiak.

75. Hauetako zein EZ dago haurraren errefluxu gastroesofagikoaren sintoma ohikoenetan?

a) Berrahoratzeak eta gorakoak.
b) Dispepsia eta erruminazioa.
c) Arnas sintomatologia.



d) Disfagia eta mina.

76. Faktore hauen artean, aukeratu errefluxu gastrikoa prebenitzen dutenak:

a) Beheko esfinter esofagikoa.
b) Hestegorriko abdomen barneko zatiaren luzera.
c) His-en angelua.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

77. Errefluxu gastroesofagikoaren gaixotasunari (ERGE) dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Funduplikatura laparoskopikoa da ERGEren kirurgia-tratamendurako teknika hobetsia.
b) Berrahoratze iraunkorra da ERGE baten sintomarik ohikoena.
c) Abdomeneko presio txikiagoa duten pazienteek ERGE bat izateko arrisku handiagoa dute, abdomenaren toraxeranzko presiorik ez dagoelako.
d) Hestegorriko estenosia dagoenean, buxadura-sintomak eta mina dira bi zeinu ohikoenak.

78. Uste denez, ultzera peptiko sekundarioen (estres-ultzerak) kausa faktore batekin edo 3 faktoreko konbinazio batekin lotuta dago. Faktore hauetako zein EZ litzateke inplikatuta egongo?

a) Mukosa gastrikorako odol-fluxua gutxitzea.
b) Behazun-errefluxuaren higadurazko ekintza.
c) Mukosen hesi babeslea suntsitzea.
d) Azidotasun intraluminala.

79. Ultzera peptiko primarioek lotura dute gastritis primarioarekin eta ultzerazioarekin, eta honako hau duten haurretan gertatzen dira:

a) Antiinflamatorio ez-esteroideoen (AIEEak) kontsumo kronikoa.
b) *Helicobacter Pylori*k eragindako infekzioa.
c) Alergia behi-esnearen proteinei.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

80. Errefluxu gastroesofagikoaren argitzean inplikatutako faktoreen artean EZ da honako hau aipatzen:

a) Hestegorriko peristaltismoa.
b) Torax-barneko presio negatiboa.
c) Listua.
d) Grabitatea.



81. Errefluxu gastroesofagikoa tratamendu mediko bidez kudeatzeari dagokionez, zein da EGIA?

a) Protoi-ponparen inhibitzaileak (PPI) ez dira lehen aukera farmakologikotzat hartzen.
b) PPIek errefluxu gastroesofagikoko gertakarien intzidentzia murrizten dute.
c) Gaur egun, errefluxu gastroesofagikoa kudeatzeko prozinetiko eraginkorrak daude.
d) PPIak eraginkorragoak dira errefluxu gastroesofagikoaren tratamenduan H2 hartzaileen antagonistak baino.

82. Aurkikuntza hauetako zein EZ da agertzen Cantrell-en pentalogian?

a) Gastroskisia.
b) *Ectopia cordis*a.
c) Bularrezurreko arraila.
d) Aurreko diafragma-akatsa.

83. Baldin eta pazienteek abdomen-paretako akatsa badute eta jaioaurreko ekografiaren bidez gastroskisia diagnostikatuta badute:

a) Haien pronostikoa okerragoa da, haurdunaldiko 20. astea baino lehen diagnostikatzen bada.
b) Erditzea behar baino lehen eragin behar da 36. astean, hesteen bizitasunak okerrera egin ez dezan.
c) Zesarea egin behar da hernia duen hesteak erasan handiagoa izan ez dezan.
d) Erditzeko unea irizpide obstetrikoen arabera erabaki behar da, eta ez abdomen-paretaren akatsaren arabera.

84. Erditze-gelakoek onfalozele osoa duen haur bat jaio berri dela jakinarazi digute. Honako baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Gorputz-tenperatura eta arnas laguntza mantendu behar dira.
b) Ebakuntza premiaz egin behar zaio, abdomeneko erraiak bihurritzeko arriskua dagoelako.
c) Zunda nasogastriko bat eta ondesteko zunda bat jarri behar zaizkio libratzeko/askatzeko.
d) Bihotzeko anomalien maiztasuna dela-eta, kirurgiaren aurretik ebaluazio kardiologikoa egitea gomendatzen da.

85. Gastroskisiari dagokionez, baieztapen hauek guztiak zuzenak dira, hau IZAN EZIK:

a) Garai aurreko erditzea ohikoagoa da gastroskisia duten jaioberrietan.
b) Ixte primario bat egiten denean, baliteke aireztapenean alterazioak egotea.
c) Lotutako sortzetiko anomaliak ez dira oso ohikoak gastroskisian.
d) Gastroskisiek, gutxi gorabehera, 60.000 jaioberrietatik 1i erasaten diote.



86. Hernia lunbarrak ageriko protuberantzia gisa agertzen dira, eta zenbait egiturak mugatuta dago. Hau EZ da haietako bat:

a) 12. saihets-hezurra.
b) Zeharkako muskulua.
c) Muskulu sakroespinosoa.
d) Barneko muskulu zeiharra.

87. Adituek, gastroskisirako, honako faktore hauek garrantzitsutzat jotzen dituzte, SALBU:

a) Urdail-herniazioa.
b) Abdomen barneko heste-dilatazioa.
c) Umetoki barneko hazkunde murriztua.
d) Maskuriaren herniazioa.

88. Gastroskisia duten jaioberrien artean, zein ehunekok dute lotutako hesteetako atresia?

a) % 10ek gehienez.
b) % 20-25ek.
c) % 30ek gutxi gorabehera.
d) % 4k edo.

89. Zer da gastroskisi itxia?

a) Gastroskisian akatsa erditzearen aurretik ixten denean.
b) Gastroskisian hestea erditzearen aurretik espontaneoki murrizten denean.
c) Gastroskisian akatsaren diametroa erditzearen aurretik 1,5 cm baino txikiagoa denean.
d) Gastroskisian akatsaren tamaina erditzearen aurretik murrizten denean.

90. Honako hauek guztiak, onfalozelean, zakuaren parte dira, SALBU:

a) Amniosak.
b) Wharton-en gelatina.
c) Mintz bitelinoa.
d) Peritoneoa.

91. Onfalozele bakartua biziraupen-tasa honekin lotzen da:

a) % 70 gutxi gorabehera.
b) % 80 inguru.
c) % 90etik gora.
d) Ia % 100.



92. Onfalozelea honi guztiari lotu ohi zaio, SALBU:

a) Trisomia 13ri.
b) Cantrell-en pentalogiari.
c) 5p- sindromeari.
d) X monosomiari.

93. Zein da haurren hernia epigastrikoaren eduki tipikoa?

a) Epiploia.
b) Peritoneo-aurreko koipea.
c) Hestea.
d) Abdomen barneko koipea.

94. Hauetako zein EZ da muga anatomiko bat Spiegel-en hernian?

a) Lerro semilunarra.
b) Lerro erdizirkularra.
c) Abdomeneko muskulu zuzena.
d) Abdomeneko zeharkako muskulua.

95. Aukeratu gastroskisiaren ezaugarri bereizgarri batzuk:

a) Anomalia kromosomikoekin lotzen da.
b) Makrosomia eta hipogluzemiarekin lotzen da.
c) Abdomen-paretako akats bat du ezaugarri, ia beti zilborraren eskuinaldean.
d) a) eta c) zuzenak dira.

96. Malformazio hauetako zein hartzen da hodi onfalomesenterikoaren geldikintzat?

a) Zilborreko hernia.
b) Meckel-en dibertikulua.
c) Urakoko kistea.
d) Hesteetako bikoizketa.

97. Zilborreko herniari dagokionez, zein da EGIA?

a) Ohikoagoa da arraza kaukasiar eta asiarrean.
b) Maiz inkartzeratzen da, eta horrek berez sendatzea dakar.
c) Ebakuntza egiteko erabakia indibidualizatua izan behar da, alderdi familiar eta sozialak oinarri hartuta.
d) Ohikoagoak dira gizonezkoetan.

98. Kolelitiasiak eragindako kolezistektomia laparoskopikoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Ebakuntzabarneko kolangiografia nahitaez egin behar da.



b) Trokarren jartzea pazientearen adinaren eta tamainaren araberakoa da.
c) Ziste-hodia eta -arteria identifikatu behar dira.
d) Zilborreko portu bakarreko teknika erabil daiteke.

99. Urakoko geldikinak, epe luzera, baliteke tumoreen eragile izatea. Tumore horien artean EZ da honako hauetako bat deskribatu:

a) Adenokartzinoma.
b) Errabdomiosarkoma.
c) Zelula ezkatatsuen kartzinoma.
d) Histiozitoma fibroso gaiztoa.

100. Abdomen-paretaren sortzetiko malformazioari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Gastroskisia edo laparoskisia zilborreko herniazio handi bat da, eta bertan erraiak hernia-zaku batez estalita daude.
b) Onfalozelea abdomen-paretaren arrail bat da, haren bitartez erraietan herniak sortzen dira, baina ez daude inoiz zaku batez estalita.
c) Hesteetako atresia da gastroskisiarekin maizenik lotzen den malformazioa.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

101. Urakoaren patologiari dagokionez, zein da zuzena?

a) Urakoko sinu batek larruazalarekin komunikatzen du, baina ez maskuriarekin.
b) Maskuri-urakoko dibertikulua asintomatikoa izaten da maiz, baina oinarri estua badu, baliteke kalkuluak agertzea.
c) Urako iragazkorraren tratamendu laparoskopikoan, urako-hodia erauzten da, maskuri-lotunea eta guzti.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

102. Garai aurreko 48 orduko jaioberri batek zilbor inguruko narritadura du, zilbor-mailan, baita depresio mukosoa arin bat ere, eta handik behazun-itxurako edukia ateratzen da. Zein da susmo diagnostikoa? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Urako iragazkorra.
b) Hodi onfalomesenterikoaren iraupen osoa.
c) Zilborreko granuloma.
d) Zilborreko zainaren aneurisma.

103. Hernia epigastriko bat EZ da ondesteen diastasiarekin nahastu behar. Azken hori lerro zuriaren ahulezia orokorra da, zilborretik hasi eta xifoideraino; ia beti adin honetan konpondu ohi da:

a) 10 urterekin.
b) 6 urterekin.
c) 3 urterekin.
d) 12 hilabeterekin.



104. Jaio ondoren, zilbor-hesteko eraztuna ixtea interakzio konplexuen emaitza da, barne hartuta honako hauek guztiak, SALBU:

a) Gorputzaren alboko aldea erdialdera tolestea.
b) Abdomeneko muskulu zuzenak lerro zurian fusionatzea.
c) Zilbor-hestea momifikatzean zilborreko zainaren buxadura eta fibrosia gertatzea.
d) Zilborreko zuloa uzkurtzea, zilborreko arteria buxatuen fibra elastikoek lagunduta.

105. Abdomen-pareta garatzean, hesteak eta gibela azkar hazteak zilbor-hestean erdiko hestearen hernia sortzea eragiten du . Haurdunaldiaren zein astetan itzultzen da erdiko hestea barrunbe abdominalera?

a) 8. astean.
b) 10. astean.
c) 12. astean.
d) 14. astean.

106. Zilborreko arteriak jaio ondoren buxatzen dira eta honako hau bihurtzen dira:

a) Erdiko edo alboko zilborreko lotailu.
b) Erdiko zilborreko lotailu.
c) Erdiko lerroaren ondoko zilborreko lotailu.
d) Zilborreko lotailu zentral.

107. EZ da pankreako pseudokistearen konplikazio handi bat:

a) Hipergluzemia.
b) Infekzioa.
c) Haustura.
d) Hemorragia.

108. Haurren sortzetiko hiperinsulinismoaren (lehen, nesidioblastosia) kirurgia planifikatzeko, ezinbestekoa da fokuaren forma zehaztugabea forma fokaletik bereiztea. Hori zehaztasun handiagoz lortzen da honako honen bidez:

a) Odoleko aurreintsulina mailaren bidez.
b) Erabakimen handiko ekografiaren bidez.
c) PET-OTAren bidez.
d) EMNaren bidez.

109. Tumore hauetako zeinek EZ du jatorria pankrea endokrinoan? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Gastrinomak.
b) Intsulinomak.
c) Pankreatoblastomak.



d) VIPomak.

110. Pankreako tumoreei buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Intsulinomak tratamendu medikoa baino ez du behar, oso kokapen zaila baitu.
b) Intsulinomarentzako erreferentziazko proba 72 orduko baraualdia da.
c) Gastrinomaren diagnostikoa hipergastrinemian eta hipersekrezio gastrikoan oinarritzen da.
d) 11 p-ko galera alelikoa pankreatoblastomari lotu izan zaio, Beckwith-Wiedemann-en sindromearen antzeko patogenesiarekin.

111. Bizkarraldeko hasikin pankreatikoak bide ematen die hauei, SALBU:

a) Pankrea-isatsari.
b) Pankrea-gorputzari.
c) Pankrea-buruari.
d) Santorini-ren hodi osagarriari.

112. Haurren sortzetiko hiperinsulinismoaren (lehen, nesidioblastosia) kirurgia planifikatzeko, ezinbestekoa da fokuaren forma zehaztugabea forma fokaletik bereiztea. Hori zehaztasun handiagoz lortzen da honako honen bidez:

a) Odoleko aurreintsulina mailaren bidez.
b) Erabakimen handiko abdomeneko ekografiaren bidez.
c) PET-OTAren bidez (18F-DOPArekin).
d) EMNaren bidez.

113. Intsulinomei dagokienez, zein da ZUZENA?

a) Intsulinoma duten paziente guztiei erresekzioa egin behar zaie.
b) Tumorea aurkitu ezin zaien pazienteen kasuan, itsuan egindako erresekzio distala egitea indikatuta dago.
c) <2 cm-ko tumoreak gaiztoak izaten dira.
d) Gogorrak direnak eta hodi pankreatikoen dilatazio distala eragiten dutenak onberak izaten dira.

114. Puestow-en prozedura pankreatitis kronikoa duten pazienteekin erabiltzen da. Nola egiten da?

a) Hodi pankreatikoa zeharka ebakitzen da, eta duodenoaren alboko lakioan anastomosi latero-terminala egiten da.
b) Pankrea-hodia birmoldatu egiten da, duodenoan (D3/D4) anastomosi termino-laterala egiteko.
c) Pankrea-hodia luzetara irekitzen da, eta anastomosi latero-laterala egiten zaio jeiunoko Roux-en lakio bati.
d) Hodi pankreatikoa erdiko herenean eta distalean ireki eta anastomosi latero-terminala egiten da jeiunoko proximalean.



115. Kiste bronkogenoei dagokienez:

a) Biriketako (hiloan, parekimaren barnean eta hestegorriaren inguruan) eta birikez kanpoko (lepoa eta mihia) askotariko tokietan ager daitezke.
b) Bronkio-epitelioz estalita daude, eta askotan mukiz beteta.
c) Eskuineko hemitoraxean ez dira ezkerreko hemitoraxean baino gehiago agertzen.
d) Guztiak zuzenak dira.

116. Gaizki kontrolatutako haurdunaldi baten ondorioz, garaiko jaioberri batek trisomia 18 du, eta behazun-gorakoekin hasi da jaio denetik. Abdomeneko erradiografian ikusten da burbuila bikoitzeko eta aire distalik gabeko irudi bat duela.

a) Diagnostikorik probableena ileoko atresia da.
b) Diagnostikorik probableena I motako duodenoko atresia da.
c) Kirurgia-tratamendua egin daiteke kontraste bidezko azterketarik egin gabe.
d) b) eta c) zuzenak dira.

117. Tandler-en hipotesiaren arabera, zerk eragiten du duodenoko sortzetiko buxadura (duodenoko atresia)?

a) Umetokian izandako istripu baskular batek.
b) Heste primitiboa bakulizatzeko etapako akats batek.
c) Lotutako malformazio konkomitante bat egoteak (adibidez, eraztun-formako pankrea).
d) Horietatik batek berak ere ez.

118. Ondesteko bikoizketek askotariko sintomatologiak eragiten dituzte, baina zein da ohikoena?

a) Ondesteko odol-galera.
b) Perineoko mina.
c) Idorreria.
d) Uzki-esfinterraren ihesa.

119. Hesteetako bikoizketako kisteei dagokienez, baieztapen hauetako zein da erantzun zuzena?

a) Bikoizketei lotutako bizkarrezurreko anomalien intzidentzia handia da.
b) Duodenoko bikoizketa-kisteen kokapenik ohikoena bigarren eta hirugarren duodeno-zatiak dira, haien erdialdean eta atzean.
c) Zeinu klinikoak mukosa heterotopikoaren tamainaren, kokapenaren eta presentziaren araberakoak dira.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.



120. Jaioberri batek mintz intraluminal baten ondoriozko koloneko atresia du. Zein atresia mota du? (aukeratu erantzun zuzena)

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

121. Baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Ileostomia bat ixteko, ez da beharrezkoa hesteak prestatzea.
b) Kolon-estomaren konplikazioa ohikoagoa da ileoarena edo jeiunoarena baino.
c) Kolostomia-ixte baten ondoren, ez da elikadura goiztiarra gomendatzen.
d) Hesteetako deribazioa zenbat eta altuagoa izan, orduan eta beranduago ixten da.

122. Malformazio baskular konplexuek sindrome hauetako zein dute?

a) Klippel-Trenaunay-ren sindromea.
b) Parkes Weber-en sindromea.
c) a) eta b), biak.
d) Aurrekoetako bat bera ere ez.

123. Duodenoko atresia duen bularreko haur bati duodeno-duodenostomia bat egiten zaionean, hauetako zein da OKERRA?

a) Haize-mahuka itxurako malformazioa baztertu behar da beti, baldin eta duodenoko paretaren muskulu-jarraitutasuna badago.
b) Duodenoaren zati proximal dilatatua murrizteko duodenoplastia egin behar da beti.
c) Ez da nahitaezkoa zunda transanastomotiko bat uztea.
d) Ez da nahitaezkoa bide irekitik egitea.

124. Ondesteko bikoizketek askotariko sintomatologiak eragiten dituzte, baina zein da ohikoena?

a) Ondesteko odol-galera.
b) Perineoko mina.
c) Idorreria.
d) Uzki-esfinterraren ihesa.

125. 10 urteko paziente bati Peutz-Jeghers-en sindromea diagnostikatu diote. Honako baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Polipoak urdailetik hasi eta ondesteraino edozein lekutan aurki daitezke.
b) Pazienteen % 22ri ere baliteke hesteez kanpoko tumoreak agertzea.
c) Hesteetako erresekzio ahalik eta erradikalena egin beharko da.
d) Patroi hereditario bati erantzun ohi dio, eta ez hain sarritan *novo* mutazio bati ere bai.



126. Hesteetako poliposien koadroei dagokienez, koadro hauetako zeinek EZ ditu polipo adenomatosoak?

a) Poliposis Adenomatosa Familiarrak (PAF).
b) Gardner-en sindromeak.
c) Cowden-en gaixotasunak.
d) Turcot-en sindromeak.

127. Kolitis ultzeraduna gaixotasun inflamatorio kroniko bat da. Zer du ezaugarri?

a) Haurrek helduek baino gutxiagotan izaten dute pankolitisa diagnostikoaren unean.
b) Kasuen % 20n ondestearen erasana dago.
c) Inflamazioak hesteetako hormaren azaleko geruzei eragiten die, barne hartuta epitelioa eta lamina propioa.
d) Kolon osoari eragiten dionean (pankolitisa), gehien erasandako aldeak beheranzko kolona eta sigmoideoa dira.

128. Pediatriako kolitis ultzeradunean, zein da sintomarik ohikoena?

a) Beherako odoltsua.
b) Pisua galtzea.
c) Errektorragia.
d) Febrikula.

129. Baieztapen hauetako zein EZ da minbizi-arriskuko irizpide bat, pediatria-adineko paziente batek hesteetan polipoak baditu?

a) Kolonean 5 polipo gazte baino gehiago izatea.
b) Gaztaroko poliposis historiarekin lotutako polipo kopuru oro.
c) Mukosa ultzeratua duen polipo linfoide 1 eta odol-galeraren ebidentzia izatea.
d) Polipo gazteak traktu gastrointestinal osoan zehar.

130. Kolitis ultzeradunari dagokionez, zein da zuzena?

a) Ondestea da gutxien erasandako heste-zatia.
b) Kolitis ultzeraduna duten pazienteen % 90i 14 urte bete aurretik agertzen zaie.
c) Kolitis ultzeradunaren hesteetako erasana transmurala eta etena da.
d) Aurreko baieztapen guztiak okerrak dira.

131. Hesteetako gaixotasun inflamatorio pediatrikoei eta haien arteko aldeei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Ileoko erasana da ohikoena Chron-en gaixotasunean.
b) Kolitis ultzeraduna duten nerabeetan ohikoa da uzkiko eta larruazaleko fistulak garatzea.
c) Aukera kirurgikoa kolitis ultzeradunean bakarrik da sendagarria.
d) a) eta c) erantzunak zuzenak dira.



132. Pazienteek 6 hilabete eta 3 urte bitartean dituztenean diagnostikatutako ondesteko propasoko kasuen % 20 ere honako honekin lotzen da:

a) Lyme-ren gaixotasunarekin.
b) Crohn-en gaixotasunarekin.
c) Fibrosi kistikoarekin.
d) Gaucher-en gaixotasunarekin.

133. Kolitis ultzeradunari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Mukosan dagoen gaixotasun inflamatorio bat da.
b) Kolonera mugatzen da eta gaiztotzeko arriskua dakar.
c) Kirurgia-tratamendua erauzketa sendagarria da.
d) Heltze kirurgikoa protokolektomia konpontzailetik ileostomia bidezko protokolektomiara igaro da.

134. Crohn-en gaixotasunaren ohiko aurkikuntza anatomopatologikoak honako hauek dira, SALBU:

a) Inflamazio transparietala.
b) Mukosazpiko edema.
c) Fibrosia.
d) Kolapso linfatikoa.

135. Poliposi adenomatoso familiarrari (PAF) dagokionez, zein EZ da egia?

a) Kolonean ehunka polipo adenomatoso progresiboki garatzea.
b) 15 urterekin, PAF genearen eramaileen % 30ek polipoak izango dituzte.
c) Bizitzan zehar kolon eta ondesteko minbizia garatzeko arriskua % 100ekoa da.
d) Bizitzan zehar pankreako minbizia garatzeko arriskua % 2koa da.

136. Egoera hauetako zein EZIN da hartu enterokolitis nekrotizatzailearen (EKN) konplikaziotzat?

a) Koloneko estenosia.
b) Hesteetako malabsortzioa eta heste laburraren sindromea.
c) Gibeleko kolestasia.
d) Kolitis pseudomenbranosoa.

137. Heste-transplantean erabili ohi diren mentuen artean EZ dago honako hau:

a) Errai-anitzekoa (urdaila, pankrea, duodenoa eta heste meharra, gibelarekin edo gabe).
b) Gibela eta heste meharra.
c) Heste mehar distala, balbula ileozekalarekin eta goranzko kolonarekin.
d) Heste meharra.



138. Zein da heste laburreko paziente batek elikadura enteral osoa lortzeko aukera baloratzeko erabil daitekeen markatzaile analitikoetako bat?

a) Sekretina, likido enterikoan.
b) Zitrulina, plasman.
c) Gastrina, jariaketa gastrikoan.
d) Polipeptido pankreatikoa, plasman.

139. Pediatriako paziente kirurgikoen nutrizio-beharrei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Garai aurreko jaioberri baten eguneko proteina-eskakizunak (g/kg) nerabe batenak baino 2-3 aldiz txikiagoak dira.
b) Zink-eskasiak agertzen dira heste laburra, erredurak, peritoneoko dialisia eta beherakoaren beste kausa batzuk dituzten pediatriako paziente kirurgikoetan.
c) Garai aurreko jaioberri batek kcal/kg berak behar ditu 2 urte bete arte.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

140. Heste-transplantean erabili ohi diren mentuen artean EZ dago honako hau:

a) Errai-anitzekoa (urdaila, pankrea, duodenoa eta heste meharra, gibelarekin edo gabe).
b) Gibela eta heste meharra.
c) Heste mehar distala, balbula ileozekalarekin eta goranzko kolonarekin.
d) Heste mehar bakartua.

141. Heste laburraren sindromean, honako hau guztia ZUZENA da:

a) Sekretina, likido enterikoan.
b) Zitrulina, plasman.
c) Gastrina, jariaketa gastrikoan.
d) Polipeptido pankreatikoa, plasman.

142. Jaioberri batek aireztapen mekanikoa, zunda nasogastrikoa eta kafe-hondarren itxurako aspiratu hematikoa. Zein da kausarik probableena?

a) Esofagitisa.
b) Urdail-zulaketa.
c) Estres-gastritisa.
d) Koagulopatia.

143. Meckel-en dibertikuluari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Haur txiki batek ondesteko hemorragia episodikoa izatea Meckel-en dibertikulu hemorragikoaren zeinua da.
b) Dibertikuluaren buxadurak eragindako kongestio benosoari egozten zaio odoljarioa.
c) Meckel-en dibertikulu bat haurren beheko digestio-aparatuko odoljario guztien ia % 50 da.
d) Mukosa gastriko ektopikoa dago odola darien Meckel-en dibertikuluen % 75en.



144. Meckel-en dibertikulua da beheko digestio-aparatuko odoljarioaren kausa bat. Zein ehuneko du haurren beheko digestio-aparatuko odoljario guztietan?

a) % 50.
b) % 40.
c) % 30.
d) % 20.

145. Haur politraumatizatuaren hasierako kudeaketari dagokionez, aukeratu erantzun OKERRA:

a) Tentsio-pneumotoraxaren susmoa izanez gero, toraxeko erradiografia bat egin behar da.
b) Zunda nasogastrikoak aireztapena hobetzen du.
c) Ez bada zain-sarbide periferikoa lortzen, hezur barneko bidea erabilgarriagoa da jugularra/femorala baino.
d) Gorputz osoa agerian izan ondoren, garrantzitsua da berriro estaltzea, hipotermiarik gerta ez dadin.

146. Hauetako zein EZ da paziente politraumatizatuaren kalteak kontrolatzeko kirurgiaren helburuetako bat?

a) Odoljarioaren esposizioa eta kontrola, direla hodi handietakoak, direla errai solidoetakoak.
b) Abdomeneko kutsadura kontrolatzea.
c) Egitura traumatizatuak anatomikoki konpontzea.
d) Abdomena aldi baterako ixtea.

147. Gibeleko traumatismoari edo bare-traumatismoari dagokionez:

a) Ppaziente ezegonkorretan kudeaketa ez-kirurgikoa frogatuta dago.
b) Tomografian kontraste-estrabasazioa egoteak azterketa kirurgikoa egitera behartzen du.
c) APSAren gomendioen arabera, alta eman aurretik ekografia egin behar da.
d) Transfusio-erregimen ezin hobea izan arren, ezegonkortasun hemodinamikoa badago, laparotomia laburtua egitea baloratu behar da.

148. Bare-kisteei dagokienez, zein da zuzena?

a) Sarritan hematoma kapsulatua duen bare-traumatismo baten ondoren gertatzen dira.
b) Kistea eta bare-ertza barne hartzen dituen esplenektomia partziala egin daiteke.
c) Larruazalpeko xurgapena eta esklerosia kontraindikatuta dago, gaiztotzeko arriskua dela-eta.
d) Tamainagatik bereizten dira bare-sasikisteetatik.



149. Haurtzaroko politraumatismo-koadroetan, koagulopatia edo koagulazioaren disfuntzioa honako honekin lotuta aurkitzen da:

a) Hipotermia larriarekin.
b) Garuneko kalte larriarekin.
c) Transfusio masiboarekin.
d) Guztiek dute eragina.

150. Haurtzaroko pankreatitisaren kausa hauen artean, zein gertatzen da GUTXIEN?

a) Traumatismoak.
b) Pankrearen eta behazunaren arteko loturaren anomaliak eta malformazioak.
c) Desordena metabolikoak.
d) Medikamentuak.

151. Paziente batek pleurako isuria izan zuen toraxeko traumatismo bat izan ondoren, kate ertaineko gantz-azidoak dituzten lipidoen bidezko nutrizio enterala behar du. Pazienteak honako hau du ziurrenik:

a) Hemotoraxa.
b) Pneumotoraxa.
c) Kilotoraxa.
d) Hestegorriko urradura.

152. Abdomeneko traumatismo itxia duen paziente bati dagokionez, zein da tratamendu kontserbatzaileak huts egiteko arrazoirik ohikoena?

a) Odoljario iraunkorra.
b) Pankreako lesioa.
c) Maskuria-zulaketa.
d) Diafragma-haustura.

153. Hemodinamikoki egonkorra den paziente batek gibel-urradura bat du sabeleko traumatismo itxi baten ondoren; ordenagailu bidezko tomografia axialean odoljario aktiboa du. Lehenik, zer dago indikatuta?

a) Miaketa-laparotomia.
b) Angioenbolizazioa.
c) Miaketa-laparoskopia.
d) Tratamendu kontserbatzailea.

154. Kiste mesenterikoei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Kiste traumatikoek eta infekziosoek ez dute epiteliorik.
b) Kiste mesenterikoaren tratamendurik egokiena mesoaren bi geruzen arteko enukleazioa da.
c) Konplikaziorik ohikoena kistearen barneko odoljarioa eta infekzioa da.



d) Mesenterioko edozein lekutan ager daitezke, duodenotik ondesterainoko traktu gastrointestinalean zehar.

155. Gibeleko lesio traumatikoetan, zein faktorek errazten du tratamendu EZ kirurgikoaren porrota? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Larrialdietan takikardiak izateak.
b) Transfusio goiztiarrak.
c) Gibeleko eta bareko lesio konbinatuek.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

156. Abdomeneko traumatismoei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Giltzurruneko traumatismoetan, kirurgia-tratamendua I.B mailatik aurrera indikatuta dago.
b) Haurtzaroko gibeleko traumatismoetan, lehen 24 orduetan 10 ml/kg hemoderibatu transfunditu beharra hilkortasun goiztiarra eta berantiarra iragartzen duen faktorea da.
c) Traumatismo pankreatikoan, pankreako lesioaren mailak eta lesioa gertatu denetik diagnostikoa izan arte igarotako denborak erabakiko dute tratamendu optimoa.
d) Abdomeneko traumatismo sarkor batek eragiten ditu adin pediatrikoko urdaileko lesio traumatiko gehienak.

157. Adierazi zein den erantzun OKERRA:

a) Paziente pediatrikoak gaixotasun kritikoa, kirurgia handia eta traumatismoa izanez gero, lipido-ordezkapena handitu egiten da.
b) Gaixo dauden haurrei ematen zaizkien lipidoak ahorakin osoaren % 5 dira.
c) Bide parenteraletik emandako soluzio lipidikoek glukosa gehiegi hartzeko beharra murrizten laguntzen dute, gramo bakoitzeko energia-kantitate handiagoa ematen baitute.
d) Funtzio nutrizionalaz gain, prozesu inflamatorio eta immunitarioetan ere eragina badute gantz-azidoek.

158. Paziente pediatrikoak prozesu kritikoen aurrean (sepsia, erredurak, kirurgiak, traumatismoa) ematen duen erantzun metabolikoari dagokionez, hauetako zein EZ da EGIA?

a) Katabolismo proteikoa nagusitzen da.
b) Lipolisi gutxiago dago.
c) Aminoazidoak muskuluko metaketatik gibelera garraiatzen dira, eta glukoneogenesi-prozesua jasaten dute bertan.
d) Glukolisia handitu egiten da.

159. Botoi-pila bat irentsi ondoren lesio esofagiko larria izateko arrisku handiagoarekin lotu da faktore hauetako bat:

a) Pila berria izatea.



b) Diametroa 20 mm baino handiagoa izatea.
c) Herdoilduta egotea.
d) Litio-ioizkoa izatea.

160. Gorputz arrotza xurgatu ondoren, arnasbideko zein aldetan gelditu ohi da? Aukeratu erantzun zuzena:

a) Laringean.
b) Trakean.
c) Eskuineko bronkio nagusian.
d) Ezkerreko bronkio nagusian.

161. Ume bat (8 urte) Larrialdi Zerbitzura eraman dute 72 ordu lehenago litiozko pila bat irentsi duelako. Pazienteak ez du sintomarik. Toraxeko erradiografian ikusi denez, pila hestegorriko goiko herenean dago. Zein da jokabide zuzena?

a) Etxeko alta eta zuntz ugariko dieta.
b) Torakoskopia eta kirurgikoki erauztea, mediastinitisa izateko arrisku handia dagoelako.
c) Etxeko alta, kontrol erradiologikoak 24 orduan behin eta esofagoskopia hurrengo 72 orduetan, pilak aurrera egiten ez badu.
d) Erauzketa endoskopiko urgentea eta ondoren behaketan ingresatzea.

162. Probableena da hestegorriko gorputz arrotz bat estugune fisiologiko hauetako batean harrapatuta gelditzea, SALBU honetan:

a) Hestegorriko goiko esfinterreko krikofaringean.
b) Aorta-muxarraduran.
c) Eskuineko bronkio nagusian.
d) Beheko esfinter esofagikoan.

163. Botoi-pila baten hestegorriko buxaduran, honako hau EZ da konplikazio larriak izateko arrisku-faktore bat:

a) Buxadura aorta-arku mailakoa izatea.
b) Pilak konposizio alkalinoa izatea.
c) Adina < 5 urte.
d) Pilaren tamaina ≥ 20 mm.

164. Arnasbide pediatrikoari dagokionez, hauetako bat ZUZENA da:

a) Haurraren laringearen atzeko kokapenaren ondorioz baliteke ahoko intubatzea zailagoa izatea.
b) Eremu glotikoa da haurren arnasbideen gunerik estuena.
c) Eskuineko bronkioaren diametroa handiagoa da ezkerrekoarena baino, baina aire-fluxua txikiagoa da.
d) Eskuineko bronkioak trakearekiko dibergentzia-angelu txikiagoa osatzen du.



165. Errefluxu gastroesofagikoa tratatzeko interbentzio batean bizkarreko gorbata erdizirkular bat (180º-koa) egiten dugu. Nola esaten zaio interbentzio horri?

a) Nissen-en funduplikatura.
b) Toupet-en hemifunduplikatura.
c) Kasai-ren interbentzioa.
d) Horietako bat bera ere ez.

166. Atresia biliarraren diagnostikoari dagokionez, hauetako zein da zuzena?

a) Jaioberriak ikterizia eta bilirrubina ez-konjugatu altua baditu, hori susmatu behar da.
b) Ekografia urdaila beteta dagoela egin behar da, besikula hobeto ikusteko.
c) Gibeleko biopsia kontraindikatuta dago.
d) Gibeleko gammagrafian ikusten bada hesteetan isotoporik ez dagoela, oso litekeena da.

167. Faktore hauetako zein hartzen dira pronostikotzat atresia biliarragatiko Kasai-ren portoenterostomian?

a) Ebakuntzaondokoan errepikapeneko kolangitisa agertzea.
b) Zentroaren eta kirurgialariaren esperientzia.
c) Gibeleko portan dauden duktuluen tamaina.
d) Guztiak.

168. Kiste koledokalen gaineko baieztapen hauetako bat OKERRA da:

a) Alonso-Lej-en sailkapena geroago Todani-k osatu zuen.
b) Todani-ren III. motakoei koledokozele ere esaten zaie.
c) Todani-ren I. motakoei Caroli-ren gaixotasun ere esaten zaie.
d) Kistearen eszisioaren ondoren, Rouxa Y forman berreraiki ohi da.

169. Bolbulu gastriko primarioa biraketa-planoaren arabera sailkatzen da, eta biraketa-plano hori, besteak beste, hauetako bat izan daiteke:

a) Esofago-axiala.
b) Koronario-axiala.
c) Koledoko-axiala.
d) Organo-axiala.

170. Kasai-ren enteroportoanastomosian, zer saihestu behar da?

a) Porta-, arteria- eta behazun-adarrak erreferentziatzat hartzea disekzioa egin bitartean.
b) “Behazun-kono” fibrosoaren gainazal zabala erabat lehortzea.
c) Elektrobisturiaren bidez behazun-plakaren odol-hodi txikiak koagulatzea.
d) Anastomosi enterobiliarra egitea berez desagertzen diren josturekin.



171. Kasai-ren enteroportoanastomosiaren ebakuntzaondoan kortikoideak erabiltzea eztabaidagarria da, baina ondorio onuragarri hauek izan litzakete, SALBU:

a) Ebakuntza egindako eremurako antiinflamatorio gisa.
b) Hesteetako prozinetiko gisa.
c) Koleretiko gisa.
d) Anastomosiaren fibrosia murriztea.

172. Baldin eta, kiste koledokal bat lehortu ondoren, behazun-bidea hepatikoduodenostomia baten bidez berreraikitzen badugu, honako hau EZ litzateke ebakuntzaondoko arazo bat izan beharko:

a) Kolangitisa.
b) Behazun-errefluxuak eragindako gastritisa.
c) Gantzen malabsortzioa.
d) Josturaren etendura.

173. Atresia biliarra (AB) emaitza anatomiko eta kolangiografikoen arabera sailkatzen da. AB ohikoenei dagokienez, hauetako zein da erantzun zuzena?

a) III mota gibelaz kanpoko behazun-bide guztien atresia da, gibel-hiloraino.
b) I mota koledokoaren atresia da.
c) IIa mota gibel-hodi arruntaren atresia da.
d) IIb mota koledokoaren eta gibel-hodi arruntaren atresia da.

174. Kiste koledokala (KK) behazun-bideen sortzetiko dilatazioa da. Koledokozelea edo duodeno-paretaren barneko koledokoaren zati terminalaren dilatazioa, zein kiste koledokal mota da Todani-ren sailkapenaren arabera? Markatu aukera zuzena:

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

175. Kiste koledokalari (KK) buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Gizonek sarriago izaten dute emakumeek baino.
b) Zenbait konplikazio, hala nola zulaketa eta hemobilia, ez dira oso ohikoak. Pankreatitisa, ordea, ohikoa da.
c) KKren tratamenduan hepatojeiunostomia eta hepatoduodenostomia dira erabiltzen diren kirurgia-teknikak.
d) b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

176. Kiste koledokalen ezaugarrietako bat honako hau da:

a) Behazun-hodien diametroa ez da adinaren arabera aldatzen.
b) Todani-ren sailkapena da onartuena.



c) Haren etiologia sortzetikoa baino ez da.
d) Gizonen aurrejoeragatik oinarri genetikoa duela susmatzen da.

177. Todani-ren sailkapenaren arabera, zein da zuzena?

a) III. mota – Koledokozelea.
b) V. mota – Gibelaz kanpoko hodiek kiste ugari dituzte.
c) II. mota – Behazun-hodi arruntaren dilatazio fusiformea.
d) I. mota – Gibel barneko kistea.

178. Kiste koledokalen kirurgia-tratamenduan, zein da egia?

a) Zistoduodenostomia da teknika lehenetsia.
b) Kanpoko drainadura hasierako lanketa gisa indikatuta dago.
c) Paziente gehienei kistearen eszisioa eta anastomosi biliopankreatikoa egiten zaie.
d) Kirurgialari gehienek hepatoduodenostomia edo hepatojeiunostomia egitea aukeratzen dute.

179. Nutrizio parenteralari eta paziente pediatriko kirurgikoaren beste nutrizio-behar batzuei dagokienez, zein da zuzena?

a) E bitaminak atresia biliarra duten haurtxoen neuropatia eta fibrosi kistikoaren ahultasun muskularra prebenitzen ditu.
b) Sepsia da bide zentral batetik ematen den nutrizio parenteralaren konplikaziorik ohikoena eta larriena.
c) Nutrizio parenteralari lotutako konplikazio hepatobiliarrak kolestasia, esteatosia eta kolelitiasia dira.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

180. Haurren obesitatearen epidemiaren ondorioz, kolelitiasiaren intzidentzia handitzen ari da. Badira pediatriako kirurgialari batek tratatu beharreko kolelitiasiaren kausa EZ HAIN ohikoak ere. Aukeratu erantzun zuzena:

a) Nahasmendu hemolitikoak.
b) Fibrosi kistikoa.
c) Ileoaren erresekzioa.
d) Aurreko aukera guztiak zuzenak dira.

181. Behazun-atresiaren kirurgia-tratamenduari dagokionez, zein da egia?

a) Ebakuntzaren aurretik ez litzateke espektro zabaleko antibiotiko parenteralik eman behar.
b) Portoenterostomia zabalduaren teknika ez da erabiltzen atresia biliarra modu irekian tratatzeko.
c) Ebakuntzabarneko kolangiografia bat egiten da anatomia hepatobiliarra eta atresia biliar mota baieztatzeko.
d) Portoenterostomiaren anastomosi latero-laterala egiten da kasu guztietan.



182. Kiste koledokalen irudi-probei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Ekografia da hasierako metodo lehenetsia.
b) Atzeranzko kolangiopankreatografia endoskopikoak kistearen eta anatomiaren definizio bikaina lortzea ahalbidetzen du.
c) Kiste koledokalak ebaluatzeko, EM bidezko kolagiopankreatografia kontrastedun OTaren antzekoa da.
d) Ebakuntzabarneko kolangiografia agintzen da, anatomia ezin izan bada beste irudi-proba batzuekin definitu.

183. Jarraibide hauetako zein EZ da zuzena heste laburreko sindromea STEP bidez tratatzeko (zeharkako enteroplastia seriatuak):

a) Heste labur errefraktarioaren sindromea eta elikadura enteralean aurrera egiteko ezintasuna.
b) Gibeleko gutxiegitasuna eta portako hipertentsioa, hesteetako hutsegiteari lotuta.
c) Hesteetako atresia, heste-luzera mugatua duena.
d) Heste laburraren sindromea, gainhazkuntza bakterianoarekin.

184. Zein da portako hipertentsio baskularraren kausa bat?

a) Atresia biliarra.
b) Budd-Chiari-ren sindromearena.
c) Kolangitis esklerosantea.
d) α1-antitripsinaren defizita.

185. Zein izan da haurren gibeleko transplanterako zerrendan itxarote-denbora murrizteko arrazoia?

a) Paziente pediatrikoek lehentasuna izatea helduen aurretik.
b) Errefusak eta bigarren transplanteak gutxitzea.
c) Ortotopikoekin batera, emaile bizien etan *Split* motako emaileen transplanteak garatzea.
d) Hildako emaileen kopurua handitzea.

186. Portako hipertentsioaren kasuan, zein da Rex-en shuntaren (zainetako by-pass portomesenterikoa) indikazio nagusia?

a) Gibeleko akatsa duen pazientea, α1-antitripsinaren defizitagatik.
b) Hestegorriko barizeak dituen pazientea, zeinari jaiotzean behazun-bideen atresiagatik ebakuntza egin zitzaion.
c) Budd-Chiari-ren sindromea duen pazientea.
d) Gibelaz kanpoko zainetako porta-tronbosia (portako kabernomatosia) duen pazientea.



187. Portako hipertentsioagatik sortutako barizeek eragindako odoljario digestiboa dutelako shunt portosistemikoa egin zaien pazienteei dagokienez, honako hau OKERRA da:

a) Gibelak shunt portositemikoa hobeto jasaten du gibelaz kanpoko portako hipertentsioa duten pazienteetan zirrosia dutenetan baino.
b) Shunt portosistemikoa egiteko, eskleroterapiaz kontrola ezin daitekeen barizeen ondoriozko odoljario digestiboa hartu behar da kontuan.
c) Shunt portosistemiko ez-selektiboek lotura handiagoa dute entzefalopatiaren intzidentzia handiagoarekin selektiboak direnek baino.
d) Shunt portosistemiko selektiboek portako edo mesenterioko odol-fluxu gehiena gibelerantz kontserbatzen dute, eta ez dute odola presio handiko barize gastroesofagikoetatik behe-presioko zain-zirkulazio sistemikora desbideratzen.

188. Gibeleko transplantearen teknikan, *piggy back* inplante-prozedura esaten zaio honako honi:

a) Enbor zeliakoarekin emailearen aorta-txaplata erabiltzeari.
b) Gibeleko *Split*eko banku-kirurgiari.
c) Aurretiko Kasai-ren prozedura baten “Roux-en Y”ko lakioari eusteari.
d) Hartzailearen gibeleko kaba mantentzeari.

189. Atresia biliarra (AB) duen paziente baten tratamenduari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Honako hauek dira portoenterostomiaren osteko gibel-transplantearen indikazioak: behazun-drainatzerik eza eta garapen-atzerapenaren edo haren ondorioen zeinuak.
b) Nerabezarora iritsita, gibeleko egoera ziurtatuta eta egonkor dago, eta nekez beharko du gibeleko transplanterik.
c) Gibeleko arteriaren erresistentzia-indize handi bat, Doppler ekografiarekin neurtua, transplante nahiko urgentearen indikazioa da.
d) AB batean gibeleko transplantea egin eta 5 urterako biziraupena % 80-90ekoa da gaur egun.

190. Gaixotasun hauetako bat gibeleko transplantearen indikazioa da, baina EZ gaixotasun metabolikoagatik. Zein? (aukeratu erantzun zuzena)

a) α1-antitripsinaren urritasuna.
b) Alagille-ren sindromea.
c) IV. motako glukogenosia.
d) Wilson-en gaixotasuna.

191. Portako hipertentsioaren kausa hauetako zein da posthepatikoa? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Hiperplasia nodular fokalarena.
b) Porta zaineko tronbosiarena.
c) Budd-Chiari-ren sindromearena.



d) Sortzetiko gibeleko fibrosiarena.

192. Hauek guztiak pediatriako odoljario digestibo altuaren kausak dira, SALBU:

a) Esofagitis larria.
b) Malllory-Weiss-en lesioa.
c) Jeiunoko mukosaren lesioa.
d) Barizeek eragindako odol-galera.

193. Atresia biliarrari dagokionez, hauetako zein da egia?

a) Paziente gehienek III. mota dute.
b) Haurtzaroko gibeleko transplantearen indikaziorik ohikoena da.
c) 5 urterako biziraupen orokorra % 90 ingurukoa da.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

194. Atresia biliarraren kirurgia-tratamenduaren ebakuntza osteko konplikazioak dira hauek guztiak, SALBU:

a) Pankreatitisa.
b) Kolangitisa.
c) Portako hipertentsioa.
d) Behazun-lakuaren gibel barneko kisteak.

195. Portako hipertentsioaren etiologiari dagokionez, hauetako zein da egia?

a) Gibelaurreko zainetako buxadura primarioa – sortzetiko porta zainaren oklusioa.
b) Gibel barneko zainetako buxadura primarioa – gibeleko zainaren oklusioa, jaioberrien sepsiaren ondorioz.
c) Zainetako buxadura primario posthepatikoa – oklusio sinusoidala, gaixotasun zain-oklusiboaren ondorioz.
d) Zainetako buxadura primario prehepatikoa – Budd-Chiari-ren sindromea.

196. Portako hipertentsioagatiko hestegorriko barizeen tratamenduan, hauetako zein da egia?

a) Eskleroterapia endoskopia zurrunaren bidez egiten da.
b) Eskleroterapiaren konplikazioetako bat aldizkako disfagia da.
c) Sukarra gutxitan agertzen da eskleroterapiaren ondoren, eta tratamendu intentsibo urgentea behar du.
d) Barizeen loturak konplikazio-tasa handiagoa du, eskleroterapiarekin alderatuta.

197. Gaixotasun hauetako zeinetan gomendatzen da bereziki hautazko esplenektomia aurreko ekografia bat egitea, kolezistektomiarekin loturarik duen ikusteko?

a) Bareko kisteetan.
b) Esferozitosi hereditarioan.



c) Purpura tronbozitopeniko idiopatikoan.
d) Zelula faltziformeen gaixotasunean.

198. Entitate hauetako zein EZ da esplenektomia-indikaziotzat hartzen gaur egun?

a) Esferozitosi hereditarioa.
b) Hodgkin-en gaixotasuna.
c) Gaucher-en gaixotasuna.
d) Talasemia handia.

199. Zein da esplenektomia laparoskopiko bat kirurgia ireki bihurtzeko arrazoirik ohikoena?

a) Bare-hilioa pankrea-isatsetik bereizteko ezintasuna.
b) Hemorragia.
c) Organoaren mugikortasuna.
d) Poliesplenia.

200. Bareko kisteei dagokienez, esaldi hauetako zein EZ da zuzena?

a) Bareko kiste ez-parasitarioak sarriagotan dira primarioak, eta estaldura epiteliala edo epidermoidea dute.
b) Hau da sintomatologia ohikoena: mina, konplikazio infekziosoak, haustura eta konpresio gastrikoaren ondoriozkoak.
c) Bareko lesio kistiko guztiak diagnostikatzean tratatu behar dira, duten sintomatologiagatik eta konplikazio-arrisku handiagatik, lesio neoplasikoak barne.
d) Ultrasonografia da eboluzio-diagnostiko eta -jarraipenean gehien erabiltzen den irudi-azterketa.

201. Bareko kisteen tratamenduari dagokionez, zein da erantzun zuzena?

a) Gaiztotzeko arriskua dela-eta, esplenektomia osoa da egokiena.
b) Tamaina handiko bareko kisteetan, frogatu denez, errekurrentziak eragozteko teknika eraginkorrena martsupializazioa edo bare normaleko marjinak dituen esplenektomia partziala da, kistearen erresekzioarekin lotuta.
c) Esplenektomia partziala egiteko, gutxienez bare-ehunaren % 50 kontserbatu behar da.
d) Ziztada eta esklerosia da 5 cm-tik beherako kiste asintomatikoetan erabili beharreko tratamendua.

202. Fusio esplenogonadalari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Zerrenda jarraitua edo etena izan liteke, gonadari lotutako bare-ehuna duena.
b) Eskrotoan bare osagarri baten antzeko bare-soberakin bat ikusi da.
c) Bi egituren arteko fusioa da; hau da, eskuineko gonadaren eta barearen artekoa.
d) Eskrotoan bare-soberakin bat dagoenean, diagnostiko diferentziala barrabiletako tumore batekin egiten da.



203. Barearen anomalia anatomikoei dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) Poliesplenia duten pazienteek barearen funtzio immunitarioa alteratuta dute.
b) Bare bidaiariak ezaugarri du lotailuen lotunerik ez izatea.
c) Bareko kiste primarioek estaldura epiteliala dute.
d) Poliesplenia eta behazun-bidearen atresia aski maiz lotzen dira.

204. Portako hipertentsioaren klinikari dagokionez, zein da egia?

a) Abdomeneko min akutu gisa agertzen da normalean.
b) Ez da ohikoa miaketa fisikoan esplenomegalia aurkitzea.
c) Hematemesia eta/edo melena edozein adinetan ager daiteke.
d) Aszitisak gaixotasun kronikoa adierazten du beti.

205. Portako hipertentsioa duten pazienteen gibeleko transplanteari dagokionez:

a) Hestegorriko barizeak dituzten pazienteetan indikatuta dago, gibeleko gaixotasunaren egoera edozein dela ere.
b) Aurretiko shunt portosistemikoak ez du arriskuan jartzen transplantearen ondorengo biziraupena.
c) Morbilitatea handiagoa da shunt esplenorrenal distal baten ondoren.
d) Gibel barneko deribazio portosistemiko transjugularra porta zainaren eta bare-zainaren artean egiten da.

206. Zein dira esplenektomia-indikazioak?

a) Esferozitosi hereditarioa.
b) Purpura tronbozitopeniko immunitarioa.
c) Drepanozitosia.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

207. Esplenektomia laparoskopikoari dagokionez, zein da egia?

a) Esplenektomia urgenteari heltzeko era gogokoena da.
b) Kirurgia-denbora laburragoa izatea dago laparoskopiaren abantailen artean.
c) Bare osagarriak detektatzeko tasa aire zabalekoaren antzekoa da.
d) Kirurgialari gehienek ahoz gorako etzaneran heltzen diote.

208. Gaixotasun hauetako zein lotzen da traktu gastrointestinalean polipoak egotearekin?

a) Gardner-en sindromea.
b) Currarino-ren sindromea.
c) Fryns-en sindromea.
d) Turner-en sindromea.



209. Uzki-ondesteko malformazio mota hauetako zeinek izango du kontinentzia-pronostiko txarrena?

a) Fistula bestibularrak.
b) 3 cm baino gutxiagoko kanala duen kloakak.
c) Maskuriko lepoko fistulak.
d) Fistularik gabeko uzki zulogabeak.

210. Uzki-ondesteko malformazioen tratamenduak eragindako ondorio urologikoei dagokienez:

a) Baliteke kloaka eta 3 cm-tik gorako kanala duten pazienteek % 70erainoko maskuriko zundaketa behar izatea.
b) Agenesia sakroa (errain-agenesia) duten gizonezkoetan, teknika zaindua erabili arren, gerta liteke sekuela gisa maskuri neurogenoa gelditzea.
c) a) eta b) zuzenak dira.
d) a) eta b) okerrak dira.

211. Mutiko jaioberri batek uzki-ondesteko atresia du eta perineo-ikuskapenean ez da uzkirik ikusi. Lehen 24 orduetan honako hau guztia egin behar dugu, honako hau SALBU:

a) Atzeko anorektoplastia sagitala.
b) Errain-hezurraren erradiografia.
c) Abdomeneko ekografia.
d) Zunda nasogastrikoa jarri.

212. Uzki-ondesteko malformazioak dituzten paziente gehienek ez dute uzki-kanal sentsitiborik. Honako hau duten haurrek beti dute:

a) Perineoko fistula.
b) Ondeste-uretrako fistula.
c) Fistularik gabeko uzki-ondesteko atresia.
d) Ondesteko atresia.

213. Uzki-ondesteko anomaliei buruzko baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Emakumezkoetan, ondeste-bestibuluko fistula da ohikoena.
b) Gizonezkoetan, ondeste-uretrako fistula duen uzki-ondesteko atresia da ohikoena.
c) Ondeste-uretrako fistula duen uzki-ondesteko atresian, fistula zenbat eta beherago egon, orduan eta luzeagoa da ondestearen eta uretraren arteko pareta komuna.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

214. Anomalia hauetako zein lotzen da maizen uzki-ondesteko malformazioekin?

a) Bihotz-anomaliak.
b) Errain-deformazioak.
c) Beheko gorputz-adarretako asimetria.



d) Gonadarik eza.

215. Uzki-ondesteko malformazioei dagokienez, zein da egia?

a) Sortzetiko anomalia bat da, 4000 – 5000 jaioberritatik 1ek izandakoa.
b) Ohikoagoa da neskatoetan.
c) Kloaka da haurren anomaliarik ohikoena.
d) Fistularik gabeko uzki-ondesteko atresia da anomaliarik ohikoena.

216. Uzki-ondesteko malformazioei dagokienez, zein da zuzena?

a) Anomalia lunbarrak dira larrienak.
b) Hemisakro bat masa presakral bati lotu ohi zaio.
c) Indize sakro normala 0,13koa da.
d) Indize sakroa > 0,7 izatea heste-funtzio eskasarekin lotzen da.

217. Uzki-ondesteko malformazio duen jaioberri baten kudeaketan, garrantzitsua da honako hau ezagutzea:

a) Baliteke ebaluazio erradiologikoek anatomia zuzena ez erakustea 24 ordu igaro baino lehen.
b) Gernuan mekonioa ikusten bada, ondeste-gernuko fistula dago.
c) Malfomazioari lotutako anomaliak (bihotzeko malformazioak, gernu-anomaliak eta abar) bilatu behar dira.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

218. Uzkiko fisurak toxina botulinikoarekin trata daitezke?

a) Inoiz ez, adin pediatrikoan toxina botulinikoarekiko sentsibilitate berezia dagoelako.
b) Toxina esfinter-konplexuaren barnealdean injektatuta (15-25 U).
c) Toxinaren gatz-disoluziozko enemen bidez, 1/10000 (30-50 U).
d) Bost (5) urtetik gorako haurretan bakarrik.

219. Giza papilomaren birusak haurrei eragindako kanal inguruko garatxoei dagokienez:

a) Ez dute inoiz zerikusirik sexu-abusuekin.
b) Beti dute zerikusia sexu-abusuekin.
c) Urtebetetik beherako bularreko haurretan, baliteke ama-ume arteko transmisio bertikalakren ondorio izatea.
d) Ezpain-herpes errepikakorrekin batera badaude baino ez dira tratatu behar.

220. Bularreko haurren uzkiaren inguruko abzesuen ondoriozko uzki-fistulek ondo erantzuten diote hasierako tratamendu gisa honako honi:

a) Setoiaren teknikari.
b) Fistulotomiari (zabalik uztea).



c) Kriptektomiari.
d) Uzki-dilatazioari.

221. Paziente pediatrikoen ondesteko prolapsoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Diagnostikoa egiteko, muki-erroseta bat identifikatu ohi da.
b) Kirurgia-tratamendua beharrezkoa da kasu gehienetan.
c) Nahiko arazo ohikoa da, eta larritasun handia eragiten du.
d) 6 hilabete eta 3 urte bitartean, ondesteko prolapsoen % 20 fibrosi kistikoarekin lotzen dira.

222. Pediatria-pazienteen uzkiko fisurari dagokionez, zein da egia?

a) Fisurektomia da tratamendu lehenetsia.
b) % 2ko nitroglizerina-ukenduak lehenago sendatzen du tratamendu medikoak baino.
c) Nerabe baten fisura Crohn-en gaixotasunarekin lotzen da.
d) Diagnostikoa ekoendoskopia bidez egiten da.

223. Uzkiaren inguruko abzesuei dagokienez:

a) Sarritan edoskitzaroan gertatzen dira.
b) Hasiera batean, ebaki eta drainatze bidez tratatzen dira.
c) Baliteke gertatzea bularreko haurraren glukosarekiko intolerantziagatik.
d) Minik ematen ez duen harrizko masa gisa agertzen dira.

224. Hemorroideek pediatria-populazioan honako hau dute ezaugarri:

a) Hemorroide zelatari bat fistula sendatu baten adierazle izan liteke.
b) Ez dira oso ohikoak, eta kirurgia-tratamendua gutxitan behar izaten da.
c) Kanpoko hemorroideen sintomak tronbosien ondorioz dira.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

225. Pankreatitis kroniko errepikakorrak honako kausa hauek ditu, SALBU:

a) Hirschsprung-en gaixotasuna.
b) Pankreatitis hereditarioa.
c) Koledokolitiasia.
d) Fibrosi kistikoa.

226. Patologia hauen artean, zein da heste laburreko sindromearen kausa ohikoena?

a) Hesteko malrotazioa.
b) Hirschsprung-en gaixotasuna.
c) Mekonio-ileoa.
d) Enterokolitis nekrosatzailea.



227. Nola hartu behar dira biopsiak Hirschsprung-en gaixotasunaren susmoa dagoenean?

a) Lerro horzdunaren gainetik 1 eta 1,5 cm-ra gutxienez.
b) Lerro horzdunaren gainetik 1 cm-ra baino gutxiagora beti.
c) Inoiz ez 3 hilabete baino gutxiagoko haurretan.
d) Lodiera osokoa beti, ondesteko paretako geruza guztiak barne hartuta.

228. Jaioberrietan Hirschsprung-en gaixotasunaren diagnostiko diferentzialerako enema opakoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Materiala uretan disolbagarria izan behar da, mekonio-ileo edo mekonio-tapoia baztertu ahal izateko.
b) Funtsezkoa da segmentu normal eta aganglionikoaren arteko trantsizio-eremu bat ikustea.
c) Alboko proiekzioa ezinbestekoa da trantsizio-eremua behar bezala ikusteko.
d) Kontrolean 24 ordura kontrastea atxikitzeak ez du balio diagnostikorik.

229. Zein EZ da Hirschsprung-en gaixotasunaren ebakuntzaondokoan sintoma buxatzaileen kausa?

a) Segmentu aganglionikoaren erresekzio osatugabea.
b) Kolonaren erresekzio osoa, ileoaren jaitsiera eta uzki-ileo anastomosiarekin.
c) Kolon-uzkiaren anastomosiaren estenosia.
d) Ganglioieko segmentu koliko bat egotea, baina dilatatua edo disfuntzionala.

230. Garaiaurreko haur bati ileostomia egin diote enterokolitis nekrotizatzailearen ondorioz hesteetako zulaketa eta erasan lausoa izateagatik. Ileostomia itxi aurretik, ezinbesteko azterketa erradiologikoa egin behar zaio. Adierazi aukera zuzena:

a) Urdail-hesteetako igarotzea.
b) Abdomeneko eta gibeleko ekografia.
c) Abdomeneko/pelbiseko OTA.
d) Heste distal/enema opakoaren azterketa.

231. Hirschsprung-en gaixotasunari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Mekonioa ezabatzea 48 ordu baino gehiago atzeratzea ez da jada susmo klinikoaren adierazletzat hartzen.
b) Trisomia 21 sindrome-asoziazio ohikoenetako bat da.
c) Jaioberrien buxadura eta abdomeneko distentsioa, gorakoak eta elikadura-intolerantzia dira gaixotasunaren debutaren modurik ohikoena.
d) Pazienteen % 10-15ek enterokolitis-koadroa izango dute.



232. Hirschsprung-en gaixotasunari dagokionez, baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Garaiaurreko pazienteen kasuan, ondesteko biopsia bizitzako lehen astean egin behar da.
b) Ohikoena da segmentu ultralabur bat baino ez izatea kaltetua.
c) Enema opako hidrodisolbagarria lehen urrats diagnostikoa da buxadura distaleko klinika duen jaioberri batean.
d) RET protoonkogenaren adierazpen eza patognomonikoa da.

233. Baieztapen hauen artean, zein da OKERRA?

a) Hesteetako displasia neuronala hesteetako buxadura koadro bat da, Hirschsprung-en gaixotasunaren antzekoa, baina heste meharra ere erasaten du.
b) Ogilvie-ren sindromea kolonaren distentsio bat da, kausa mekanikorik ez duena.
c) Farmakoen ondoriozko anomalia elektrolitikoak Ogilvie-ren sindromea izateko arrisku-faktoreak dira.
d) Ezkerreko kolon hipoplasikoaren sindromean buxadura iraunkorra eta osoa dago, eta haren tratamendua kirurgikoa izan behar da.

234. Hesteetako atresia duen jaioberri baten diagnostiko diferentzialean honako koadro hauek sartu behar dira, SALBU:

a) Enterokolitis nekrosatzailea.
b) Barne-hernia.
c) Aganglionismo koliko totala.
d) Mekonio-ileoa.

235. Hirschsprung-en gaixotasunean, hauetako zein da egia?

a) 20.000 jaioberritatik 1ek izaten du.
b) % 40k edo ondesteko edo ondeste-sigmako trantsizio-eremua dute.
c) % 5-10ek koloneko aganglionosi osoa dute.
d) Trisomia 18arekin lotzen da.

236. Hirschsprung-en gaixotasunean (HG), zein da egia?

a) Jaioaurreko diagnostikoa da gaur egun ohikoena.
b) Kasuen % 90i mekonio-kanporatzea 24 ordu baino gehiago atzeratzen zaie.
c) Trantsizio erradiologikoko eremurik ez egoteak HGa baztertzen du.
d) Diagnostiko erradiologikoa nahikoa da HGa baieztatzeko.

237. Hirschsprung-en gaixotasunaren (HG) diagnostiko anatomopatologikorako algoritmoan, hauetako zein da egia?

a) Mukosazpia > 50 mailatan badu, biopsia nahikotzat jotzen da.
b) Nerbio-enborren hipertrofia egotea HGa ondorioztatzeko elementua da.
c) Gongoil-zelulak egoteak GHa baieztatzen du.
d) Kalretinina negatiboaren immunohistokimika GHaren bereizgarria da.



238. Hirschsprung-en gaixotasunaren epe luzeko arazoek honako hau hartzen dute barne:

a) Sintoma buxatzaileak.
b) Enkopresia.
c) Enterokolitisa.
d) Aurreko guztiak.

239. Positroi-igorpenezko tomografiak (fdg-pet/tc) Wilms-en tumorearen estadifikazioan duen rolari dagokionez, hauetako zein baieztapen da egia?

a) Erabilgarritasuna ez dago Hodgking-en linfoman eta sarkometan bezain definitua.
b) Diagnostiko-teknika lehenetsia izan behar da beti.
c) Ordenagailu bidezko tomografiaren aurretik egiten bada baino ez da erabilgarria izango.
d) Fluorodesoxiglukosaren toxikotasunak ez du haurretan erabiltzea ahalbidetzen.

240. Hasiera batean, hauetako zein kirurgia egin behar da iii – iv mailako neuroblastometan?

a) Biopsia, estadiatzea eta gordailua jartzea baino ez.
b) Erresekzio partziala, eta egitura garrantzitsueran eragina duen tumorea bere horretan uztea.
c) Ebakuntzabarneko biopsien emaitzaren araberakoa izango da.
d) Erresekzio erradikala lehen neurri gisa.

241. Patologia hauetako zeinek dakar giltzurrun-gutxiegitasuna eta, ondoren, transplantea egin beharra, maiztasun handiagoan pediatria-adinean?

a) Giltzurruneko infartuak.
b) Giltzurruneko aplasiak eta displasiak.
c) Wilms-en tumoreak.
d) Schölein-Henoch-en nefritisak.

242. Hasieran, zein kirurgia egin behar da arrisku handiko neuroblastometan?

a) Biopsia, estadiatzea eta gordailua jartzea baino ez.
b) Erresekzio partziala, eta egitura garrantzitsueran eragina duen tumorea bere horretan uztea.
c) Ebakuntzabarneko biopsien emaitzaren araberakoa izango da.
d) Erabateko erresekzioa indukzio-kimioterapiaren ondoren.

243. Haurren Wilms-en tumoreari (WT) dagokionez, zein da erantzun OKERRA?

a) WTa giltzurruneko tumorerik ohikoena da haurretan eta bularreko haurretan.



b) WTa neoplasia gaiztoa da, eta tratamendu adjubanteak ez du eraginkortasun frogaturik.
c) Erauzketa tratamendu eraginkortzat hartzen da WTrako.
d) TP53 genearen mutazioak histologia anaplasikoa duten tumoreetan baino ez daude ia.

244. Wilms-en tumorea (WT) ondo deskribatutako sindrome batzuetan agertzen da; hain zuzen ere, WTen kasu guztien % 10 inguru sindrome horiei dagokie. Hauetako zein EZ da WTarekin lotzen?

a) Denys-Drash-en sindromea.
b) Beckwith-Wiedemann-en sindromea.
c) Proteus-en sindromea.
d) WAGR konplexua (aniridia, malformazio genitourinarioak eta adimen-atzeratasuna).

245. Neuroblastomaren ezaugarriei dagokienez, zein da erantzun OKERRA?

a) Haurtzaroan maizen agertzen den garezurraz kanpoko tumore gaizto solidoa da, eta ohikoena jaioberrietan.
b) Nerbio-sistema parasinpatikoko tumore enbrionario bat da.
c) Portaera kliniko bereziak ditu ezaugarri, hala nola berez edo tratamendu bati erantzunda gutxitzeko edo heltzeko posibilitatea.
d) % 75 barrunbe abdominalean sortzen dira.

246. 11p13n dagoen gene batek, dirudienez, funtsezko zeregina du hala giltzurrunen nola barrabilen garapenean, eta Wilms-en tumorearekin lotuta dago. Hauetako zein da?

a) SF 1.
b) WT 1.
c) FTZ-F1.
d) DAX 1.

247. Wilms-en tumoreari dagokionez, hauetako zein da OKERRA?

a) Aldebiko tumoreak kasuen % 4-13n agertzen dira.
b) Zenbait sindromerekin lotuta agertzen da kasuen % 10en.
c) Haurtzaroko eta nerabezaroko giltzurruneko tumorerik ohikoena da.
d) Ez da hain ohikoa 6 hilabete bete baino lehen.

248. Neuroblastomari dagokionez, zein da EGIA?

a) Irudi-probetan atzaparraren zeinua agertzea da haren bereizgarri.
b) Nerbio-sistema sinpatikoko tumore enbrionario bat da.
c) Bilakaera ebolutibo aurreikusgarriko gaixotasun homogeneo bat da.
d) Bi estadifikazio-sistema erabiltzen dira: SIOP eta COG.



249. Neuroblastomako irudi-probei dagokienez, zein da zuzena?

a) MIBG bidezko gammagrafia da azterketa gogokoena hezurraren eta hezur-muinaren erasana ebaluatzeko.
b) Abdomeneko erradiografia da lehen balorazioan gehien erabiltzen den modalitatea.
c) OTak neuroblastomen % 10n baino ez ditu kaltzifikazioak frogatzen.
d) OTak hobeto detektatzen ditu hezurreko eta hezur-muineko metastasiak, bai eta bizkarrezur-barneko hedapena ere, EMak baino.

250. Paziente bati 2 cm-ko masa bat erauzi zaio eskuineko besoan, eta ertz erasanak dituen errabdomiosarkoma gisa etiketatu da. Zein da zuzena?

a) Enbrioi motakoa izaten da, eta, ondorioz, pronostiko onekoa.
b) Gorputz-adarra anputatu behar da, eta besapea hustu.
c) Posible bada, bigarren erauzketa bat egin behar da, baita ertzak handitu eta orbaina erabat lehortu ere.
d) Gongoilak ez dira baloratu behar, ez baitie erasan ohi.

251. Zein da kirurgiaren rola Hodgking-en gaixotasunean?

a) Funtsezkoa da oraindik estadiatzea eta behin betiko tratamendua egiteko.
b) Toraxeko linfometara mugatzen da.
c) Batez ere, biopsiak eta zain-sarbide zentralak egiteko baino ez da erabiltzen.
d) Zauri txikiko kirurgia da tratamenduaren *gold standard*a.

252. Gaur egun, kirurgiak ba al du zereginik EZ-Hodgkin linfomaren tratamenduan?

a) Bat ere ez.
b) Tratamendu zitostatikoaren osteko erreskate-kirurgia.
c) Burkitt-en linfoman bakarrik.
d) Biopsia bakarrik, baina baita erresekzio osoa ere gaixotasun lokalizatuen kasuetan.

253. Paziente bati 2 cm-ko masa bat erauzi zaio eskuineko besoan, eta ertz erasanak dituen errabdomiosarkoma gisa etiketatu da. Zein da zuzena?

a) Enbrioi motakoa izaten da, eta, ondorioz, pronostiko onekoa.
b) Gorputz-adarra anputatu behar da, eta besapea hustu.
c) Bigarren erauzketa bat egin behar da, baita ertzak handitu eta orbaina erabat lehortu ere.
d) Gongoilak ez dira baloratu behar, ez baitie erasan ohi.

254. Errabdomiosarkoma (EMS) pediatrikoari dagokionez, zein da OKERRA?

a) EMS gehienak familia-sindromeetan agertzen dira.
b) EMSen % 35 buruan eta lepoan daude, eta, ondoren, sistema genitourinarioan eta gorputz-adarretan.
c) EMS tumore gaiztoa da, mesenkimako jatorrikoa.
d) Haurdunaldian marihuana eta kokaina kontsumitzea EMSa agertzearekin lotu da.



255. Errabdomiosarkomaren (EMS) iragarpen-faktore garrantzitsuenetako bat da hasierako erresekzioaren osteko hondar-gaixotasunaren maila. Ebakuntzaren ondoren, talde kliniko bati esleitzen zaio, honako hauen arabera: ebaluazio anatomopatologikoa, erauzketa osoa izan zen edo EZ eta tumore-metastasiaren ebidentzia. Pazienteak urrutiko gaixotasun metastasikoa badu, zer talde kliniko esleituko zaio?

a) I. taldea.
b) IIA. taldea.
c) III. taldea.
d) IV. taldea.

256. Haurraren zati bigunetako tumoreei buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Sortzetiko epulidea zelula granularretako tumore onbera bat da, eta ia bakarrik neskatoetan agertzen da.
b) Tumore desmoideen % 10-15 Gardner-en sindromearekin lotzen dira.
c) Orbain hipertrofikoak hasierako zauritik kanpo eboluzionatu eta zabaltzen da, keloideak ez bezala, ez baitu eboluzionatzen.
d) Lipoblastoma enbrioi-ehun adiposotik eratorritako neoplasia onbera bat da.

257. Kirurgia pediatrikoak linfometan duen eginkizunari buruzko baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Kirurgialariak linfomen hasierako tratamenduan duen eginkizun nagusia da biopsia-materiala azkar lortzen dela ziurtatzea.
b) Haurren linfomen tratamendua da linfoma agertzen denean haren erabateko erresekzioa egitea.
c) Ebakuntzan kimioterapia intralesionala emateak abdomeneko linfomen erresekzioa errazten du.
d) b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

258. Errabdomiosarkomari dagokionez, hauetako zein da zuzena?

a) Zati bigunen sarkoma forma ezohikoa da.
b) Adin-banaketa bimodala du.
c) Jatorri mesenkimatosoko tumore onbera da.
d) % 80 baino gehiago 14 urtetik aurrera diagnostikatzen dira.

259. Errabdomiosarkomari dagokionez, zein da egia?

a) Haurtzaroko garezurraz kanpoko tumore onberarik ohikoena da.
b) Batez ere emakumeek izaten dute.
c) Errabdomiosarkoma albeolarra da ohikoena.
d) Heren bat baino gehiago buruan eta lepoan daude.



260. Honako hau da errabdomiosarkomaren estadifikazioaren ezaugarria:

a) Tumorea/gongoila/metastasia (TNM) sailkapenera egokitzen da.
b) Tratamendu aurreko sistema bat definitzen du, eta honako hauek zehazten dute: tumore primarioaren tokiak eta tamainak, inbasio-mailak, gongoilen egoerak eta gaixotasun metastasikoak izateak edo ez izateak.
c) Miaketa fisikoan eta ebakuntza aurreko irudi-azterketetan oinarritzen da.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

261. Teratoma sakro bati dagokionez, zein da baieztapen OKERRA?

a) Ondestea atzeko posizio naturalean birkokatu behar da.
b) I-II motan, pazientearen posizio kirurgikoa ahoz beherako etzanera izan behar da.
c) Laparoskopia oso erabilgarria izan daiteke III-IV motetan.
d) Bizkarrezurra beti osorik mantendu behar da, koxia erauzi gabe.

262. Teratoma sakro bati dagokionez, zein da baieztapen OKERRA?

a) Ondestea atzeko posizio naturalean birkokatu behar da.
b) I-II motan, pazientearen posizio kirurgikoa ahoz beherako etzanera izan behar da.
c) Laparoskopia oso erabilgarria izan daiteke III-IV motetan.
d) Bizkarrezurra beti osorik mantendu behar da, koxia erauzi gabe.

263. Teratoma sakrokoxigeo erraldoien kirurgia-tratamenduan, zein teknika erabil daitezke? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Erdiko arteria sakroaren ebakitze laparoskopikoa.
b) Gorputzez kanpoko mintz bidezko oxigenazioa eta perfusio hipotermikoa erabiltzea.
c) Desbaskularizatzea eta erresekzioa egitea etapaka.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

264. Teratoma sakrokoxigeoan (TSK), zein da egia?

a) Gizonetan agertzen da gehien (3:1).
b) TSK duten jaioberri gehienek zainketa intentsiboak behar dituzte.
c) Diagnostiko diferentzial nagusia meningozelea da.
d) Hertsiki pelbis barnekoa den TSK baten diagnostikoa agerikoa da jaiotzean.

265. Teratoma sakrokoxigeoari kirurgikoki heltzeari dagokionez, zein da zuzena?

a) Kokzixa ez erauztea errezidiba-tasa handiarekin lotzen da.
b) Tumore gehienen kasuan, pazientea ahoz gorako etzaneran jartzen da.
c) Currarino-ren sindromea duten pazienteetan nahiago da laparotomia bidez egin ebakuntza.
d) Tumore gehienentzat, osagai nagusia pelbis barnekoa da.



266. Hepatoblastoma da haurtzaroko gibeleko tumore gaizto ohikoena. Tratamenduari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Enbor baskularren erasan larria gibeleko transplantearen indikazioa izan liteke.
b) Kimioterapiarekiko sentikortasuna oso txikia da.
c) Kirurgia eta kimioterapia konbinatuta biziraupen-tasa handiak lortzen dira.
d) Kimioterapia zisplatinoarekin, izan bakarrik edo konbinatuta, oso eraginkorra da.

267. Zein da gibeleko tumore gaizto ohikoena pediatrian?

a) Hepatokartzinoma.
b) Hepatoblastoma.
c) Hamartoma gaiztoa.
d) Mesenkimako hamartoma.

268. Pediatrian, gibeleko zein tumore onbera mota da ohikoena?

a) Tumore baskularrak.
b) Hepatoblastoma.
c) Adenoma.
d) Mesenkimako hamartoma.

269. Haurraren gibeleko transplanteari (GT) dagokionez, zein da OKERRA?

a) Hepatoblastoman kimioterapia-ziklo batzuk egin ondoren, erauzi ezin den gibelaz kanpoko neoplasia gaizto bat badu, GT gomendatzen da.
b) Gibelaz kanpoko atresia biliarra (AB) duten haurrak GT duten populazio pediatrikoaren % 50 dira gutxienez.
c) Gibel-arteriaren tronbosia (GAT) ohikoagoa da haurretan helduetan baino, eta, oro har, GTaren ondorengo lehen 30 egunetan gertatzen da.
d) Pediatriako kasu gehienetan, heldu batek emandako ezkerreko alboko segmentua (EAS) mentu gisa erabiltzen da.

270. Gibeleko tumore pediatriko hauetatik, zein da gibeleko tumore gaizto ohikoena?

a) Angiosarkoma.
b) Hepatoblastoma.
c) Enbrioi-sarkoma ez-diferentziatua.
d) Adenoma hepatozelularra.

271. Gaixotasun hauetako zein lotzen da hepatoblastomarekin?

a) Trisomia 18.
b) Pubertaro goiztiarra.
c) 1. motako glukogenosia.
d) Erantzun guztiak zuzenak dira.



272. PRETEXT estadizio-sistemaren arabera, zein izan beharko litzateke III. estadioko hepatoblastoma baten biziraupena 5 urtera (%)?

a) 100.
b) 68.
c) 40.
d) 10.

273. Adenoma hepatozelularraren AHC-C aldaeran, zein ezaugarri molekular da tipikoa?

a) Glutamina sintasaren gainprodukzioa.
b) LFABP gutxitzea.
c) Proteina C-erreaktiboa handitzea.
d) Beta-katenina aktibatzeko mutazioa.

274. Hepatoblastomari dagokionez, noiz EZ dago indikatuta gibeleko transplantea egitea?

a) Tumore bilobularrak edo multifokalak daudenean.
b) Tumore-errezidiba dagoenean.
c) Alfa-fetoproteinaren (AFP) zifrak apalak daudenean.
d) Ebakuntza aurreko kimioterapiari erantzun ona ematen zaionean.

275. Wilms-en tumorearen diagnostikoari dagokionez, zein da egia?

a) Diagnostiko diferentzialak, besteak beste, neuroblastoma eta hepatoblastoma barne hartzen ditu.
b) Hematuriarekin lot daiteke, eta makroskopikoa izan daiteke.
c) Abdomeneko OT/EM batek giltzurrun-jatorria berretsiko du.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

276. Haur bati obulutegian tumorazio mistoa (solidoa eta irudi kistikoekin) aurkitu zaio ustekabean. Zein da baieztapen OKERRA?

a) Tumore-markatzaileak seguruak dira obulutegiko tumore gaiztoen diagnostikoan.
b) Tumore gaizto horien % 50ek baino ez dituzte markagailu positiboak.
c) Lehentasunezkoak dira abdomeneko ekografia, OTA, alfa-fetoproteina zehazpena eta Beta-HCG.
d) Tumorazio kistikoetan ez da gaiztotzea baztertzen.

277. Kiste folikularrei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Gehienak berez desagertzen dira bizitzako lehen urtean.
b) 5 cm-tik gorakoetan kistea bihurtzeko eta hausteko arriskua dago.
c) Jaioberriko bihurdurak jaiotza aurretik gertatzen dira.
d) Haur nagusietan, obulategi-ehuna ez da kontserbatu behar, ebakuntza eginez gero.



278. Aurretiko azterketa eta ebakuntzabarneko biopsiak egin ondoren, zein jarrera kirurgiko izan behar dugu pubertaro aurreko haurren barrabiletako tumorazioan?

a) Teratometan, gonada-estromako tumoreetan eta kiste epidermoideetan barrabila kontserbatzen saiatu behar da.
b) Teratometan, gonada-estromako tumoreetan eta kiste epidermoideetan erabateko orkiektomia egin behar da.
c) Ebakuntza pubertarora arte atzeratu behar da.
d) Hormona hipogonadotropikoa denbora luzez eman behar da, barrabilaren heltzea bizkortzeko.

279. Feokromozitomak katekolaminen eta katabolitoen odol-mailak handitzea eragiten du. Zein baieztapen da OKERRA?

a) Krisi hipertentsiboan katekolamina-maila normalek feokromozitoma baztertzen dute.
b) Gernuko katekolamina-mailak ere gora egiten du pazienteen % 90en.
c) Gero eta azido banilmandelikoaren maila handiagoa izan, orduan eta tamaina handiagoa dute tumoreek.
d) Odoleko katekolaminak ez dira inoiz handitzen neuroblastoma baten ondorioz.

280. Obulutegi-masa batean, noiz dago gaiztotzeko arrisku handiena?

a) Jaioberriaroan.
b) Pubertaro aurreko aldian.
c) Bizitzaren bigarren hamarkadan.
d) Beti dago arrisku handia.

281. Zein da barrabiletako tumore gaizto ohikoena haurretan?

a) Endodermoko sinu-tumorea.
b) Teratoma.
c) Seminoma.
d) Sarkoma.

282. Aurretiko azterketa eta ebakuntzabarneko biopsiak egin ondoren, zein jarrera kirurgiko izan behar dugu pubertaro aurreko haurren barrabiletako tumorazioan?

a) Teratometan, gonada-estromako tumoreetan eta kiste epidermoideetan barrabila kontserbatzen saiatu behar da.
b) Teratometan, gonada-estromako tumoreetan eta kiste epidermoideetan erabateko orkiektomia egin behar da.
c) Ebakuntza pubertarora arte atzeratzea.
d) Hormona hipogonadotropikoa denbora luzez ematea, barrabilaren heltzea bizkortzeko.



283. Peadiatria-adineko obulutegiko kisteei dagokienez pediatriako kirurgialariak egin beharreko tratamenduari eta izan beharreko jarrerari dagokienez, zein da zuzena?

a) Jaioberrietan obulutegiko kisteak folikularrak izaten dira oro har, eta premiazko ebakuntza behar izaten dute, bihurdura-arriskua dela-eta.
b) Neskatoen obulutegiko tumorerik ohikoena endometrioma da.
c) Neskatoen obulutegi-kisteen tratamendua kistearen tamainan, sintomen presentzian eta konposizioan oinarritzen da.
d) Nerabeetan obulutegiko minbiziaren tasa altuak daudenez, kudeaketa oldarkorra eta erresekzio handiak gomendatzen dira.

284. Obulutegiko tumore hauetako bat EZ dagokio tumore germinal bati, eta, ondorioz, EZ dakar alfa-fetoproteina maila handirik. Zein da?

a) Kartzinoma muzinosoa.
b) Koriokartzinoma.
c) Kartzinoma enbrionarioa.
d) Teratoma heldugabea.

285. Obulutegiko tumore hauetako zeinetan egon liteke alfa-fetoproteina (AFP) maila handia?

a) Teratoma heldugabean.
b) Sinu enbrionarioko tumorea.
c) Sertoli-Leydig-en zelulen tumorea.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

286. Giltzurrun gaineko tumore hauetako zein EZ da hartzen funtzionaltzat?

a) Adenoma adrenala.
b) Kartzinoma adrenokortikala.
c) Feokromozitoma.
d) Neuroblastoma.

287. Barrabiletako tumore baten biopsian Schiller-Duval-en gorputzak ikusten badira, hauxe dagoela pentsatu beharko genuke:

a) *In situ* kartzinoma.
b) Leydig-en zelulen tumorea.
c) Sinu endodermikoko tumorea.
d) Sertoli-ren zelulen tumorea.

288. Barrabiletako tumorazio baten azterketa histologikoak Reinke-ren kristalak erakusten ditu. Hauetako zein tumore da?

a) Leydig-en zelulen tumorea.
b) Sinu endodermikoko tumorea.



c) Teratoma.
d) Gonadoblastoma.

289. "*Switch* baginal" maniobra deritzona honako honekin lotuta dago:

a) Baginako atresiarekin.
b) Kloaka, hidrokolpoak eta bi hemibaginak dituzten pazienteekin.
c) Kloakaren tratamenduan erabilitako mobilizazio urogenital osoarekin lotutako maniobra bat da.
d) Sinu urogenitalaren tratamenduarekin (sexu-bereizketako anomaliak dituzten pazienteetan).

290. Jaioberri batek sexu-bereizketaren anomaliak baditu, miaketa hauetako zein EZ da egin behar azterketaren hasieran?

a) Gonadak miatzea eta haien arteko asimetria eta kokapena egiaztatzea.
b) Miaketa-laparoskopia.
c) 17-hidroxiprogesterona eta kariotipoa zehaztea.
d) Abdomenaren ekografia.

291. Hauen artean, zein da anomalia-kariotipoak dituen sexu-garapenaren anomaliaren kausa ohikoena?

a) Disgenesia gonadal mistoa.
b) Androgenoekiko sentikortasun gabeziaren sindromea.
c) Giltzurrungaineko sortzetiko hiperplasia.
d) Obulutegi-barrabiletako sexu-garapenaren anomalia (SGA).

292. Gonaden garapenean SRY faktorea badago, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Barrabila dago.
b) Testosterona dago; beraz, Müller-en hodiak garatzen dira.
c) Hodi deferenteak eta isurleak daude.
d) Wolff-en hodiak estimulatzen dituen testosterona dago.

293. Gonaden garapenean SRY faktorea ez badago, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Obulutegia dago.
b) Ez dago testosteronarik; beraz, Müller-en hodiak garatzen dira.
c) Tronpak, umetokia eta bagina pixka bat daude.
d) Wolff-en hodiak garatzen dira.



294. Zein da XX SGA (XX sexu-garapenaren anomalia; lehen, emakumezkoaren pseudohermafroditismoa) ohikoena?

a) Disgenesia gonadal mistoa.
b) Androgenoekiko erresistentziaren sindromea.
c) Giltzurrungaineko sortzetiko hiperplasia.
d) Obulutegi-barrabiletako SGA.

295. Zein da XY SGA (XY sexu-garapenaren anomalia; lehen, gizonezkoaren pseudohermafroditismoa) ohikoena?

a) Disgenesia gonadal mistoa.
b) Androgenoekiko erresistentziaren sindromea.
c) Swyer-en sindromea.
d) Aromatasa-eskasia.

296. Egoera intersexualen nomenklatura aldatu egin da (gaur egun, SGA/sexu-garapenaren anomaliak). Hori horrela, termino hauetako zein EZ datoz bat?

a) Benetako hermafroditismoa eta obulutegi-barrabiletako SGA.
b) Gizonezkoaren pseudohermafroditismoa eta XY SGA.
c) Emakumezkoaren pseudohermafroditismoa eta XX SGA.
d) XX emakume baten gainbirilizazioa eta XY SGA.

297. Jaioberri batek sexu-bereizketaren anomaliak baditu, miaketa hauetako zein EZ da egin behar azterketaren hasieran?

a) Gonadak miatzea eta haien arteko asimetria eta kokapena egiaztatzea.
b) Miaketa-laparoskopia.
c) 17-hidroxiprogesterona eta kariotipoa zehaztea.
d) Sabelaldearen ekografia.

298. Sexu-bereizketaren anomaliei dagokienez, zein da erantzun zuzena?

a) Kanpoko genital anbiguoak dituzten jaioberri gehienak DSD 46XX kategoriakoak dira. Kausa androgeno gehiegi egotea da, ukitu ezin diren gonadekin eta obulutegi-ehunarekin bakarrik.
b) Klinefelter-en sindromearen bereizgarria da bi X kromosoma edo gehiago (47XXY, 48XXY eta abar) dituen kariotipoa edukitzea.
c) Barrabil ebaneszentearen sindromeak ezaugarri du aldebiko barrabilik gabeko 46XY kariotipoa edukitzea.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

299. Egoera hauetako zeinetan dago barrabiletako minbizia izateko arrisku txikia?

a) Hipobirilizazioan.
b) Disgenesia gonadalean.
c) Pubertaro aurreko adinean.



d) Sexu-garapenaren nahasmenduetan.

300. Egitura hauetako zein EZ dator hodi mesonefrikotik (Wolff)?

a) Epididimoa.
b) Prostata-utrikulua.
c) Epooforoa.
d) Semen-besikulak.

301. Hauetako zein EZ da 46 XX SGDen (Sexu-garapenaren desberdintasunak) kausa?

a) 21-hidroxilasaren urritasuna.
b) SRY genea ez egotea.
c) 11 β-hidroxilasaren urritasuna.
d) 3 β-hidroxilasaren urritasuna.

302. Haur batek eskuineko ilion-hobian abzesu bat duenean apendizektomia atzeratzea erabakitzeari buruzko hauetako zein baieztapen da OKERRA?

a) Pazienteak okerrera egiten badu edo abzesua handitzen bada, kirurgikoki jardun behar da.
b) Egile gehienek itxarote-tartea baztertzen dute, horrek konplikazioak areagotzea baitakar.
c) Antibiotikoa eten egin behar da odoleko leukozitoak normalak direnean, eta 24 orduan sukarrik ez dagoenean.
d) Apendizektomia egitea, 8-12 asteko tartea utzita.

303. Obulutegi-bihurdurari dagokionez, hauetako bat EZ da egia:

a) Obulutegi-bihurdura obulutegi kistiko edo tumoralekin lotzen da gehienetan.
b) Bihurtutako obulutegien gaiztotze-tasa txikia da.
c) Obulutegi-bihurdura obulutegi normaletan gerta daiteke.
d) Obulutegi-bihurdura errepikatua ohikoagoa da menarkia osteko obulutegietan.

304. Apendizitis akutuari dagokionez, zein da egokiena?

a) Diagnostikoa zailagoa izan liteke 5 urtetik beherakoetan.
b) Haurtzaroko bigarren larrialdi kirurgikorik ohikoena da.
c) Bi heren baino gehiago apendizitis zulatu moduan agertzen dira.
d) Jaioberriaren apendizitisa prematuritatearekin lotzen da kasuen < % 5en.

305. Apendizektomia baten ondorengo ebakuntzaondoko abdomen barneko abzesuari dagokionez, zein da egia?

a) Sarriago lotzen da konplikaziorik gabeko apendizitisekin.
b) Tratamendua espektro zabaleko antibioterapia izan ohi da.
c) Apendikolito aske bat egoteak ez du eraginik haren konponketan.
d) Drainatze kirurgiko irekia gomendatzen da, ebakuntza laparoskopikoaren ordez.



306. Ospitaleko Larrialdi Zerbitzuan balorazioa eginda, paziente batek apendizitis akutua duela susmatzen da. Baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Minaren hasiera, kokapena eta larritasuna baliagarriak dira diagnostiko diferentzialerako.
b) Historia klinikoa eta abdomeneko haztapena dira diagnostikoa egiteko alderdirik garrantzitsuenak.
c) Leukozitoen zenbaketa baliteke normala izatea abdomeneko inflamazio-prozesuetan, hala nola apendizitisean.
d) Abdomeneko erradiografia da apendizitisa diagnostikatzeko irudi-proba garrantzitsuena.

307. Apendizitis akutuari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Apendizektomia da gehien onartzen den tratamendua.
b) Tratamendu kontserbatzailea duen plastroi apendikular batean, tratamendua amaitu eta 10 egunetara egin behar da apendizektomia.
c) 4 urte baino gutxiagoko haurrek apendizitis konplikatua dute (% 50), diagnostikoa atzeratzearen ondorioz.
d) Apendizitis sinpleagatiko apendizektomia baten ondoren, ez da antibioterapiarik behar, nahikoa da ebakuntza aurreko dosia.

308. Peritonitis primarioa noiz ager liteke? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Kolitis ultzeradunean.
b) Hesteetako poliposian.
c) Pankreatitis kronikoan.
d) Sindrome nefrotikoan.

309. Apendizitisari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Apendizektomizatutako pazienteek arrisku TXIKIAGOA dute kolitis ultzeraduna izateko.
b) Apendizektomizatutako pazienteek arrisku handiagoa dute *Clostridium Difficile*ri lotutako kolitisa izateko.
c) Analisiak (leukozitoen, neutrofiloen eta proteina C-erreaktiboaren zenbaketa) oso sentikorrak/espezifikoak dira.
d) Kasuen erdiak baino ez dira gorozkiek, fekalitoek eta hiperplasia linfoideek eragindako argi-buxadura baten ondorioz.

310. Apendizitisaren zein arrisku-puntuaziotan hartzen da kontuan proteina C-erreaktiboaren balioa?

a) Alvarado-ren *score* eskalan.
b) *Pediatric Appendicitis Score* (PAS) eskalan.
c) *Appendicitis Inflammatory Response Scoren* (AIR) eskalan.
d) Guztietan.



311. Obulutegi-bihurdurari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Fluxua egoteak bihurdura baztertzen du.
b) Obulutegi normaletan gerta daiteke.
c) Bihurtutako obulutegietan tumore gaiztoaren tasa txikia da.
d) Tumore edo obulutegiko kiste batekin lotzen da.

312. Anexuetako bihurdurari dagokionez, baieztapen hauetako zein da egia?

a) Bihurdura errepikatua ohikoagoa da menarkia osteko obulutegietan.
b) Obariopexia hasierako ebakuntzan egin behar da beti.
c) Obariektomia alterazio baskularra dagoen guztietan egin behar da (itxura urdin-beltzaxkako obulutegia).
d) Menarkia aurreko emakumeei obariopexia egitea aztertu behar da, lehen gertakaria bada ere.

313. Piloroko estenosi hipertrofikoaren diagnostikoan, zein unetan egin behar da kontraste erradiologiko bidezko urdail-hesteetako igarotzea?

a) Lehentasunezko miaketa izango da beti diagnostikoan.
b) Klinika argia duten garaiaurreko paziente guztietan.
c) Azterketa ekografikorik ez dugunean edo erabakigarria ez denean.
d) Alkalosi metaboliko larria dagoenean.

314. Bide irekiko eta laparoskopia bidezko piloromiotomia extramukosoaren arteko aldeak zehazten baditugu, hauetako zein baieztapen da OKERRA?

a) Ebakuntza-denborak antzekoak dira bi tekniketan kirurgialari adituek eginez gero.
b) Zulaketa-indizea handixeagoa da bide laparoskopikoan.
c) Ebakuntzen batez besteko kostua handiagoa da bide laparoskopikoan.
d) Ebakuntza osteko mina eta berrelikadura-denbora txikiagoak dira bide irekian.

315. Piloroko atresia malformazio arraro bat da, eta maiz honako honekin lotzen da:

a) Epidermolisi babadunarekin.
b) *Ectopia cordis*ekin.
c) Poland-en espektroarekin.
d) Down-en sindromearekin.

316. Piloroko estenosi hipertrofikoan honako baieztapen hauek zuzenak dira, bat IZAN EZIK. Zein?

a) Ohikoagoa da gizonezkoetan, eta 4:1 erlazioa dago emakumezkoekin alderatuta.
b) Agertzeko ohiko modua da 2 eta 8 aste bitarteko epeko jaioberrietan gorako proiektibo ez-behazuntsuak izatea.
c) Ekografia da proba diagnostiko lehenetsia.



d) Diagnostiko-irizpideetan daude gutxienez 3 mm-ko horma-loditzea eta gutxienez 12 mm-ko luzera pilorikoa.

317. Piloroko estenosi hipertrofikoaren kirurgiako konplikazioei dagokienez, zein da egia?

a) Emesi luzatua gehienetan osatu gabeko miotomia baten ondorioz izaten da.
b) Mukosa-zulaketa kasuen % 10n gertatzen da, gutxi gorabehera.
c) Konplikazio-indizean ez dago alderik kirurgia irekiaren eta laparoskopia bidezkoaren artean.
d) Lotutako morbilitateak handia da oraindik, eta % 20ko konplikazio-indizea dago.

318. Hesteetako atresiei buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Piloroaren atresia "burbuila bakar" batekin identifikatzen da abdomeneko erradiografian.
b) Duodenoko buxaduren % 95 anpoilatik gertu izaten dira.
c) Duodenoko atresien % 50 sortzetiko beste anomalia batzuekin lotzen dira.
d) Jeiunoilealeko atresia duten jaioberrien % 20-35ek atresia ugariak dituzte.

319. Piloroko estenosi hipertrofikoa haurren gaixotasun bat da, eta haren sintomatologia, oro har, adin honetan agertzen da: (markatu aukera zuzena)

a) Sei hilabetetik aurrera.
b) Lehen 24 orduetan.
c) Hirugarren eta seigarren asteen artean.
d) Aldakortasun handia dago pazientearen sexuaren arabera.

320. Piloroko estenosi hipertrofikoari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Ebakuntzaondoko gorakoak maizkoak dira.
b) Piloromiotomiaren ondoren, ez da airea emanda mukosaren osotasuna egiaztatu behar.
c) Konplikazio berak daude piloromiotomia irekian eta laparoskopikoan.
d) Piloromiotomia ez da larrialdi kirurgiko bat.

321. Zer nahasmendu metaboliko ikusten da maizen piloroko estenosi hipertrofikoa duten pazienteetan?

a) Arnas alkalosi hipopotasemikoa.
b) Alkalosi metaboliko hipokloremikoa.
c) Arnas azidosia, konpentsazio metabolikoarekin.
d) Azidosi metabolikoa arnas konpentsazio partzialarekin.



322. Piloroko estenosi hipertrofikoan alterazio metabolikoa zuzentzeko, serumterapia nolakoa izan behar da?

a) Likidoak mantentze-mailatik gora eman behar dira, eta sodio- eta potasio-ekarpen handiak egin.
b) Likidoak murriztu behar dira, eta potasio-ekarpen handia eta sodio-ekarpen txikia egin.
c) Likidoak murriztu behar dira, eta sodio-ekarpen txikia eta potasio-ekarpen handia egin.
d) Likidoak mantentze-mailatik gora eman behar dira, eta potasio-ekarpen handia eta sodio-ekarpen txikia egin.

323. Piloroko estenosi hipertrofikoak eragindako piloromiotomia laparoskopiko batean mukosa zulatzen bada, zer egin behar da?

a) Zunda nasogastrikoa jarri eta dieta absolutua agindu egun batzuetan.
b) Bide irekira aldatu eta josi behar da beti.
c) Kirurgialariaren esperientziaren arabera, bide bera erabilita itxi behar da zulaketa.
d) Zulaketaren erresekzioa eta anastomosi termino-terminala egin behar da.

324. Patologia hauetako zein da salbuespenezkoa 2 urtetik beherakoen beheko digestio-aparatuko odoljarioaren kausa gisa?

a) Uzkiko fisura.
b) Meckel-en dibertikulua.
c) Hesteetako gaixotasun inflamatorioa.
d) Heste-inbaginazioa.

325. Apendizitis akutuari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da egia?

a) Konplikazioetan ez dago alderik ebakuntza lehen 6 orduetan edo 6-18 orduen artean egiten denean.
b) Muinoiaren inbaginazioak odoljarioak gutxitzen ditu, baina baliteke inbaginazioak eragitea.
c) Muinoiaren lotura sinplea azkarra da, eta atxikidurak gutxitzea dakar.
d) Apendizitis sinpleetan, inoiz ez dugu elikadura-tolerantzia 48 ordu baino lehen hasi behar.

326. Inbaginazio baten enema bidezko erredukzio erradiologikoa egiten saiatzeko, zein faktorek dakarte haren kontraindikazioa?

a) Errektorragiak.
b) Peritonitisaren edo zulaketaren zeinuek.
c) Sintomek 76 ordu baino gehiago irauteak.
d) Buxadura erradiologikoaren zeinuek.



327. Hesteetako inbaginazioan, hauetako zein EZ da kirurgia-indikazioa?

a) Errektorragia.
b) Heste-zulaketaren susmoa.
c) Shockaren zeinuak.
d) Enema egin ondorengo erredukzio osatugabea.

328. Hesteetako inbaginazioari dagokionez, zein da egia?

a) Inbaginazio primarioa edo idiopatikoa ez da bigarren mailakoa bezain ohikoa.
b) Bario-enema da tratamendu lehenetsia.
c) Abdomenaren erradiografia sinplea *gold standard*a da diagnostikoan.
d) Intzidentzia bat dator arnasbideetako infekzioen edo gastroenteritisaren epidemiekin.

329. Haur bat (7 hilabete) Larrialdietara ekarri dute 8 ordu lehenagotik honako zeinu hauek dituelako: bat-batean agertzen den negarraren aldizkako gertakariak, hankak uzkurtzea, suminkortasuna, izerditzea eta zurbiltasuna. Azken orduetan biberoiari uko egiten hasi da. Eginkari normalak egin ditu. Lozorroak hartuta dago. Suminkor egonik, zaila da miaketa fisikoa egitea. Duela 3 egun glutena ematen hasi zaizkio. Zein da diagnostiko probableena?

a) Gastroenteritis akutua.
b) Apendizitis akutua.
c) Heste-inbaginazioa.
d) Elikadura-intolerantzia.

330. Haurren uzki-ondesteko patologia hartuari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Kirurgia-tratamendua da, ondesteko prolapsoa duten pazienteetan, lehen aukera eta aukerarik onena.
b) Baliteke klinikan zaila izatea ondesteko prolapsoa eta inbaginazioa bereiztea.
c) Haur nagusien uzkiko fisura Crohn-en gaixotasunarekin lot liteke.
d) Uzkiaren inguruko abzesuak askotan edoskitzaroan agertzen dira, eta tratamendu medikoa emanez gero, gehienak ondoriorik gabe konpontzen dira.

331. Inbaginazioari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Errotabirusaren txertoak inbaginazio-arriskua handitzen du.
b) Gehienek gida-puntu bat izaten dute.
c) Kasuak ugaritu egiten dira urtaroko arnas gaixotasunetan.
d) Peyer-en plaken hipertrofia inbaginazio primarioaren kausa izan liteke.

332. Zein da gida-puntu ohikoena heste-inbaginazio sekundarioan?

a) Pankrea ektopikoa.
b) Meckel-en dibertikulu alderantzikatua.
c) Bikoiztea.
d) Polipoa.



333. Urtebete baino gutxiagoko bularreko haur batek iztaiko hernia diagnostikatu zaio, zer egin behar dugu konplikazioak, inkartzerazioa batez ere, minimizatzeko?

a) Ebakuntza urgentea egin behar da diagnostikotik 7 egun igaro baino lehen.
b) Mugarik gabe itxaron daiteke, euspen-sistema bat egoki jarrita.
c) Diagnostikoa egin eta 30 eguneko epean ebakuntza egin behar da.
d) Garaiaurrekoekin baino ez dago urgentzia, eta diagnostikotik 7 egun igaro baino lehen operatu behar dira.

334. Hernia inkartzeratua dagoenean interbentzio urgentea egiteko indikazioei dagokienez, hauetako zein da OKERRA?

a) Eskuzko erredukzioak huts egitea.
b) Pazientearen shocka.
c) Peritonitisaren edo zulaketaren zeinuak.
d) Eskroto-larruazala gorritzea.

335. Iztaiko herniaren inkartzerazioak garaiaurrekoetan duen intzidentzia haur helduetan duenarekin alderatuta, baieztapen hauetako zein da egia?

a) Garaiaurrekoetan txikiagoa da, beharbada jaioberriaren unitateetan kontrol handiagoa dagoelako.
b) Antzekoa da bi biztanle-taldeetan.
c) Garaiaurrekoetan askoz handiagoa da, abdomeneko muskulaturaren ahulezia dela-eta.
d) Garaiaurrekoetan handiagoa da kanpoko iztai-zuloa txikiagoa delako.

336. Abdomen barneko barrabil bat dagoenean Stephens-Fowler-en interbentzioa egin aurretik baloratu beharreko faktoreei dagokienez, hauetako zein baieztapen da OKERRA?

a) Barrabilak tamaina eta morfologia ona izatea.
b) Hodi espermatikoak ebaki ahal izatea, barrabila, *gubernaculum*a eta deferentea bere horretan utzita.
c) Barrabila atrofikoa eta dismorfikoa bada, orkiektomia baloratuko dugu.
d) Kontrako aldeko barrabilaren egoeraren araberakoa da guztia.

337. Haur batek (2 urte) Meckel-en dibertikuluaren klinika diagnostikatua du. Dibertikuluari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Meckel-en dibertikulua benetako dibertikulu bat da.
b) Kasuen ia % 75en urdaileko mukosa heterotopikoa aurkitu da.
c) Littre-ren hernia iztaiko hernia bat da, eta bertan hernia-zakuak Meckel-en dibertikulu bat du.
d) Dibertikulitisa, apendizitisa simulatuta, da adin horretako aurkezpen ohikoena.



338. Kriptorkidiagatik ebakuntza egindako paziente batek barrabiletako minbizia izateko arriskuari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Barrabil kriptorkidoaren kokapenaren araberakoa da.
b) Kriptorkidiaren interbentzioa egiteko adinaren araberakoa da.
c) Barrabila disgenetikoa izatearen araberakoa da.
d) Ez da inoiz beste aldeko barrabilean agertzen.

339. Helduaroan minbizia izateko zein arrisku dago kriptorkidian?

a) Arriskua 2-8 aldiz handiagoa da, biztanleria orokorrarekin alderatuta.
b) Arriskua 15 aldiz handiagoa da, aldebiko kasuetan.
c) Arriskua 15 aldiz handiagoa da, alde bakarreko kasuetan.
d) Pubertaroan operatutako pazienteetan baino ez da arriskua 10 aldiz handiagoa.

340. Meckel-en dibertikuluari (MD) dagokionez, baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Meckel-en dibertikulua hodi onfalomesenterikoaren geldikin bat da.
b) Littré-ren hernia esaten zaio Meckel-en dibertikulu bat iztaiko, izterreko, zilborreko zein Spiegel-en hernia batean harrapatuta dagoenean.
c) MDa diagnostikatzeko proba erradiologikoa (urdaileko mukosa ektopikoarekin) hauxe da: teknezio-99m perteknetatoaren isotopo erradioaktiboen bidezko azterketa.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

341. Gizonezko bati (6 hilabete) aldebiko iztaiko herniaren ebakuntza egin bitartean bi aldetako hodi deferenteak falta direla ikusi da. Zein gaixotasun BAZTERTU behar dugu?

a) Von Willebrand-en gaixotasuna.
b) Fibrosi kistikoa.
c) Toupet-en sindromea.
d) Sortzetiko hidrozefalia.

342. Eskuineko iztaiko hernia handi bat konpontzean, hernia-zakua mobilizatuta, haren barruan apendize zekala dagoela ikusi da. Nola esaten zaio aurkikuntza horri?

a) Amyand-en hernia.
b) Littre-ren hernia.
c) Izterreko hernia konplexua.
d) Peña-ren hernia.

343. Kriptorkidia gastroskisiarekin lotzen da:

a) Kasuen % 5-10en gutxi gorabehera.
b) Kasuen % 15-30en.
c) Kasuen % 30-40n.



d) Kasuen % 50en.

344. Amyand-en hernian, zein da hernia-zakuaren edukia?

a) Meckel-en dibertikulua.
b) Apendizea.
c) Obulutegia.
d) Heste-ertz antimesenteriko iskemikoa.

345. Iztaiko herniari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Inkartzerazioa ohikoagoa da nesketan mutiletan baino.
b) Pazienteen % 10ek aldebiko hernia izaten dute.
c) Iztaiko herniaren maiztasuna bost eta hamar aldiz handiagoa da mutiletan nesketan baino.
d) Iztaiko herniaren familia-aurrekariak daude kasuen % 10-25en.

346. Barrabilen jaitsierari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da egia?

a) Testosteronak lotailu esekitzaile kranialaren erregresioa eragiten du.
b) *Gubernaculum testis*a eskrotoari lotuta dago eta polea modura jarduten du, barrabila jaisteko.
c) Sasi-intsulinaren 3. faktoreak (INSLC 3) *gubernaculum testis*a hedatzea eragiten du.
d) Sasi-intsulinaren 3. faktoreak (INSLC 3) *gubernaculum testis*aren erregresioa eragiten du.

347. Koadro hauetako bat EZ dago jaioaurreko barrabilen bihurduraren diagnostiko diferentzialean. Zein?

a) Hernia-zakua mekonioz beteta egotea.
b) Barrabiletako teratoma.
c) Eskrotoko edema idiopatikoa.
d) Hernia-zakuak hematoma izatea.

348. Iztaiko hernia inkartzeratuaren diagnostiko diferentzialak honako hau jasotzen du:

a) Barrabilen bihurdura.
b) Kordoiaren kistea.
c) Iztaiko linfadenitisa.
d) Aurreko guztiak.



349. Haur batek (14 urte) 6 orduko eboluzioko mina du eskuineko barrabilean. Mina handia izan da hasieran, eta bat-batean agertu da. Harekin batera goragaleak eta gorakoak izan ditu. Miaketan, eskuineko barrabila haztatzeak min handia ematen dio, eta goratuta dago. Ez dago erreflexu kremasterikorik. Eskuzko destortsio-maniobrak eginda, mina arindu egin zaio. Jarduteko pauta hau izan behar da:

a) Pazientea berehala ebakuntza-gelara eramatea, eskrotoaren miaketa eta aldebiko orkidopexia egiteko.
b) Barrabilen Doppler ekografia bat egitea eta barrabil-destortsioa baieztatzea.
c) Destortsioa Doppler ekografia bidez baieztatzea, eta, ondoren, aldebiko barrabil-pexia egitea.
d) Alta ematea eta aldebiko orkidopexia programatzea.

350. Barrabilen bihurdura kordoi espermatikoa biratzearen ondorioz gertatzen da. Horrek barrabilen perfusioa alteratzen du, eta infartua eragiten du. Baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Behin bihurdura egin ondoren, 24 orduko tartea dago barrabilak kaltea hartu aurretik.
b) Nerabeetan, baginaz kanpoko bihurdura da ohikoena.
c) Errefluxu kremasterikoa egoteak barrabilen bihurdura baztertzen du.
d) Aurreko erantzun guztiak okerrak dira.

351. Egitura hauetako zein EZ dator hodi paramesonefrikotik (Wolff)?

a) Baginaren goiko herena.
b) Barrabilen apendizea.
c) Epooforoa.
d) Falopioren tronpak.

352. Barrabilen bihurduraren diagnostikoan, irizpide hauetako zein EZ dago sartuta TWIST (*Testicular Workup for Ischemia and Suspected Torsion*) puntuazioan?

a) Barrabilen tumefakzioa.
b) Goragaleak/gorakoak.
c) Koloretako Doppler ekografian barrabil-fluxurik ez egotea.
d) Barrabila goratuta.

353. Egitura hauetako zein EZ da barrabilen apendize bat?

a) Giraldés-en organoa.
b) Haller-en hodia.
c) Paradidimoa.
d) Epooforoa.

354. Eskrotoko edema idiopatikoari dagokionez, baieztapen hauetako zein da egia?

a) Hemieskroto bati eragiten dio.
b) Ez dago minik haztatzean.



c) Tratamendua antihistaminiko edo kortikosteroide topikoen bidezkoa da.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

355. Baldintza hauetako zeinek EZ du eskroto akutua eragiten?

a) Epididimitisak.
b) Barrabilen apendizearen bihurdurak.
c) Eskrotoaren gantz-nekrosiak.
d) Barikozeleak.

356. Eskroto akutuari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Errefluxu kremasterikoa egoteak barrabilen bihurdura baztertzen du.
b) Eskroto akutuaren arrazoi gehienak ez dira urgenteak. Urgentea den bakarra barrabilen bihurdura baztertzea da.
c) Barrabilen bihurduran, minarekin batera beti ez daude tumefakzioa eta eritema.
d) Barrabilen apendizearen bihurdura ohikoagoa da pubertaro aurreko adinean, eta barrabilarena, jaioberrietan eta nerabeetan.

357. Zein da *pectus excavatum*arekin gehien lotzen den anomalia muskulueskeletikoa?

a) Marfan-en sindromea.
b) Garun-paralisia
c) Zifosia.
d) Eskoliosia.

358. Hauek guztiak, bat izan ezik, toraxeko paretaren malformazioak dira:

a) *Pectus excavatum*a.
b) Ginekomastia.
c) Poland-en sindromea.
d) *Pectus carinatum*a.

359. Toraxeko paretaren kontra konpresio-indar handiak, eta, harekin batera, glotis itxiaren kontrako arnasgora sakonak (Valsalva-ren maniobra) hauetako zein eragiten du?

a) Asfixia traumatikoa.
b) Torax flotatzailea.
c) Kilotoraxa.
d) Pneumotorax irekia.

360. Toraxeko anomalien definizio hauetako zein dagokio Curradino-Silverman-en sindromeari bati?

a) *Pectus carinatum*aren aldaera; bularrezurra laburra da, eta atzealdeko angelutze nabarmena dago lotura kondromanubrialaren tokian.



b) Aurreko toraxeko paretaren depresioa, intentsitate aldakorrekoa.
c) Ezkerreko saihets-kartilagoen ezohiko hazkundea.
d) Ez egotea bular-muskulu nagusi eta txikirik, aurreko muskulu zerradunik, abdomeneko muskulu zuzenik eta bizkarreko muskulu zabalik.

361. Gizonezko bat (13 urte) kontsultara etorri da bularra hondoratuta duelako. Pediatria-adinean, egoera horri dagokionez, baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Kirurgia-indikazioa irizpide estetikoetan baino ez da oinarritzen.
b) Zauri oso txikiko ebakuntza (Nuss-en teknika) nerabeetan kontraindikatuta dago toraxeko paretaren zurruntasunagatik.
c) Deformazioak aurrera egin ohi du pubertaroan, eta, normalean, 12 eta 14 urte bitartean konpontzea gomendatzen da paziente sintomatikoetan.
d) Bihotz-birikei nabarmen eragitea ezohikoa da, eta ez du azterketa funtzionalik justifikatzen.

362. Neska baten (13 urte) *pectus carinatum*ari dagokionez, markatu aukera ZUZENA:

a) *Pectus excavatum*a baino ohikoagoa da.
b) Harekin batera arnas konpromiso larria egoten da, eta, ondorioz, kirurgikoki urgentziaz konpondu behar da.
c) Kortse konpresiboaren bidezko tratamendu ortesikoa baliteke eraginkorra izatea nerabe jakin batzuetan.
d) Deformazioak ez du eragin psikologiko nabarmenik, eta, ondorioz, ez da aztertzen arrazoi estetikoengatik konpontzea.

363. Egoera hauetako zein da haurtzaroan/nerabezaroan *pectus excavatum*a kirurgikoki konpontzeko INDIKAZIO onartu bat?

a) Deformazio arina, Haller-en indize normala, sintomarik eta ondorio psikologikorik gabe.
b) Deformazio moderatua edo larria; Haller-en indize patologikoa, arnas sintomak esfortzua egitean edo bihotz-konpresioaren zeinuak.
c) Pubertaroaren ondoren deformazioak aurrera ez egitea.
d) Paziente asintomatikoa, zeinari erradiografian *pectus excavatum* arina detektatu zaion.

364. Nerabe bati *pectus excavatum*aren zauri txikiko zuzenketa (Nuss-en teknika) egiteko plangintza anestesiko-kirurgikoan, neurri hauetako zein da GARRANTZITSUENA?

a) Birika bakarreko aireztapena erabat saihestea, pazientea hemodinamikoki ez ezegonkortzeko.
b) Profilaxi antibiotikoa egitea eta metalekiko (nikela/kromoa) alergia baloratzea barra jarri aurretik.
c) Beti bi barra jartzea, toraxaren morfologia edozein dela ere.



d) Analgesia epidurala kontraindikatzea, konplikazio neurologikoak izateko arrisku handia dagoelako.

365. Zein patologia baloratu behar dira sortzetiko hernia diafragmatikoaren diagnostiko diferentzialean?

a) Biriketako adenomatosi kistikoa.
b) Diafragma-ebentrazioa.
c) Bikoizketa esofagikoa.
d) a) eta b) zuzenak dira.

366. Zein anomalia lotzen dira maiztasun handienaz sortzetiko hernia diafragmatikoarekin?

a) Eskeletikoak, kardiakoak eta zuhaitz trakeobronkialekoak.
b) Abdomen-paretakoak.
c) Heste meharrekoak eta urdailekoak.
d) Urologikoak eta beheko gorputz-adarretakoak.

367. Toraxeko zein miaketa erabili ohi da diafragma-ebentrazioan arnasketa paradoxikoa baieztatzeko?

a) Ekografia edo erradioskopia.
b) Alboko toraxeko erradiografia.
c) OTA edo erresonantzia magnetikoa.
d) Biriketako gammagrafia.

368. Sortzetiko hernia diafragmatikoan, akatsa hemen egoten da gehienetan:

a) Ezkerraldean.
b) Eskuinaldean.
c) Aldebikoa da.
d) Bi aldeetan berdin.

369. Hauetako zein da diafragma-ebentrazioaren ezaugarri bat?

a) Eskuinaldean gehiagotan gertatzen da.
b) Biriketako hipoplasiarekin lotzen da maiz.
c) Diafragmaren ezohiko goratzea da.
d) Muskukulu diafragmatikorik ez dagoelako gertatzen da.

370. Sortzetiko anomalia hauetako zein EZIN da kirurgia fetalaren bidez tratatu?

a) Mielomenigozelea.
b) Biriketako malformazio adenomatoide kistikoa (BMAK).
c) Onfalozelea.
d) Sortzetiko hernia diafragmatikoa.



371. Sortzetiko hernia diafragmatikoari (SHD) eta Gorputzez Kanpoko Mintz bidezko Oxigenazioarekin (ECMA) tratatzeari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Gaur egun, SHDak ECMOa erabili beharra dakar arnas gutxiegitasuna duten bularreko ume gehienetan.
b) ECMOa tratamendu-modalitate bat da, arnasgailuak eragindako biriketako heldugabetasuna prebenitzeko.
c) ECMOa ebakuntza aurretik egonkortzeko erabiltzen da beste tratamendu osagarri batzuekin batera; adibidez, maiztasun oszilatorio handiko aireztapenarekin (MOHA).
d) ECMO arteriobenosoa nahiz benobenosoa erabil daitezke, bietako bakar batek ez baitu frogatu bestea baino eraginkorragoa izatea.

372. Sortzetiko hernia diafragmatikoari dagokionez, zein da EGIA?

a) Ekografia bidezko jaioaurreko diagnostikoa haurdunaldiaren 25. eta 30. asteen artean egin daiteke.
b) Diagnostiko ekografikoa honako aurkikuntza hauetan oinarritzen da: polihidramnioak, toraxeko maila hidroaereoak, torax barneko masa ekogenikoa eta mediastinoko desplazamendua.
c) Eskuineko hernia diafragmatikoak sarriago detektatzen dira jaioaurreko ekografiaren bidez.
d) a) eta b) zuzenak dira.

373. Sortzetiko hernia diafragmatikoaren diagnostiko diferentzialean, zein HARTU behar dira KONTUAN?

a) Diafragma-ebentrazioa.
b) Morgagni-ren hernia diafragmatikoa.
c) Birikaren agenesia.
d) a) eta b) zuzenak dira.

374. Bochdalek motako sortzetiko hernia diafragmatikoan (SHD), baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Ohikoena eskuinaldean agertzea da.
b) Jaioberriaren biriketako alde bereko hipoplasiarekin eta birika-hipertentsio iraunkorrarekin lotzen da.
c) Diafragma-akatsa hestegorriko hiatoan egon ohi da.
d) Bizitzako lehen orduetan kirurgia-konponketa egiteak beti hobetzen du biziraupena.

375. Haur bat jaio berri da (gizonezkoa) eta sortzetiko hernia diafragmatikoa du. SHDa duen jaioberriaren hasierako kudeaketari dagokionez, markatu AUKERA OKERRA:

a) Intubazio orotrakeal goiztiarra eta aireztapen mekaniko babeslea.
b) Zunda orogastrikoa etengabeko xurgapenean.



c) Berpizteko poltsa-maskara bidezko aireztapena, bizkorketarako hasierako maniobra gisa.
d) Egonkortze hemodinamikoa eta arnasketa-egonkortzea, kirurgia-konponketaren aurretik.

376. Paziente batek sortzetiko diafragma-ebentrazio bat du. Horri dagokionez, hauetako zein da ZUZENA?

a) Diafragmaren akats oso bat du bereizgarri, errairik gabeko herniarekin.
b) Erradiologikoki ezin da SHD batetik bereizi.
c) Diafragma mehea eta goratua egoten da, muskulatura faltagatik; horrez gain, erraiak peritoneoak eta pleurak estalita daude.
d) Hura kudeatzean, konponketa urgentea behar da beti jaioberriaroan.

377. SHDaren aldaerei dagokienez, elkarketa hauetako zein da ZUZENA?

a) Morgagni-ren hernia – atze-alboko akatsa.
b) Bochdalek-en hernia – bularrezur atzeko akatsa.
c) Morgagni-ren hernia – akats anteromedial paraesternala, askotan haurtzaro berantiarrean diagnostikatua.
d) Hernia diafragmatiko zentrala – hestegorriko hiatoaren komunikazio zabala.

378. Mediastibora masak erauzteko iristeko bideei dagokienez, zein bide da egokiena?

a) Aurreko mediastinoko masetara iristeko, erdiko esternotomia bidez.
b) a), c) eta d) erantzunak egia dira.
c) Erdiko mediastinoko masak, atze-alboko torakotomia bidez.
d) Atzeko mediastinoko masak, atze-alboko torakotomia bidez.

379. Masa hauetako zein EZ dago aurreko mediastinoan?

a) Ganglioneuroma.
b) Teratoma.
c) Kiste timikoa.
d) Linfoma.

380. Sortzetiko Bronkio-Biriketako Malformazioen (CPAM) 5 *Stocker* motatako sailkapena honako irizpide hauetan oinarritzen da, SALBU honetan:

a) Kisteen egituran eta kokapenean.
b) Kisteen tamainan.
c) Buxadura epitelialan.
d) Baskularizazio motan.

381. Toraxeko teratomek hauetako zein dute ezaugarri?

a) Teratoma guztien % 40 dira.



b) Ohikoena aurreko mediastinoan agertzea da.
c) Gaur egun, ez dago bihotz barruko teratomak sendatzeko tratamendurik.
d) Adineko haurren kasuan, disnea egoten da diagnostikoa egitean.

382. Jaioaurreko diagnostikoak mediastinoko kiste bronkogeniko baten berri ematen digu. Baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Lesio solidoak izan ohi dira, eta OTan erraz antzeman ohi dira.
b) Gehienbat atzeko mediastinoan egoten dira.
c) Baliteke sintomarik gabekoak izatea eta ustekabean diagnostikatzea, baina arnasbidea infektatzeko edo konprimitzeko arriskua dago.
d) Sintoma larririk egon ezean, tratamendu lehenetsia behaketa mugagabea da.

383. Demagun bularreko haur batek sortzetiko biriketako malformazio (CPAM) bat duela, jaio aurretik diagnostikatua, eta asintomatikoa jaio ondotik. Zein da zentro askotan GAUR EGUN gehien onartzen den jokabidea?

a) Berehalako jaioberriaroan erresekzio kirurgikoa egitea kasu guztietan.
b) Behaketa klinikoa eta erradiologikoa, eta sintomak badaude baino ez da kirurgia aginduko.
c) Erresekzio programatua bizitzako lehen urtean, baita asintomatikoetan ere, infekzioak eragozteko eta biriketako konpentsazioa errazteko.
d) Interbentzio oro eskola-adina izan arte atzeratzea.

384. Gizonezko bat (13 urte) —182 cm eta 68 kg— Larrialdietara joan da 2 orduko eboluzioko toraxeko mina eta eztul lehorra zituelako. Zein da OKERRA?

a) Erradiografia bat egin behar da koadroa baieztatzeko.
b) Oxigenoterapia hasi behar da.
c) Drainatzeak 7 egun baino gehiago iraunez gero, ebakuntza baloratu beharko litzateke.
d) Bat-batean okerrera egiten badu eta desaturazioa gertatzen bada, OTA egin behar da.

385. Haurren kilotoraxaren etiologiari eta tratamenduari dagokienez, zein da aukera zuzena?

a) Kausarik ohikoena toraxeko hodiaren lesioa edo horretara isurtzen den hodi batena.
b) Kilotorax baten tratamendua hasteko, drainatzea egin eta kiloa galtzearen ondorioak aztertzen dira.
c) Tratamendu medikoa 1 edo 2 astean egitea gomendatzen da kirurgia-konponbideak saiatu aurretik.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

386. Berezko pneumotoraxari buruzko baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Heltzeko bide torakoskopikoa jotzen da kirurgia-tratamendu onenentzat pediatria-adinean.
b) Berezko pneumotoraxa ohikoagoa da 8 eta 16 urte bitarteko neska obesoetan.



c) Berezko pneumotoraxa da pleura-barrunbeko airearen pilaketa, askotan abiarazle argirik gabe.
d) a) eta c) zuzenak dira.

387. Paziente bat (7 urte) ZIUPean ingresatuta dago ezaugarri hauekin: sukar handia, eta zorne franko eta lokulazio ugariko isuria. Nola sailkatzen da isuri hori? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Pneumoniak eragindako isuri tipikoa edo 2. klasea.
b) Empiema konplexua edo 7. klasea.
c) Pneumoniak eragindako isuri konplexu sinplea edo 4. klasea.
d) Pneumoniak eragindako isuri ez esanguratsua edo 1. klasea.

388. Pneumatozelak parenkima barneko biriketako kisteak dira, pareta meheak dituztenak eta airez beterik daudenak. Azpiko askotariko bakterio-mikroorganismoekin lotu dira, eta badirudi gehienak pneumonia baten ondorio direla. Zein da germen eragile ohikoena?

a) *Streptococcus*a.
b) *Pseudomonas*a.
c) *Staphylococcus*a.
d) *Escherichia coli*a.

389. Lesio hauetako zein dago sortzetiko bronkio-biriketako malformazioen barruan?

a) Berezko pneumotorax primarioa.
b) Sortzetiko malformazio adenomatoide kistikoa (CPAM).
c) Bakterio-pneumonia lobarra.
d) Pneumoniak eragindako pleurako isuria.

390. Kontsultara haur bat iritsi da, gingil barneko birikaren bahiketa diagnostikatua du jaio aurretik. Ezaugarri hauetako zein da TIPIKOA?

a) Arteria-irrigazioa alde bereko birika-arteriatik.
b) Azigo zainerako zain-drainatze sistemikoa.
c) Ondoko birika normalarekin errai-pleura partekatzea.
d) Normalean eskuineko goi-gingilean agertzea.

391. Gure paziente batek eboluzio torpidoko pneumonia du. Pleura-enpiema pediatriko konplexu bat agertzen bada, estrategia hauetako zein da ZUZENA gaur egungo jardunbidearen arabera?

a) Drainatze toraziko sinplea egitea, fibrinolitikorik eta kirurgiarik gabe, kasu guztietan.
b) Trenkadura handiko fase antolatuetan, pleura barneko fibrinolitikoak erabiltzea edo bideoz lagunduriko dekortikazioa (VATS) egitea.
c) VATSa beti baztertzea, toraxeko deformazioak gertatzeko arrisku handia dagoelako.
d) Enpiemak ez du antibiotiko sistemikorik behar, drainatze egokia egiten bada.



392. Paziente pediatrikoetan pneumoniak aurrera egiten badu eta birika-abzesu bat agertzen bada, hauetako zein baieztapen da ZUZENA?

a) Gehienek lobektomia behar dute hasteko.
b) Hasierako tratamendua medikoa izan ohi da, hari zuzendutako zain barneko antibiotikoekin.
c) Irudi bidez lagundutako larruazalpeko drainatzea erabat kontraindikatuta dago.
d) Ohiz kanpokoa da gorputz arrotzaren xurgapenarekin lotuta egotea.

393. Nerabe batek zain-kateter zentralaren aurrekariak ditu; sukarra du, eta irudian mediastinoko masa bat ikusi da. Diagnostiko diferentzialen artean, kirurgia-ikuspegitik, zein EZ DA ahaztu behar?

a) Timo normala.
b) Mediastinoko linfoma.
c) Goiko kaba zaineko tronbosi septikoa, mediastinoko abzesuarekin.
d) Zenker-en dibertikulua.

394. Haurretan, pneumoniak eragindako pleurako isuriari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Isuri txiki eta aske guztiek toraxeko drainatzea behar dute.
b) Pleurako pH-a oso txikia, glukosa baxua eta LDH altua izateak enpiema konplexua iradokitzen du.
c) Toraxeko ultrasoinuak ez du informazio baliagarririk ematen.
d) Torakotomia irekia da beti lehen aukera kirurgikoa.

395. Paziente batek ubula bifidoa du. Egoera horretan zein da jokabide OKERRA?

a) Adenoamigdalektomia bat egitea, ahosabaiko mugikortasuna hobetzeko.
b) Pazientea hizkuntzaren aditu batengana bidaltzea.
c) Nasofibroskopia bat egitea.
d) Bideofluroskopia bat egitea.

396. Ahosabaiko fisurari dagokionez:

a) Diziplina anitzeko talde batek kontrolatu behar du 3 urtera arte.
b) Jaioberriaroan, kezka nagusia elikadura da.
c) Behin betiko hortz guztien erupzioa gertatuta, mentu albeolar bat egin behar da.
d) Ahosabai sekundarioa hortzoitik ebakortz-zulora doa.

397. Ahosabaiko muskulaturari dagokionez:

a) Zazpi (7) muskulu independente dira.
b) Bere funtzioa da /n/ edo /m/ fonemak ahoskatzean sudur-itxiera egokia lortzea.
c) Pazienteak fisura badu, errezelaren muskulu jasotzailea eta tenkatzailea hezur-ahosabaian txertatzen dira.
d) Mukosazpiko ahosabaiko arrailan, muskulatura normala da.



398. Ahosabaiko fisurari dagokionez, zein da OKERRA?

a) Bakarturik edo ezpainetako fisura batekin lotuta agertzen da.
b) Ahosabai gogorreko arraila maizago agertzen da bakarturik.
c) Mukosazpiko ahosabaiko fisura espektro patologikoaren zeinurik txikiena da.
d) Ahosabaia berreraikitzea 9 eta 12 hilabete bitartean egin ohi da.

399. Ahosabaiaren funtzioari eta ahosabaiko fisurari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Ahosabai bigunaren funtzioa fonazioarekin lotuta dago.
b) Fonazioa binakako 5 muskuluren araberakoa da.
c) Ahosabai gogorreko fisura bakartuek alteratzen dute gehien fonazioa.
d) Errezel-ahosabaiko muskulu jasotzailea eta tinkatzailea dira ahosabai bigunaren euskarri funtzionaleko bi muskulu garrantzitsuenak.

400. Erbi-ezpainaren (ezpainetako fisura) gaineko baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Ahosabaiko fisurarekin lotzen da beti.
b) Alde bakarrekoa edo aldebikoa, eta hozkadura txikia edo sudurrerainoko fisura osoa izaten da.
c) Ez du eraginik bularreko haurraren elikadun.
d) Ezinezkoa da ekografia bidez jaioaurreko diagnostikoa egitea.

401. Ahosabaiko fisura bakartuari dagokionez, zein da ZUZENA?

a) Ez da lotzen erdiko otitiseko arazoekin, ezta entzumen-galerarekin ere.
b) Arazo funtzional nagusia hurrupatzeko ezintasuna da, baina ez du eraginik mintzamenean.
c) Handitu egiten du erdiko otitis serosoa eta mintzamenaren trastornoa izateko arriskua , ezgaitasun belofaringeoagatik.
d) Kirurgia-konponketa nerabezaroan egin ohi da.

402. Bularreko haur osasuntsu batean ezpainetako alde bakarreko fisura konpontzea planifikatzean, aukera hauetako zeinek deskribatzen du hoberen ohiko praktika?

a) Bizitzako lehen 24 orduetan ezpainaren konponketa primarioa egitea kasu guztietan.
b) Ezpaina 3 hilabete inguru dituenean konpontzea, bularreko haurrak pisua hartu duenean eta egonkor dagoenean.
c) Konponketa eskola-adinera arte atzeratzea, interbentzio kopurua murrizteko.
d) Jaioberriaroan ezpaina eta ahosabaia aldi berean konpontzea.

403. Zein patologiatan EZ du zentzurik fetu-tratamendua proposatzeak?

a) Hernia diafragmatiko eta birika-hipoplasia larrian.



b) Oligoamniosak dauden gernu-buxadura larrian.
c) Polihidramniosak dauden hestegorriko atresia larrian.
d) Meningomielozelean.

404. Hidronefrosia pediatrikoaren azterketan ekografiak duen balioari dagokionez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Ez du giltzurrun-funtzioari buruzko informaziorik ematen.
b) Hidronefrosiaren diagnostikoan oso zehatza da.
c) Jaioberrietan, hidronefrosi-maila iragankorra izan liteke.
d) Oso zehatza da buxadurarik dagoen —eta, baldin badago, haren maila— zehazteko.

405. Zein da sortzetiko gernu-buxadura ohikoena?

a) Estenosi pieloureterala.
b) Estenosi ureterobesikala.
c) Uretrako atzeko balbuletakoa.
d) Beheko giltzurrun erdiko infundibulu-estenosia.

406. Estenosi pieloureteral baten ondoriozko pieloplastia egin ondoren stent *in situ* bati eusteko arrazoiei dagokienez, hauetako zein baieztapen da OKERRA?

a) Gernu-deribazioa eta -drainatzea bermatzea.
b) Gernu-infekzioa eragoztea.
c) Anastomosiaren kalibreari eustea.
d) Lerrokatze anatomikoa ziurtatzea.

407. Hauetako zein EZ da hidronefrosiaren kasua buxatzaile bat?

a) Lotura pieloureteraleko estenosia.
b) Uretrako atzeko balbulak.
c) Prune-belly-ren sindromea.
d) Ureter ektopikoa.

408. Jaioberri batek eskuineko hidronefrosia du, jaio aurretik diagnostikatua. Jaio zenetik 7 egun igarota ekografia-azterketa bat egin zaio, eta haren bidez giltzurrun-pelbisaren 10 mm-ko aurretik atzerako diametroa ikusi da. Ureterra EZ dago dilatatuta. Jaio eta 6 astera errenograma diuretikoa egin zaio, eta kurba zehaztugabea aurkitu zaio. Haurra asintomatiko dago. Hiru hilabete dituenean beste errenograma bat egitea erabaki da. Hauetako zein izango litzateke erabakigarria kirurgia-indikazio bat ezartzeko?

a) Hurrengo kontrolean giltzurrun-funtzioa galtzea.
b) Ekografia-azterketan giltzurrun-dilatazioa handitu dela ikustea.
c) Beste errenograma batean kurba buxatzaile bat aurkitzea.
d) Beste errenograma batean ikustea batez besteko hustuketa-denbora luzea duela.



409. Gizonezko bat (2 hilabete), asintomatikoa. Ezkerreko estenosi pieloureteralaren susmo ekografikoa dago (giltzurrun-pelbisaren 15 mm-ko aurretik atzerako diametroa 7 egun dituenean). Errenograma diuretiko bat eginda, honako hauek aurkitu dira: kurbaren morfologia zehaztugabea, erradiofarmakoa iraizteko 15 minutuko batez besteko denbora eta % 35eko ezkerreko giltzurrun-funtzioa. Zure ustez, zein da aukera zuzena?

a) Ezkerreko plastia pieloureteral bat egitea.
b) Errenograma errepikatzea 3 hilabeteren buruan.
c) Zainbarneko urografia bat egitea.
d) Atzeranzko pielografia bat egitea.

410. Zein da erauzketa multiorganiko batean jarraitu beharreko organoen erauzketa-ordena? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Birikak, gibela, giltzurrunak eta bihotza.
b) Bihotza, birikak, gibela eta giltzurrunak.
c) Giltzurrunak, gibela, bihotza eta birikak.
d) Gibela, giltzurrunak, birikak eta bihotza.

411. Jaioberri batek giltzurrunaren alde bateko agenesia du diagnostikatua, jaio aurretik. Jaiotzen denean egindako miaketa fisikoan horrekin lotutako bestelako anomaliak baztertu behar ditugu. Markatu aukera zuzena:

a) VACTERL elkarketa.
b) Mayer-Rokitansky-ren sindromea edo Muller-en hodiaren anomaliak.
c) Biriketako malformazio adenomatoideoa.
d) a) eta b) zuzenak dira.

412. Ureter ektopikoaren aurkezpen klinikoari eta anatomiari dagokienez, zein da OKERRA?

a) Ureter ektopikoa honela definitzen da: ureterrak ez du trigonoan drainatzen, baizik eta maskuriaren lepoan edo emari handiagoko posizio batean.
b) Ureter ektopikoen % 80 giltzurrun-sistemaren bikoizketarekin lotzen dira.
c) Ez da ohikoa neskek gernu-inkontinentzia jarraitua izatea, ureter-lotunea kontinentzia-mekanismotik hurbil (% 97) baitago.
d) Gizonezkoetan, ureter ektopikoaren lotunea honako hauetan egin ohi da: atzeko uretra (% 40-50) eta semen-besikula (% 20-60).

413. Zein da jaioaurreko hidronefrosian kirurgia fetala egiteko indikazio onartu bat?

a) Buxadura pieloureterala.
b) Buxadura ureterobesikala.
c) Beheko gernu-traktuaren buxadura.
d) Ureterozele buxatzailea.



414. Kartzinoma kortikosuprarrenalari dagokionez, baieztapen hauetako zein EZ da egia?

a) Ez da oso ohikoa haurretan.
b) Ez dira hormonalki aktiboak.
c) Li-Fraumeni-ren sindromearekin lotzen da.
d) Beckwith-Wiedemann-en sindromearekin lotzen da.

415. Gernu-aparatuaren sortzetiko anomalia hauetako zein lotzen da lotura pieloureteralaren buxadurarekin?

a) Ferraren moduko giltzurruna.
b) Ureterozele ektopikoa.
c) Lotura pieloureteralaren estenosia, giltzurrun-pelbis dilatatua eta hidronefrosia.
d) Uretrako atzeko balbulak.

416. Gizonezko jaioberrietan, uretrako atzeko balbulei (UAB) dagokienez, hauetako zein da ZUZENA?

a) Jaioberrien gernu-buxaduraren kausa arraroak dira.
b) Jaioaurreko diagnostikoa ezinezkoa da.
c) Gizonezkoetan, gernu-traktu baxuaren buxaduraren kausa ohikoena dira, eta hidronefrosiaren edo "giltzaren zeinua"-ren (*keyhole sign*) bidez jaio aurretik detekta daitezke.
d) Behin betiko tratamendua uretraren erresekzio irekia da.

417. Zein patologiak EZ du zerikusirik haurtzaroan giltzurrun-litiasia agertzearekin?

a) Anemia faltziformeak.
b) Hiperparatiroidismoak.
c) Azidosi tubularrak.
d) Giltzurrun-litiasiaren familia-aurrekariak.

418. Zein faktorek EZ du eraginik gernu-litiasien tratamenduan?

a) Agertoki klinikoak.
b) Litiasiaren familia-aurrekariek.
c) Litiasiaren kokapenak.
d) Litiasiaren tamainak.

419. Haurtzaroko gernu-litiasiari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Ezohikoa da haurretan, eta ez da alterazio metabolikoekin lotzen.
b) Kasu gehienek ez dute azterketa etiologikorik behar.
c) Haurren litiasia nahasmendu metabolikoekin (hiperkaltziuria, hiperoxaluria, hiperurikosuria) lotzen da maiz, eta azterketa etiologiko osoa behar du.
d) Tratamendua kirurgikoa da beti.



420. Ureter-litiasia haurretan kirurgikoki kudeatzeari buruzko zein baieztapen da ZUZENA?

a) Gorputzez kanpoko talka-uhinen bidezko litotrizia (GTUL) pediatria-adinean kontraindikatuta dago.
b) Gorputz barneko litotrizia duen ureteroskopia zurruna edo malgua gero eta gehiago erabiltzen da gernu-litiasietan, bereziki distaletan.
c) Larruazalean zeharreko nefrolitotomiak ez du indikaziorik haurretan.
d) Kirurgia irekia da aukera terapeutiko bakarra.

421. Pediatria-adineko giltzurruneko transplanteari dagokionez, zein da erantzun ZUZENA?

a) Nerabeetan baino ez da agintzen; haur txikietan hobe da dialisia mugarik gabe mantentzea.
b) Giltzurruneko transplantea da tratamendu lehenetsia giltzurruneko gaixotasun terminala duten haur gehienetan, betiere kontraindikaziorik ez badago.
c) Transplantea egin aurretik, giltzurrunak erauzi behar dira beti.
d) Pazientearekin lotura duten emaile biziak ez dira erabili behar, errefusatzeko arrisku handiagoa dagoelako.

422. Zein faktore kliniko diagnostikok EZ du eraginik, maskuriko-ureterreko errefluxua duten haurretan, kirurgia-tratamendua erabakitzeko?

a) Pielonefritis errepikakorra eta giltzurruneko orbainak egoteak (profilaxi antibiotikoa gorabehera).
b) Lotutako bihotz-biriketako malformazioek.
c) Bi (2) urtetik gorako haurretan maskuri-ureterreko errefluxu handia egoteak.
d) Jarraipen zein profilaxi antibiotikoan familiaren fideltasun eta jarraitutasunik ez egoteak.

423. Errefluxu besikoureteral sekundarioaren kausatzat hartutako alterazio hauetako zein EZ da kausa bat?

a) Ureter ektopikoa.
b) Hustuketa-disfuntzio funtzionala.
c) Urakoaren iraunkortasuna.
d) Maskuri neurogenoa.

424. Zein EZ da errefluxu besikoureteralaren kirurgia-tratamenduaren indikazio absolutua?

a) Giltzurruneko erasan progresiboa.
b) Pielonefritis errepikakorra, tratamendu antibiotiko profilaktikoa gorabehera.
c) Jarraipenean berezko konponbiderik ez egotea.
d) Profilaxi antibiotikoarekiko intolerantzia edo atxikimendu falta.



425. Errefluxu besikoureteralaren tratamendu Ez-kirurgikoan honako neurri hauek guztiak jasota daude, SALBU honako hau:

a) Profilaxi antibiotiko jarraituaren bidez infekzioak eragoztea.
b) Hustuketa-disfuntzioak tratatzea (adibidez, idorreria eta atxikitze-ohitura).
c) Perineoko hidratazio eta higiene ona lortzea.
d) Hiru (3) hilean behin gammagrafia bidezko zaintza zorrotza egitea.

426. Indikazio hauetako zein EZ da indikazio absolutu bat errefluxu besikoureterala kirurgikoki zuzentzeko?

a) Giltzurruneko lesio progresiboa.
b) Pielonefritis interkurrentea.
c) Goi-mailako errefluxua (IV – V).
d) Profilaxi antibiotikoa ez toleratzea edo ez betetzea.

427. Emakume bat, haurdunaldiaren 28. astean. Umetoki-barneko ekografian ikusi denez, fetuak eskuineko giltzurrun-pelbisa dilatatuta du; 7 mm-ko aurretik atzerako diametroa, hain zuzen ere. Ez dago bestelako aurkikuntza patologikorik fetuan, plazentan eta likido amniotikoan. Zein da diagnostiko probableena?

a) Hidronefrosi iragankorra.
b) Estenosi pieloureterala.
c) Errefluxu besikoureterala.
d) Estenosi ureterobesikala.

428. Errefluxu besikoureteralean (EBU) errefluxuaren aurkako kirurgia egiteko erabakia indibidualizatua izan behar da. Hauetako zein EZ da EBUa kirurgikoki zuzentzeko indikazio absolutua?

a) Giltzurruneko lesio progresiboa.
b) Urokultibo positiboen iraunkortasuna.
c) Pielonefritis interkurrentea.
d) Giltzurrun-hazkunderik ez dagoela frogatzea.

429. Adierazi, nazioarteko sistemaren arabera, paziente batek errefluxu besikoureteralaren zein gradu duen, baldin eta ureterra, pelbisa eta kalizak oso dilatatuta eta bihurtuta baditu:

a) II. gradua.
b) III. gradua.
c) IV. gradua.
d) V. gradua.



430. Haurren errefluxu besikoureteralari (EBU) buruzko zein baieztapen da ZUZENA?

a) Probabilitate handia dago EBU arina (I-II. gradua) hazkundearekin berez konpontzeko.
b) EBU guztiek berehalako zuzenketa kirurgikoa behar dute.
c) EBUa ez da giltzurruneko orbainekin lotzen.
d) EBUa nerabeetan baino ez da diagnostikatzen.

431. Haur batek gradu altuko (IV-V) EBUa eta sukar-pielonefritisaren gertakari errepikatuak ditu, profilaxi antiubiotikoa gorabehera. Zein izaten da jarrerarik EGOKIENA?

a) Behaketa kliniko mugagabea egitea bakarrik.
b) Profilaxi antibiotikoa etetea eta berez konpon dadin itxarotea.
c) Kasuaren ezaugarrien arabera, EBUa kirurgikoki zuzentzeko (ureterraren berrinplantea edo teknika endoskopikoa) agintzea.
d) Nahitaezko nefrektomia egitea.

432. Proba hauetako zein da lehenetsia EBUaren hasierako diagnostikoa eta graduazioa zehazteko?

a) Giltzurruneko ekografia.
b) DMSA gammagrafia.
c) Mikzio-uretrozistografia seriatua (mikzio-zistografia).
d) Giltzurruneko erresonantzia magnetikoa.

433. Zeinu ekografiko hauetako zeinek EZ du baliorik gernu-maskuriko estrofiaren jaio aurreko diagnostikoan?

a) Fetuaren garapen ponderalaren atzerapenak.
b) Zilbor-hestearen ezarpen baxuak.
c) Gizonezkoetan, eskrotoa atzera desplazatuta eta zakil txikia egoteak.
d) Fetuaren zenbait kontrol ekografikotan giltzurrun normalak eta maskuririk eza agertzeak.

434. Zergatik da hobea gernu-maskuriko estrofiaren itxiera primarioa lehen 76 orduetan egitea?

a) Pelbis-eraztunaren malgutasunak osteotomia sakro-iliakorik gabe ixtea ahalbidetzen duelako.
b) Maskuriko mukosaren esposizioa eta higadura saihesten direlako.
c) Ebakuntzaondoko infekzio-intzidentziak gutxiago izatea dakarrelako.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

435. Egoera hauetako zein EZ da iztaiko herniarekin lotzen?

a) Fibrosi kistikoa.



b) Gernu-maskuriko estrofia.
c) Alfa-1-antitripsina eskasa.
d) Deribazio bentrikuluperitoneala.

436. Gernu-maskuriko estrofian, hauek guztiak dira berreraikitzearen helburu, salbu honako hau:

a) Maskuria eta uretra ixtea lortzea.
b) Uzkia birjartzea.
c) Maskuriaren lepo eraginkorra sortzea.
d) Genitalak berreraikitzea.

437. Konplikazio hauetako zein EZ da normalean egoten gernu-maskuriko estrofiagatik ebakuntza egindako haur batean?

a) Gernu-inkontinentzia.
b) Gernu-infekzioak.
c) Zakilaren inkurbazioa.
d) Nahasmenduak ibileran.

438. Anomalia hauetako zein EZ dago Currarino-ren triadan sartuta?

a) Uzki-ondesteko malformazioa.
b) Epispadia.
c) Errain-hezurraren alterazioa.
d) Errain-hezurraren aurreko masa (teratoma edo aurreko meningozele bat).

439. Gernu-maskuriko estrofiari eta haren aldaerei buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Epispadiak gizonezkoetan baino ez dira agertzen.
b) Gernu-maskuriko estrofia klasikoan, maskuria abdomenaren beheko zatian dagoen plaka ireki bat da, eta epispadiarekin lotzen da beti.
c) Kloakako estrofia (KE) estrofia-modurik konplexuena da.
d) Gernu-maskuriko estrofia duten haurretan, giltzurrunak eta gernu-ekoizpena normalak izaten dira, baita likido amniotikoaren bolumena ere.

440. Estrofia-epispadia konplexuari dagokionez, zein da baieztapen ZUZENA?

a) Maskuriko estrofia klasikoaren ezaugarriak dira maskuria erdiko lerroan irekia egotea, pubiseko sinfisia bananduta egotea eta epispadia.
b) Ohikoagoa da nesketan mutiletan baino.
c) Ez da pelbis-zoruaren alterazioekin lotzen.
d) Ez du diziplina anitzeko plangintzarik behar.



441. Gernu-maskuriko estrofiaren hasierako kirurgia-kudeaketan, zertan datza zentro askotan gehien onartutako estrategia?

a) Konplexuaren (maskuria, abdomen-pareta eta pelbisa) ixte primarioa egitea jaioberriaroan.
b) Edozein interbentzio nerabezarora arte atzeratzea.
c) Hasteko, zistektomia eta gernu-deribazio iraunkorra egitea.
d) Tratamendu kontserbatzailera mugatzea, kirurgiarik gabe.

442. Gernu-maskuriko estrofiaren epe luzeko konplikazioen eta haren tratamendu berreraikitzailearen artean honako hauek daude, SALBU hau:

a) Gernu-inkontinentzia.
b) Sexu-funtzioaren eta ugalkortasunaren nahasmenduak.
c) Maskuri berreirakian maskuriko kartzinoma izateko arrisku handiagoa.
d) Ez izatea psikologia eta bizi-kalitate arloko arazorik.

443. Zein da hipospadia kirurgikoki zuzentzearen helburua?

a) Zakila zuzen tentetzea eta inkurbazioak eragoztea.
b) Gernu-meatua glandeko apexetik ahalik eta hurbilen egotea.
c) Aurrerantz ondo zuzendutako gernu-zurrusta egitea.
d) Aurreko guztiak.

444. Uretroplastia baten ondoren sortutako larruazaleko uretrako fistula bat konpontzeko, zein faktore hartu behar ditugu kontuan?

a) Ixteko, ehunak eta zintzilikarioak ondo mobilizatu behar dira.
b) Josturaren gainean zenbait ehun-geruza jarri behar dira.
c) Uretrako estenosi distala baztertzea eta aldez aurretik segurtasunez tratatzea.
d) Aurreko baieztapen guztiak baliozkoak dira.

445. Hipospadiaren kirurgia-konplikazioei dagokienez, zein da OKERRA?

a) Uretra-larruazaleko fistula da gutxien gertatzen den konplikazioetako bat.
b) Fistularen itxiera kirurgikoa gutxienez 6 hilabete atzeratu behar da.
c) Fistula buxadura distal batekin lot daiteke.
d) Baliteke fistula handiek ehun-zintzilikarioen bidezko itxitura konplexuak behar izatea.

446. Hipospadia zuzentzeko kirurgiaren helburuek honako hauek hartzen dituzte barne:

a) Zakil-uzkiko ardatza erabat zuzentzea.
b) Kalibre uniformeko neouretra eraikitzea.
c) Emaitza estetiko egokia lortzea.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.



447. Hipospadia duen paziente baten kasuan, zein da ukitutako senideen intzidentzia?

a) % 7-10.
b) % 10-20.
c) % 2-3.
d) Hipospadia duen aitarik gabeko beste haur batek adina.

448. Hipospadiari buruzko baieztapen hauetatik, zein da ZUZENA?

a) Nesketan baino ez du eraginik.
b) Zakilaren beheko zatiko gernu-meatu ektopikoa dago, eta sarritan baita inkurbazioa eta "txano" erako prepuzioa ere.
c) Ez da oiz beste anomalia urologiko batzuekin lotzen.
d) Ez du eragin funtzional edo estetikorik.

449. Haur osasuntsu baten hipospadia distala kirurgikoki konpontzeko une egokienari dagokionez, zein da gomendiorik onartuena?

a) Berehalako jaioberriaroa (lehen 7 egunak).
b) 6 eta 18 hilabete bitartean, kasuaren arabera indibidualizatuta.
c) Pubertaroaren ondoren, anestesiaren arriskua murrizteko.
d) Pazienteak gernu-sintomak baditu bakarrik.

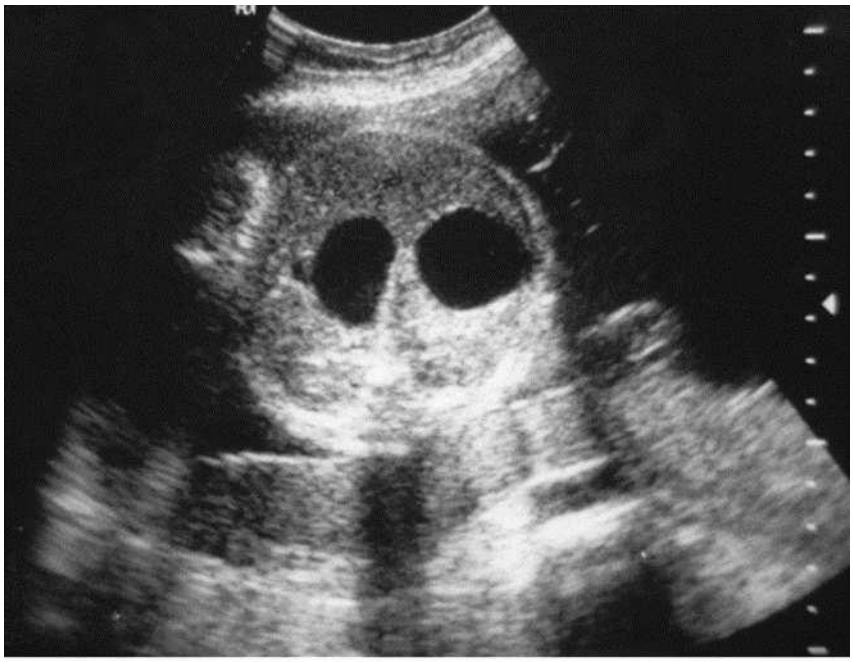
450. Hipospadia proximal larria (zakil-eskrotokoa) eta aldebiko kriptorkidia dituen jaioberri baten hasierako ebaluazioan, zein da jarrerarik EGOKIENA?

a) Hipospadiaren konponketa programatzea lehen 2 asteetan, beste azterketarik gabe.
b) Sexu-garapenaren nahasmendua izan litekeela kontuan hartzea, eta azterketa endokrinologikoa eta genetikoa eskatzea.
c) Garapenaren aldaera normal bat dela onartzea.
d) Berehalako zirkunzisioa egitea, higienea errazteko.

ARIKETA PRAKTIKOAK

1. KASUA

Emakumea, haurdunaldiaren 24. astean. Bigarren hiruhilabeteko ekografian hauxe diagnostikatu diote: fetuaren polihidramniosa eta burbuila bikoitzaren zeinu ekografikoa, ganbera gastriko lasaia eta, itxuraz, duodeno proximala. Susmo hori dela-eta, amaren erresonantzia egingo zaio diagnostiko diferentziala osatzeko.



451. Jaioberrien duodenoko buxadurari dagokionez, baieztapen hauetako zein da EGIA?

a) Haize-mahuka edo galtzerdi formako duodenoko buxaduran, duodenoaren zati dilatatua buxadura-puntutik urrun dago.
b) III. motako duodeneoko atresiak dira ohikoenak.
c) Beste digestio-malformazio batzuk dira lotutako anomalia ohikoenak.
d) Behazun-gorakoak II. motako duodenoko atresian baino ez dira agertzen.

452. Jaioberrien duodenoko atresiari dagokionez, baieztapen hauetako zein da, zure ustez, EGIA?

a) I. motako atresia gehienak anpoila aurrekoak dira.
b) Duodenoko atresiaren debutik ohikoena da gorako ez-behazuntsuak izatea.
c) Haurdunaldiaren 12. aste inguruan gertatzen da, baina jaioaurreko diagnostikoa haurdunaldiaren 7-8. hilabetean egiten da.
d) Duodenoko mintza II. motako duodenoko atresiari dagokio.



453. Kasuen % 50en, duodenoko atresiarekin lotuta honako malformazio edo anomalia hauek ere agertzen dira, SALBU hau:

a) Eskeleto-malformazioak.
b) Down-en sindromea.
c) Bihotz-malformazioak.
d) Eraztun-formako pankrea.

454. Duodenoko atresiaren kirurgia-konponketan, zein da kirurgia-tratamenduaren aukerarik EZOHIKOENA?

a) Duodeno-duodenostomia.
b) Mintzaren eszisioa.
c) Gastrojeiunostomia.
d) Duodenojeiunostomia.

455. Zein DA jaioberrien duodenoko buxaduraren ebakuntza osteko konplikazio nagusia?

a) Ebakuntzaondoko peritonitisa.
b) Bihotz-gutxiegitasuna.
c) Ahoko intolerantzia luzatua (sasibuxadura funtzionala).
d) Oligoanuria.

2. KASUA

Bularreko haurra, 24 ordukoa, Espainiara iritsi berri diren etorkinak dira haren gurasoak. Larrialdietara ekarri dute larrialdietara arnas distres handia eta arnasketa-kexua dituelako. Erradiografia egin diote:



456. Zer proba osagarri egin behar zaizkio pazienteari?

a) Toraxeko OT bat egin behar da beti.
b) Igarotze esofagogastriko bat egin behar da beti.
c) Ekokardiografia bat egin behar da, lotutako anomaliak baztertzeko.
d) Erradiografia 72 orduren buruan berriz egin behar da diagnostikoa baieztatzeko.

457. Zure susmo diagnostikoaren arabera kontuan hartu beharreko diagnostiko diferentzialak honako hauek dira:

a) Sortzetiko hiato-hernia.
b) Arnasbideetako sortzetiko birika-malformazioa.
c) Sortzetiko birikaren agenesia.
d) a), b) eta c) erantzunak zuzenak dira.

458. Zure susmo diagnostikoaren arabera, zein da baieztapen zuzena?

a) Pazienteari ebakuntza urgentea egin behar zaio.
b) Malformazio horren konponketa irekia toraxetik edo abdomenetik helduta egin daiteke.
c) Akats handiak konpontzeko, oro har, protesi-txaplata bat behar izaten da.



d) b) eta c) dira zuzenak.

459. Konplikazioei eta pronostikoari dagokienez, zure susmo diagnostikoaren arabera, zein da baieztapen zuzena?

a) Ebakuntzaondoko odoljarioa da ECMOa duen pazientearen konplikaziorik esanguratsuena.
b) Birika-hipertentsioa kirurgia-zuzenketaren ondoren konpontzen da beti.
c) Behatutako/esperotako LHRa < % 25 izateak % 65 eta % 88 bitarteko biziraupena aurreikusten du.
d) Bakar bat ere ez da zuzena.

3. KASUA

460. Zein dira apendizitis akutuaren diagnostiko diferentzialak?

a) Crohn-en gaixotasuna.
b) Meckel-en dibertikulitisa.
c) Tiflitisa.
d) Aurreko guztiak zuzenak dira.

461. Apendizitis akutuaren proba osagarriei dagokienez, zein da zuzena?

a) Erradiografia sinpleek kasuen % 50en fekalito bat dagoen froga dezakete.
b) Apendize inguruko ekogenizitatea handitzea ohiko ekografia-zeinua da.
c) < 6 mm-ko apendize ez-konprimagarria apendizitisaren diagnostikoa da.
d) Ahoko kontrasteak OTaren zehaztasun diagnostikoa hobetzen du.

462. Apendizitis akutuaren terapia-jarrerari dagokionez, zein da egia?

a) Tratamendua zainbarneko likidoak eta espektro zabaleko antibiotikoak ematen hasten da.
b) Patologiaren urgentziak apendizektomiak gauez egitea justifikatzen du.
c) Apendizektomia laparoskopikoek abdomen barneko abzesua izateko arrisku handiagoa dakarte.
d) Apendizitis zulatu gabe baten ondoriozko apendizektomia egin ondoren, gutxienez hiru antibiotiko dosi osagarri hartzea gomendatzen da.

4. KASUA

Emakumea (7 urte). Eguneko eta gaueko enuresia, betidanik. Egunez: orbanak kuleroetan, eta egunean 2-3 aldiz kuleroak aldatu beharra. Gernu-larritasuna. Gorputz-jarrera anormalak pixagale denean. Miaketan sakrokoxigeoa bat aurkitu zaio. Gauez egunero gernu-ihesak ditu, mikzio osokoak. Gauero ihes bat baino gehiago dituela uste du. Ama enuretikoa izan zen 9 urte bete arte.

463. Zein da pazientearen egoera hoberen deskribatzen duen aukera diagnostiko orokorra?

a) Sintoma bakarreko gau-enuresi primarioa.



b) Jatorri psikologikoko gau-enuresi sekundarioa.
c) Eguneko inkontinentzia funtzionala eta gau-enuresia (sintoma bat baino gehiagoko enuresia) dituen mikzio-nahasmendua, eta, sinu sakrokoxigeoa aurkituta, erasan neurogenorik dagoen aztertu behar da.
d) Gernu-inkontinentzia jarraitua, sortzetiko fistula ureterobaginala dela-eta.

464. Zein izango litzateke hasierako azterketa-plangintza egokiena paziente horrentzat?

a) Zuzenean garezurreko erresonantzia magnetikoa eta mikzio-zistografia eskatzea.
b) Historia kliniko xehea (mikzio- eta obramendu-patroia, likido-hartzea eta familia-aurrekariak), balorazio lunbrosakro eta neurologikodun miaketa fisiko osoa, mikzio- eta ihes-erregistroa, eta gernu-analisia. Giltzurrun-maskuriko ekografiarekin osatu behar da, eta, sinu sakrokoxigeoagatik susmo neurologikorik badago, bizkarrezur lunbosakroaren irudi-azterketa egin behar da.
c) Desmopresina bidezko tratamendua hastea, beste probarik egin gabe, klinika hori ohikoa baita enuresi primarioan.
d) Urodinamia inbaditzailea egitea, lehen proba diagnostiko gisa.

465. Zein litzateke hasierako terapia-ikuspegirik egokiena azterketa osatzen den bitartean?

a) Gaueko zigorra eta ur-murrizketa gogorra arratsalde erditik aurrera.
b) Zuzenean desmopresina hastea, dosi osoetan, zenbait hilabete, neurri gehigarririk gabe.
c) Uroterapia estandarreko neurriak hartzea (hezkuntza, mikzio programatuak, mikzio-jarreren zuzenketa, idorreria kudeatzea (halakorik badago) eta likidoen ahorakina doitzea), eguneko inkontinentziaren tratamendu sekuentziala, eta ondoren, gau-enuresia tratatzea; gainera, aztertzea enuresiaren eta/edo farmakoen alarma (antikolinergikoak, desmopresina), azterketaren emaitzen eta hasierako erantzunaren arabera.
d) Sinu sakrokoxigeoaren berehalako kirurgia agintzea, enuresiaren tratamendu bakar gisa.

466. Amaren aurrekariei dagokienez (alegia, enuretikoa 9 urte bete arte), zein da baieztapenik zuzenena?

a) Ez du garrantzirik, enuresiak ez baitu familia-agregaziorik.
b) Enuresian osagai genetiko bat egoteari buruzko hipotesia indartzen du, ohikoa paziente horietan.
c) Tumore-kausa bat baztertzera darama beti.
d) Tratamendu farmakologiko goiztiarra agintzeko irizpide absolutua da.



5. KASUA

Gizonezko bat (4 hilabete) Kirurgia Pediatrikoko kontsultara ekarri dute, pediatrak bidalita. Izan ere, honako hau detektatu du: eskuineko barrabilaren falta ezkerreko barrabila zorroan, bolumena handituta, eta prepuzio-anomalia.

467. Zein izango da gure hasierako jarduketa kontsultan?

a) Abdomeneko OTA eskatzea.
b) Miaketa fisikoa eta anamnesia.
c) Odol- eta gernu-analitika.
d) Gurasoei jakinaraztea sexu-bereizketaren akats bat egon daitekeela.

468. Pazientearen miaketa fisikoan EZ dugu eskuineko barrabilik atzeman, ez eskroto-zorroan, ezta iztaiaren aldean ere. Ezkerreko barrabila eskroto-zorroan dago, eta hidrozele txikia dago. Zakilak tamaina ona du; prepuzioa osatu gabe dago, eta uretrako zuloa ildo balanoprepuzialean. Detektatutako akatsetan oinarrituta, maniobra hauetako zein egin behar dugu kontsultan?

a) Ezkerreko iztaia estutu, hidrozelea handitzen den ikusteko.
b) Hemiprepuzioa askatu.
c) Uretra-meatuaren diametroa kalibratu, eta estenosirik dagoen egiaztatu.
d) Ezkerreko hidrozelea hustu, ziztatuta.

469. Adierazi kontsultatik, hasieran, zein azterketa osagarri eskatuko den:

a) Abdomeneko eta iztai-eskrotoko ekografia.
b) Abdomeneko eta perineoko OTA.
c) Perineoko ekografia.
d) Abdomeneko-pelbiseko EMNa.

470. Azterketa osagarria eginda, ikusi da eskuineko barrabila, itxuraz tamaina normalekoa, abdomenaren barnean dagoela, barneko iztai-eraztunaren mailan. Ezkerreko barrabila eskroto-zorroan dago, eta EZ dago hidrozelearen ebidentziarik. Azterketaren aurkikuntzen arabera, zein proposamen kirurgiko egingo diozu familiari, seguru aski?

a) Pfannenstiel-en laparotomia eta barrabilen mobilizazioa.
b) Ezkerreko orkidopexia eta eskuineko orkidopexia, iztai bidetik.
c) Laparoskopia, barrabilen mobilizazioa eta eskuineko orkidopexia.
d) Laparotomia eta eskuineko orkiektomia.

471. Ebakuntzan ikusten da eskuineko barrabila EZ dela bideragarria, atrofiko dagoela, eta erauzi egin behar izan da. Eskuineko barrabilaren galeraren ondorioz, zein interbentzio egitea komeni da kirurgia-denbora berean?

a) Zirkunzisioa.
b) Barrabil-protesiak jartzea.
c) Eskuineko iztaiko linfadenektomia.
d) Ezkerreko orkidopexia.



472. Badirudi jaitsi GABEKO barrabila (JGB) endekapen gaiztoa izateko arriskuarekin lotzen dela. Baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Abdomenean dagoen barrabila gaiztotzeko arriskua % 5ekoa da.
b) Seminoma (% 78) da tumore ohikoena abdomenean dauden JGBetan.
c) Tumore germinalak (% 63) dira ohikoenak JGBetan orkidopexia arrakastatsu baten ondorengo.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

6. KASUA

Sei (6) eguneko paziente bat, Jaioberrien Unitatean (JZIU) ingresatuta.
Jaiotza-pisua: 1.460 g. 7/9 APGAR indizean. Arnas zailtasuna eta hipogluzemia zirela-eta, bizkorketa behar izan zuen. CPAP bidezko arnas laguntza jarri zitzaion (% 33ko FiO2a), zilbor-bidearen kanalizazioa egin eta zainbarneko serumterapia hasi zen. Jaio eta 24 ordutara, oritz bidezko elikadura zunda orogastrikotik. Jaio eta 4 egunetara nutrizio parenterala hasi zen. Jaio eta 24 ordutara mekonioa kanporatu zuen.
Honako hauek hasi zaizkio: abdomeneko distentsioa, zurbiltasuna, perfusio periferiko txarra eta febrikula. Hondakin gastrikoa eta eginkari likido ugariak eta kirasdunak ditu, eta eginkarietako odol ezkutatua detektatu da. Miaketa fisikoa eginda, abdomenak distentsioa du; mingarria dirudi; hesteetako lakioak markatuta ditu, eta eritema txikia du abdomeneko paretan.
Odol-analitikan honako hauek daude: ezkerrerantz desbideratutako leukopenia, azidosi metabolikoa, PCR (30), tronbopenia moderatua eta plaketopenia moderatua.

473. Irudi-proba hauetatik, zein eskatuko duzu lehenik?

a) Abdomeneko OTA.
b) Enema opakua.
c) Igarotze esofagogastroduodenala.
d) Abdomeneko erradiografia.

474. Egindako irudi-azterketan lakio barneko edema bat ikusten da; pareta barneko gasaren edo pneumatosiaren zeinuak ere badaude, eta ez dago kaltzifikazioen, errai-dilatazioen eta lakio finkoaren ebidentziarik. Zein da diagnostiko probableena?

a) Mekonio-ileoa.
b) Ezkerreko kolon hipoplasikoaren sindromea.
c) Enterokolitis nekrosatzailea.
d) Heste-inbaginazioa.

475. Erradiografia sinple bateko aurkikuntza hauetatik, zein jotzen da pronostiko txarraren zeinutzat? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Hesteetako pneumatosia.
b) Gasa egotea porta zainean.
c) Heste-lakioetako edema.
d) Peristaltismo areagotua.



476. Patologia horren tratamenduari buruzko baieztapen hauetako zein da ZUZENA?

a) Lehen mailako tratamendua sostengu-tratamendua da. Tratamendua honako hauekin hasten da: hesteetako atsedena, urdail-deskonpresioa, zainbarneko likidoak eta nutrizio parenterala.
b) Ebakuntza egiteko indikazio absolutu bakarra da abdomeneko erradiografia batean pneummoperitoneoa ikustea.
c) Leku berean hesteetako "lakio finko" bat badago, baliteke adierazi nahi izatea segmentu afuntzional bat dagoela, nekrosi posibleagatik. Batzuek kirurgia-indikaziotzat hartzen dute.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

477. Digestio-hodia babesten duten barrera fisikoei buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Urdailaren pH baxua da patogenoak ugaltzen laguntzen duten digestio-hodiaren lehen faktoreetako bat.
b) Garaiaurreko bularreko umeetan, higikortasun heldugabearen eraginez kaltegarriak izan daitezkeen substantziekiko esposizio epitelial handiagoa eta bakterioen ezabatze txikiagoa daude.
c) Hesteetako epitelioa estaltzen duen muki-geruzak barrera-funtzioan funtsezko rola betetzen du. Muzina da mukosa babesteko funtsezko elementuetako bat.
d) Hesteetako zelula epitelialek barrera fisiko konplexua eta oso erregulatua sortzen dute, eta mintz erdiiragazkorra osatzen dute.

478. Patologia horretan, aldaera hartaratzaileak frogatu dira. Hauetako zein EZ da prozesu horrekin lotutako faktore bat?

a) Prematuritatea.
b) Zilbor-kateterizazioa.
c) Amagandiko edoskitzea.
d) Sortzetiko bihotz-gaixotasuna

7. KASUA

Zure ospitalean, Kirurgia Pediatrikoko Zerbitzuak haurdunentzako jaioaurreko aholkularitza- eta informazio-kontsulta bat du kirurgikoa izan litekeen malformazioa duten fetua dutela detektatzen denean. Zure zerbitzuan etengabeko arretako Kirurgialari Pediatrikoa dago (24 ordu), eta hirugarren mailako ospitalea da.
Haurdunaldiko 30. asteko haurdun bat kontsultara lehenengo aldiz etorri da. Jaioaurreko azterketa ekografikoan abdomenaz kanpoko irudi kapsulatu bat ikusi da, eta bertan heste-lakioak eta gibela ageri dira. Horrez gain, abdomeneko eduki estaliaren herniazioa du, eta zilbor-hestearen irteera akatsaren apexean dago.

479. Zein da diagnostikoa? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Onfalozelea.
b) Gastroskisia.
c) Spiegel-en hernia.



d) Aranpasa gisako sabelaren sindromea.

480. Haurdunari emango diozun informazioari dagokionez, hauetako zein da baieztapen zuzena?

a) Erditzearen bidea irizpide obstetrikoen araberakoa izango da; ez da frogatu zesarea onuragarriagoa denik.
b) Aukera terapeutikoak akatsaren tamainaren, adin gestazionalaren eta lotutako anomalien araberakoak dira.
c) Beti urgentziazko kirurgia egin behar da, jaio bezain pronto, ondoko ebakuntza-gela batean.
d) a) eta b) erantzunak zuzenak dira.

481. Erditze-gelatik Kirurgia Pediatrikora abisatu dute pazientea jaio berri dela. Honako baieztapen hauetatik, zein da OKERRA?

a) Gorputzaren tenperatura eta aireztapena mantendu behar dira.
b) Lehenik eta behin, hernia-edukia gutxitu behar da.
c) Zunda nasogastriko bat eta ondesteko zunda bat jarri behar dira, deskonprimatzeko.
d) Kardiologia-ebaluazioa bizitzako lehen orduetan.

482. Azaldutako malformazioaren jatorriari eta anatomiari buruzko baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Erraiak sabel-barrunbera ez itzultzeagatik agertzen da.
b) Barrenean, heste-lakioez gain, baliteke bestelako erraiak ere egotea, hala nola gibela, maskuria, urdaila, obulutegia eta barrabila.
c) Akatsa paretaren ixteak edo migrazioak porrot egitearen ondorio da, eta, horregatik dago beti abdomeneko alboko eremuan.
d) Zakua amnioek, Wharton-en gelatinak eta peritoneoak osatzen dute.

483. Pazienteak Beckwith-Weideman-en sindromea du. Zein parametro analitikori jarri beharko diogu arreta berezia?

a) Odoleko hemoglobinari.
b) Gibel-entzimei.
c) Gluzemiari.
d) Listu-amilasari.

484. Pazienteak Beckwith-Weideman-en sindromea du. Zein neoplasia gaizto izan lezake etorkizunean sindrome horrez gain 11p13 kromosoman dagoen mutazio bat ere badu?

a) Giltzurruneko angioliposarkoma.
b) Wilms-en tumorea (WT).
c) Tiroideko muineko kartzioma.
d) Glioblastoma.



8. KASUA

Jaioberri bat (24 egun) Pediatriako Larrialdietara eraman dute gorakoak eta makalaldia dituelako. Abdomeneko distentsio handia du, eta gurasoek azken 7 egunetan handitzen nabaritu dute. Arnas zailtasun moderatua du. Sukarrik gabe une oro. Eginkariek ezaugarri normalak dituzte, eta ez dakite diuresia zehazten. Ez dute inoiz mikzio-zurrustarik ikusi, tantak baino ez.
Jaioaurreko aurrekarien artean bigarren hiruhilekoan ikusitako aldebiko hidronefrosia nabarmentzen da, oligohidramniosa barne.
Abdomenean distentsio handia ikusten zaio; ez dirudi mingarria denik; gogorra dago; ez da ez masarik, ezta biszeromegaliarik ere haztatzen; ez dago peritoneoko narritaduraren zeinurik, eta zirkulazio albokide handia ikusten da. Abdomeneko distentsioa dela-eta, ekografia bat egin da, eta haren bidez honako hau ikusi da: abdomen barneko likido ugari, maskuri oso loditua eta uretra proximal oso dilatatua, III. graduko aldebiko ureterohidronefrosiarekin.

485. Zein izan liteke diagnostikoa?

a) Prune-belly-ren sindromea.
b) Uretrako atzeko balbulak (UAB).
c) Mekonio-ileoa.
d) Urakoko kistea.

486. Susmo diagnostiko hori ikusirik, hauetako zein egin behar du lehenik eta behin kirurgialari pediatriko batek?

a) Besikostomia.
b) Nefrostomia ekogidatua.
c) Maskuriko zundaketa.
d) Abdomeneko parazentesia.

487. Paziente horren kasuan, adierazi zein den, itxura guztiaren arabera, abdomeneko distentsioaren kausa?

a) Hesteetako bolbulua.
b) Gernu-aszitisa.
c) Hemoperitoneoa.
d) Peritonitis primarioa.

488. Aukera hauetatik, zein da patologia horren diagnostikoa behin betiko ezartzen duen azterketa erradiologiko bakarra?

a) Ekografia transrektala.
b) Giltzurruneko gammagrafia (99mTc-DMSA).
c) Mikzio-zistouretrografia (CUMS).
d) Erresonantzia magnetikoaren bidezko urografia (EMU).

489. Tratamendu-aukera hauetako zein da zuzena?

a) Ablazio balbular endoskopikoa behin jaioberria klinikoki egonkor dagoenean egiten da.



b) Larruazaleko besikostomia egokia da jaioberri oso txiki edo garaiaurrekoetan, baldin eta zistoskopia pediatrikoa uretrarako handiegia bada.
c) Ureterostomia gorde egiten da balbulen ablazioak edo besikostomiak goiko gernubideen drainatzea hobetzen ez duten kasuetarako.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

490. Jaioaurreko diagnostikoari eta pronostiko-faktoreei dagokienez, baieztapen hauetako zein da OKERRA?

a) Bigarren hiruhilekoan ikusitako oligohidramniak uropatia buxatzailea dagoela adierazten du, eta pronostiko txarra iragartzen du.
b) Uropatia buxatzailea detektatzeko adin gestazionala (AG) zenbat eta txikiagoa izan, orduan eta hobea izango da pronostikoa.
c) Fetuaren uropatia buxatzaileak muskuluen garapenean eragiten du.
d) Uropatia buxatzailean, oligohidramniosak birika-hipoplasiarekin lotzen da.

9. KASUA

Haur bat (urtebete) Pediatriako Larrialdi Zerbitzura eraman dute abdomeneko mina eta gorakoak bat-batean hasi zaizkiolako, lo zegoenean iratzarrita (2 orduko eboluzioa). Minaren ondorioz fetu-jarrera hartu du. Ez du sukarrik. Ez du gastroenteritisaren klinikarik. Sarritan izaten du idorreria. Diuresi normala. Miaketa fisikoan, hasieran, abdomeneko distentsio moderatua antzeman zaio; abdomena biguna da, eta haztatzean ez dirudi mingarria denik. Hala ere, pazienteak berehala jarrera antialgikoa hartu du.
Ekografia eskatu da, baina ez da erabakigarria. Abdomeneko erradiografia egin zaio, zutik, eta guardiako erradiologoak ahoz jakinarazten du heste-bolbulua duela.
Denbora horretan (30 minutu), pazientea oso ahul, zurbil zein takikardiko dago; perfusio periferiko txarra du; abdomeneko distentsioa nabarmen handitu da, eta ez die estimuluei erantzuten.

491. Pazientea baloratu ondoren eta guardiako erradiologoaren ahozko txostena jasota, zein izan behar da gure jarrera?

a) OTA urgentea eskatzea.
b) Pediatriako ZIUra eramatea.
c) Laparotomia urgentea egitea.
d) Kolonoskopia bat egitea.

492. Hauetako zein izan liteke erdiko hesteko bolbulu baten kausa?

a) Zeliakia.
b) Hesteko malrotazioa.
c) Kolitis ultzeradunaren debuta.
d) Behi-esnearen proteinekiko intolerantzia (BEPI).

493. Pediatriako paziente batek bolbulu sigmoideo bat duenean, hauetako zein baztertu behar dugu?

a) Hirschsprung-en gaixotasuna.



b) Meckel-en dibertikulua.
c) Mesenterioko kistea.
d) Tumore kartzinoidea.

494. Hesteetako erresekzio masiboa egin behar izan du iskemia dela-eta. Zein da egokitzeko gaitasun handiena duen heste-segmentua?

a) Duodenoa.
b) Jeiunoa.
c) Ileona.
d) Kolona.

495. Bolbuludun malrotazioa kirurgikoki zuzentzeko urrats hauetako zein da OKERRA?

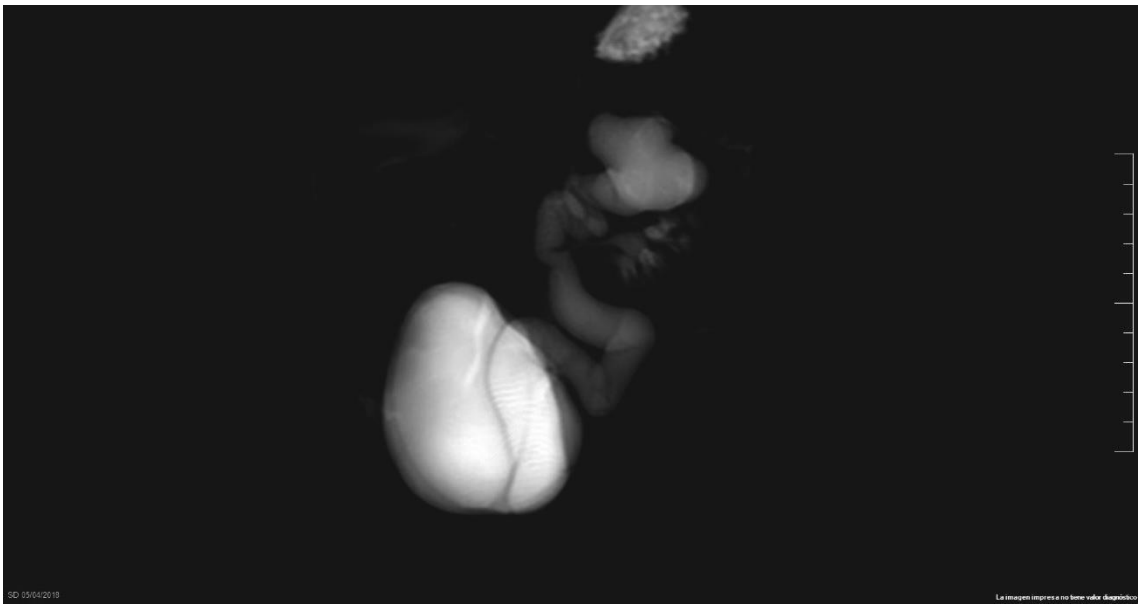
a) Hestea erloju-orratzen kontra biratzea.
b) Ladd-en banda zekalak ebakitzea.
c) Heste meharraren mesenterioa zabaltzea.
d) Errai- eta mesenterio-errotazio anatomiko normala berreraikitzea, finkatze-puntuen bidez.

496. Sortzetiko anomalia hauetako zeinekin batera agertzen da hesteetako malrotazioa? (aukeratu erantzun zuzena)

a) Gastroskisia.
b) Onfalozelea.
c) Sortzetiko hernia diafragmatikoa.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.

10. KASUA

1. irudia (Urorresonantzia magnetikoaren berreraikuntza).



Gizonezkoa (12 hilabete). COVID-19aren pandemian jaio zen, 2020ko apirilean. Ureterohidronefrosia diagnostikatua du jaio aurretik, eta uroprofilaxia du jaio zenetik. Pazientea asintomatiko dago, eta ez du infekzio-gertakaririk izan.
URO-EMN (1. irudia) azterketa egin aurretik, azterketa ekografikoa eta ekozistografia egin ziren. Ezkerreko dilatazio ureterobesikala ikusi da, baina ezin izan da akatsaren anatomia zehaztu. Eskuineko giltzurruna normala da.

497. Irudia pazienteari eginiko URO-EMNaren berreraikitze da. Zein da diagnostikoa?

a) Ezkerreko ureterohidronefrosia, errefluxu besikoureteralaren ondorioz.
b) Ezkerreko bikoizketa pieloureterikoa, eta goiko juntura pieloureteriko estenosia.
c) Ezkerreko bikoizketa pieloureteriko osoa, eta goiko sistemaren dilatazioa, uretra proximalean amaituta.
d) Pelbis bifidoa, eta ureter buxatzaile bakarra, maskurian amaituta.

498. Baieztapen hauetako zein da zuzena?

a) Bikoizketa da ureterreko anomaliarik ohikoena; bi aldeei berdin eragiten die, eta nesketan mutiletan baino bi aldiz ohikoagoa da.
b) Weigert-Meyer-en legeak definitzen duenaren arabera, bikoizketa osoetan, goiko poloko ureterra maskurian sartzen da, beheko ureterraren ondotik edo azpitik.
c) Anatomiak eta bikoiztutako giltzurrunaren funtzioek xedatzen dute interbentzio mota.
d) Aurreko erantzun guztiak zuzenak dira.



499. Ezkerreko giltzurrunaren eta gernu-bideen anatomia ezagutzen dugu, baina bi giltzurrunen arteko eta ezkerreko giltzurrun-zatien arteko giltzurrun-funtzio diferentziala behar dugu. Zein azterketa eskatu behar dugu egin beharreko ebakuntza mota erabaki aurretik?

a) 99mTc-DTPA errenograma isotopiko diuretikoa.
b) Gammagrafia, azido dimerkaptosukzinikoarekin (DMSA).
c) Angio-OTA.
d) Angio-EMN.

500. Kirurgia-taldeak pazienteari ebakuntza egitea erabaki du. Paziente horren kirurgian, zuhurra da honako ebaluazio edo ekintza kirurgiko hau lehenik egitea:

a) Eskuineko giltzurrunaren beheranzko pielografia.
b) Miaketa-uretrozistoskopia.
c) Zirkunzisioa.
d) Goiko ezkerreko ureterraren dilatazio endoskopikoa.