Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A CIRUGÍA TORÁCICA

PREGUNTAS

1. **¿Con qué inclinación aproximada (ángulo con respecto a la línea media) se origina el bronquio principal derecho desde la tráquea?**

   a) De 40 a 45 grados.
   b) De 20 a 30 grados.
   c) A 10 grados exactos.
   d) A 60 grados

2. **¿Qué porcentaje de pacientes presenta inicialmente una bifurcación del bronquio lobar superior derecho antes de subdividirse en sus tres bronquios segmentarios?**

   a) Menos del 10%.
   b) El 25%.
   c) Más de la mitad de las personas pacientes (más del 50%).
   d) El 100% de las personas pacientes.

3. **¿A qué nivel anatómico se localiza típicamente el nacimiento de la arteria bronquial izquierda superior cuando existen dos de ellas?**

   a) Al nivel del hiato esofágico.
   b) Al nivel de la carina.
   c) Al nivel de la salida de la arteria subclavia.
   d) Inmediatamente por debajo del diafragma.

4. **Al evaluar el riesgo fisiológico para una resección pulmonar mayor, ¿cuáles son los límites comúnmente aceptados para un riesgo normal en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo postoperatorio predicho (ppoFEV1) y la capacidad de difusión (ppoDLCO)?**

   a) Ambos deben ser mayores al 40% del valor normal.
   b) Ambos deben ser mayores al 20% del valor normal.
   c) FEV1 mayor al 80% y DLCO mayor al 90%.
   d) FEV1 mayor al 30% y DLCO mayor al 50%.

5. **¿Por qué se recomienda disminuir a la mínima dosis terapéutica posible el uso de esteroides sistémicos antes de una cirugía de resección pulmonar?**

   a) Porque provocan arritmias cardíacas intratables bajo anestesia.
   b) Debido a que las dosis altas interfieren con la cicatrización de las líneas de grapado parenquimatoso y los cierres de muñones bronquiales.
   c) Porque causan una severa vasodilatación que impide controlar el sangrado hiliar.
   d) Debido a que bloquean por completo la acción de los relajantes musculares



6. **¿Qué estrategia de manejo intraoperatorio de líquidos es una técnica común para mitigar el riesgo de disfunción pulmonar postoperativa?**

   a) Infusión masiva y rápida de soluciones cristaloides para sobreexpandir el espacio intersticial.
   b) Restricción de fluidos con oliguria transoperatoria permisiva.
   c) Uso obligatorio de sangre total descalcificada en todos los casos.
   d) Deshidratación completa sin aporte hídrico durante las 48 horas previas.

7. **Hombre de 60 años. Exfumador desde hace 2 años. Diagnosticado de un carcinoma epidermoide de pulmón T1cN0M0 tras un hallazgo casual después de presentar un traumatismo torácico. Presenta en la espirometría un valor de FEV1 del 50% y DLCO del 45%. Se realiza una prueba de esfuerzo cardiopulmonar. En la estratificación del riesgo mediante la prueba de esfuerzo cardiopulmonar, ¿qué valor de consumo máximo de oxígeno (VO2max) clasifica a una persona paciente en "alto riesgo", sugiriendo que se deben considerar opciones no quirúrgicas?**

   a) VO2max>20 ml/kg/min.
   b) VO2max entre 10 y 20 ml/kg/min.
   c) VO2max<15 ml/kg/min.
   d) VO2max<10 ml/kg/min.

8. **Al evaluar la pendiente de la relación entre la ventilación de minuto y la producción de dióxido de carbono (VE/VCO2) en pacientes con riesgo moderado, ¿qué valor umbral se considera predictivo de complicaciones posoperatorias?**

   a) Una pendiente >20.
   b) Una pendiente >25.
   c) Una pendiente >35.
   d) Una pendiente <10.

9. **Paciente con dependencia severa a la nicotina. Es diagnosticado de un adenocarcinoma de pulmón T2aN0M0 y se está evaluando su operabilidad. Mientras se realizan las pruebas pertinentes, ¿con cuántas semanas de antelación mínima idealmente se debe suspender el hábito tabáquico para maximizar los beneficios pulmonares sin posponer significativamente la cirugía curativa?**

   a) Al menos 1 semana.
   b) Al menos 2 semanas.
   c) Al menos 4 semanas.
   d) Al menos 8 semanas.



10. **Mujer de 50 años con trastorno severo por consumo de alcohol y desnutrición grave. Es diagnosticada de un adenocarcinoma de pulmón en estadio I candidata a cirugía. De acuerdo con los criterios de desnutrición grave evaluados de forma multidisciplinaria, ¿cuál de las siguientes opciones representa un indicador para retrasar la cirugía con el fin de suplementar la nutrición?**

    a) Pérdida de peso >5%, IMC <20 kg/m2, o albúmina sérica <35 g/L.
    b) Pérdida de peso >10%, IMC <18.5 kg/m2, o albúmina sérica <30 g/L.
    c) Pérdida de peso >15%, IMC <21 kg/m2, o albúmina sérica <25 g/L.
    d) Cualquier grado de obesidad determinado por el MUST.

11. **¿Cuál es un beneficio fisiológico demostrado de la abstinencia preoperatoria de alcohol (durante al menos 4 semanas) en personas pacientes abusadoras de alcohol que se someten a una resección por cáncer de pulmón?**

    a) Reducción en la incidencia de hipertensión maligna intraoperatoria.
    b) Reducción significativa en la incidencia de arritmias en el periodo posoperatorio.
    c) Bloqueo total de la respuesta inflamatoria quirúrgica.
    d) Eliminación del riesgo de atelectasias lobares.

12. **¿Cuál es la regla general y ampliamente aceptada para la selección inicial del tamaño de un tubo de doble luz (DLT) izquierdo en personas adultas basada en el género, antes de su individualización?**

    a) Tamaño 28 Fr para mujeres adultas y 35 Fr para hombres adultos.
    b) Tamaño 35 Fr para mujeres adultas y 37 Fr para hombres adultos.
    c) Tamaño 37 Fr para la mayoría de las mujeres adultas y 39 Fr para el hombre adulto promedio.
    d) Tamaño 39 Fr para mujeres adultas y 41 Fr para hombres adultos.

13. **¿Qué tipo de bloqueador bronquial está diseñado específicamente con una bifurcación en forma de "Y" y un manguito/balón bronquial en cada extremo distal, permitiendo su colocación más allá de la carina principal en ambos bronquios principales?**

    a) Bloqueador de Arndt.
    b) Bloqueador de Cohen.
    c) Uniblocker.
    d) EZ-blocker.

14. **Durante la realización de una broncoscopia flexible (FOB) para verificar la posición correcta de un tubo de intubación de doble luz izquierdo, ¿dónde debe visualizarse el límite superior del manguito/balón (cuff) bronquial (usualmente de color azul) en relación con la carina traqueal?**

    a) Justo por encima de la carina traqueal, en la luz de la tráquea.
    b) Entre 5 y 10 mm por debajo de la carina, dentro del bronquio principal izquierdo.
    c) Completamente alineado con el orificio del lóbulo superior izquierdo.



d) 2 cm por debajo de la bifurcación lobar.

15. El nervio laríngeo recurrente tiene un trayecto asimétrico entre el lado izquierdo y el derecho. ¿Alrededor de qué estructura vascular dobla o realiza el giro el nervio laríngeo recurrente DERECHO en su origen?

a) El arco de la aorta.
b) La arteria carótida interna derecha.
c) La arteria subclavia derecha.
d) El tronco venoso braquiocefálico.

16. ¿Cuál es la relación anatómica correcta del nervio frénico a su paso por el cuello antes de entrar al mediastino?

a) Desciende verticalmente sobre la superficie anterior del músculo escaleno anterior, profundo a la fascia prevertebral.
b) Discurre superficial al músculo platisma.
c) Pasa a través del espacio submandibular junto con la arteria facial.
d) Viaja en el interior del surco traqueoesofágico junto al nervio laríngeo recurrente.

17. ¿Aproximadamente qué porcentaje de la linfa generada en todo el cuerpo es transportada y vertida en la circulación venosa por el conducto torácico (conducto torácico izquierdo)?

a) El 50%.
b) El 65%.
c) El 80%.
d) El 95%.

18. ¿Qué parte o región del cuerpo humano NO drena su linfa a través del conducto torácico principal?

a) El miembro inferior izquierdo.
b) La porción derecha del tórax, el miembro superior derecho y el lado derecho de la cabeza y el cuello.
c) El abdomen y las vísceras digestivas.
d) El mediastino posterior e inferior izquierdo.

19. Durante el desarrollo embrionario (alrededor de la quinta o sexta semana), ¿a partir de cuál de las siguientes estructuras se originan los primeros sacos linfáticos en el embrión humano?

a) De las arterias vitelinas primordiales.
b) Del endotelio de las venas primitivas cercanas.
c) Del endodermo del intestino anterior.
d) Directamente de la aorta dorsal.



20. En el mediastino posterior inferior (entre T12 y T5), ¿cuál es la relación anatómica del conducto torácico con respecto a la vena ácigos y la aorta?

a) Pasa anterior a la vena ácigos y lateral izquierda a la aorta.
b) Se sitúa entre la vena ácigos (a su derecha) y la aorta descendente (a su izquierda).
c) Corre completamente por dentro de la vaina de la vena cava superior.
d) Cruza de forma perpendicular por delante de la bifurcación traqueal.

21. El flujo linfático dentro del conducto torácico es unidireccional y ascendente. ¿Cuál de los siguientes factores contribuye directamente al mantenimiento de este flujo contracorriente a pesar de la gravedad?

a) Las contracciones activas del músculo liso de su pared y la presencia de múltiples válvulas a lo largo de su trayecto.
b) El latido sincrónico del esófago.
c) La presión hidrostática positiva de la vena cava superior.
d) La secreción activa de moco por células caliciformes endoteliales.

22. ¿Durante qué semana de la embriogénesis humana comienzan a desarrollarse los ganglios linfáticos mediastínicos a partir de los plexos linfáticos paratraqueales e intratorácicos?

a) Entre la 3.ª y 4.ª semana.
b) Entre la 5.ª y 6.ª semana.
c) Alrededor de la 9.ª semana.
d) En la 12.ª semana.

23. ¿Qué línea o estructura anatómica sirve como frontera de separación para distinguir entre la estación 2R (paratraqueales superiores derechos) y la estación 2L (paratraqueales superiores izquierdos)?

a) El borde lateral izquierdo de la tráquea.
b) Una línea vertical que pasa por la mitad o plano medio de la tráquea.
c) El borde medial de la arteria carótida común izquierda.
d) El ligamento arterioso.

24. ¿Cuál es el límite inferior de la estación 4R (paratraqueales inferiores derechos) que la separa de las estaciones ganglionares hiliares o subcarinales?

a) El borde superior de la vena braquiocefálica.
b) El borde inferior de la vena ácigos.
c) La bifurcación traqueal.
d) El borde inferior del bronquio principal derecho.



25. Histológicamente, la pared del esófago comparte similitudes con el resto del tubo digestivo, pero presenta una característica distintiva en su capa más externa. ¿Qué capa estructural envuelve al esófago en lugar de la serosa que poseen otros órganos digestivos?

a) Una túnica adventicia de tejido conectivo laxo.
b) Una lámina propia de células mesoteliales.
c) Una capa muscular mucosa interna especializada.
d) Un epitelio escamoso estratificado queratinizado.

26. Durante su trayecto por el tórax, el esófago presenta estrechamientos anatómicos fisiológicos debido al contacto con estructuras vecinas. ¿Cuáles son las dos estructuras responsables de las improntas o constricciones en el esófago torácico superior y medio?

a) La vena cava superior y la vena ácigos.
b) El arco aórtico y el bronquio principal izquierdo.
c) La glándula tiroides y el tronco braquiocefálico.
d) El aurículo izquierdo y el diafragma.

27. ¿De cuál de las siguientes estructuras embrionarias se origina el revestimiento epitelial interno de todo el sistema respiratorio (laringe, tráquea, bronquios y alveolos)?

a) Del ectodermo superficial.
b) Del endodermo del intestino anterior.
c) Del mesodermo paraxial.
d) Del mesodermo esplácnico.

28. ¿Qué componentes estructurales del árbol respiratorio se derivan del mesodermo esplácnico (visceral) que rodea al intestino anterior durante el desarrollo embrionario?

a) Únicamente el surfactante pulmonar.
b) Las células neuroendocrinas pulmonares.
c) El epitelio ciliado pseudoestratificado de la mucosa respiratoria.
d) El tejido conectivo, el cartílago y los componentes musculares de la tráquea y los pulmones.

29. ¿Aproximadamente a qué día del desarrollo embrionario humano aparece el surco laringotraqueal (o evaginación del brote pulmonar) en la pared ventral del intestino anterior?

a) Alrededor del día 14.
b) Alrededor del día 26 (cuarta semana).
c) Alrededor del día 42 (sexta semana).
d) En el día 60.



30. ¿En qué etapa del desarrollo pulmonar embrionario se diferencian claramente las células epiteliales alveolares en neumocitos tipo I y neumocitos tipo II?

a) Etapa embrionaria.
b) Etapa pseudoglandular.
c) Etapa sacular (semanas 24 a 38).
d) Exclusivamente en la etapa posnatal.

31. ¿Cuál es la función principal del surfactante pulmonar sintetizado por los neumocitos tipo II que comienza a secretarse de forma significativa hacia el final de la gestación?

a) Transportar oxígeno directamente a través de la membrana celular.
b) Disminuir la tensión superficial en la interfaz aire-líquido alveolar, evitando el colapso de los alveolos durante la espiración.
c) Actuar como barrera física contra bacterias del líquido amniótico.
d) Estimular la angiogénesis de las arterias pulmonares.

32. ¿De qué estructura mesodérmica embrionaria se deriva la pleura visceral, la cual se adhiere íntimamente al parénquima pulmonar en desarrollo?

a) Del mesodermo somatopléurico.
b) Del mesodermo esplacnopléurico.
c) Del tabique transverso.
d) Del ectodermo neural.

33. ¿A partir de qué estructura embrionaria se desarrolla el pilar central del diafragma y la porción anterior del saco pericárdico fibroso?

a) El mesodermo paraxial.
b) Las crestas neurales.
c) El saco vitelino.
d) El tabique transverso (septum transversum).

34. ¿Cuál de los hiatos mayores del diafragma no es un orificio puramente intrínseco de sus fibras musculares o tendinosas, sino que se localiza por detrás del diafragma, delimitado por los pilares y la columna vertebral?

a) El hiato esofágico.
b) El hiato aórtico.
c) El foramen de la vena cava.
d) El triángulo de Morgagni.



35. ¿Qué anestésico fue considerado la opción principal en cirugía torácica durante un período considerable a principios del siglo XX en España?

a) Cloroformo.
b) Éter.
c) Anestesia local.
d) Mezcla de óxido nitroso y oxígeno.

36. ¿Qué autor recomendó el uso de anticoagulantes en personas pacientes intervenidas de cirugía torácica a partir de 1928, basándose en la observación de casos de trombosis cardiaca?

a) Eizaguirre.
b) Lozano.
c) Goyanes.
d) Sanz de Frutos.

37. ¿Qué cirujano realizó en 1937 la primera bilobectomía inferior y media en España para tratamiento de las bronquiectasias?

a) González Duarte.
b) Eizaguirre.
c) Escudero.
d) Herrero.

38. ¿Qué método alternativo a las prácticas tradicionales ineficaces fue propuesto por Capdevila en 1887 para el tratamiento de las fracturas costales?

a) La colocación de la persona paciente en decúbito lateral del lado afecto con almohadas de sujeción para reducir los extremos costales fracturados.
b) La aplicación de compresión torácica externa continua mediante vendajes elásticos y reposo absoluto.
c) La realización de una tracción esquelética sobre el tórax para alinear las costillas fracturadas.
d) La inmovilización rígida del tronco mediante corsé torácico para favorecer la consolidación ósea.

39. Considerando la evolución del tratamiento de las heridas torácicas, ¿qué técnica de irrigación y antiséptico se introdujo durante la I Guerra Mundial?

a) La aplicación tópica de bálsamo samaritano y lavados con agua oxigenada.
b) El uso de suturas primarias y drenajes cerrados para todas las heridas por arma de fuego.
c) La cauterización con nitrato de plata para todas las heridas penetrantes.
d) La irrigación continua con solución de hipoclorito de sodio de Carrel-Dakin y el uso de flavina.



40. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el uso de cámaras de presión en cirugía torácica en España a principios del siglo XX es CORRECTA?

a) Se empleaban aparatos de hiperpresión, siendo el Roth-Draeger el más corriente, y se presentaron cámaras de presión positiva modificadas.
b) Las cámaras de presión negativa eran el estándar de uso generalizado para la resección de tumores.
c) La técnica de Meltzer-Auer para intubación traqueal fue ampliamente aceptada y utilizada.
d) Las cámaras de presión positiva y negativa se utilizaban indistintamente y sin modificaciones significativas.

41. ¿Cuál es la inervación del músculo dorsal ancho (latissimus dorsi)?

a) Nervio torácico largo.
b) Nervio torácico anterior.
c) Nervio toracodorsal.
d) Ramas dorsales de los nervios espinales.

42. ¿Qué estructuras anatómicas delimitan el denominado triángulo de auscultación en la región posterolateral?

a) Pectoral mayor, pectoral menor y serrato anterior.
b) Trapecio, redondo mayor y dorsal ancho.
c) Romboide mayor, romboide menor y erector de la espina.
d) Serrato anterior, oblicuo externo y dorsal ancho.

43. ¿Cuál es el origen y la inervación del músculo pectoral mayor?

a) Costillas 5 a 12; nervios torácicos inferiores.
b) Vértebras cervicales 6 y 7; nervio dorsal de la escápula.
c) Clavícula medial, manubrio, esternón, cartílagos costales 1-6 y aponeurosis del oblicuo externo; nervio torácico anterior.
d) Occipucio y línea nucal; nervio accesorio.

44. Hombre de 30 años con antecedente de linfoma de Hodgkin hace 2 años. Presenta masa en vértice pulmonar izquierdo. Para realizar una biopsia el personal facultativo de cirugía ha decidido que la vía de abordaje más adecuada en este caso es la vía axilar. Al profundizar la incisión en una toracotomía axilar, ¿qué estructuras nerviosas y vasculares deben preservarse cuidadosamente en la parte posterior del campo?

a) El nervio vago y la arteria aorta.
b) El nervio y la arteria torácica larga.
c) El nervio frénico y la arteria mamaria.
d) El nervio accesorio y la arteria escapular.



45. Mujer de 45 años que presenta un condrosarcoma localizado que invade manubrio esternal y subclavia izquierda. Es candidata a cirugía y se ha planteado como vía de abordaje la realización de una incisión trapdoor. ¿Qué combinación de abordajes quirúrgicos constituye la base para realizar esta incisión?

a) Una toracotomía posterolateral combinada con una laparotomía subcostal.
b) Una esternotomía parcial en "J" (a través del 2.º o 3.er espacio) combinada con una extensión supraclavicular y una incisión anterolateral que divide el pectoral.
c) Una toracotomía axilar superior acoplada a una ministernotomía inferior en "T".
d) Una esternotomía mediana completa asociada a una toracotomía bilateral.

46. Varón de 40 años que sufre un accidente de moto. Presenta dificultad para flexionar o abducir el brazo por encima de 90º con pérdida de fuerza en el hombro al levantar objetos o realizar actividades por encima de la cabeza. A la exploración, cuando empuja con brazos extendidos la escápula sobresale hacia atrás. ¿Cuál es la posible lesión nerviosa que presente este paciente?

a) Nervio toracodorsal.
b) Nervio accesorio.
c) Nervio torácico anterior.
d) Nervio torácico largo.

47. ¿Cuál es la limitación más importante de la tomografía computarizada en la estadificación del cáncer de esófago?

a) Su incapacidad absoluta para detectar metástasis a distancia en el hígado y los pulmones.
b) Su falta de sensibilidad para detectar metástasis en los ganglios linfáticos y determinar la profundidad exacta de la infiltración tumoral en la pared esofágica.
c) Que no permite generar reconstrucciones tridimensionales ni endoscopias virtuales.
d) Que no puede excluir la afectación de la etapa T4 bajo ninguna circunstancia.

48. ¿Qué ocurre exactamente con la fluorodeoxiglucosa (18F-FDG) una vez que es transportada al interior de las células mediante las proteínas GLUT?

a) Se metaboliza por completo a través de la vía de la glucólisis, hasta convertirse en agua y dióxido de carbono.
b) Es excretada inmediatamente de forma activa hacia el espacio extracelular por los macrófagos.
c) Se une directamente a los receptores de somatostatina de la superficie nuclear.
d) Es fosforilada intracelularmente a FDG-6-fosfato y queda atrapada en la célula debido a que no puede continuar en la vía glucolítica.



49. Mujer de 50 años, no fumadora. Presenta un nódulo pulmonar solitario de 2 cm en lóbulo inferior derecho. Se realiza un FDG-PET que no presenta captación patológica en el nódulo. Se realiza una biopsia de pulmón que confirma que el nódulo pulmonar es un tumor maligno. Teniendo en cuenta el falso negativo del FDG-PET, ¿en qué tipos de tumores pulmonares se describen con mayor frecuencia hallazgos falsos negativos?

a) Carcinoma de células escamosas de gran tamaño.
b) Metástasis de tumor de mama.
c) Carcinoide pulmonar o adenocarcinoma de lento crecimiento.
d) Metástasis de melanoma.

50. De acuerdo con los estudios de estadificación tumoral, ¿para qué parámetro específico del sistema TNM en cáncer de pulmón demuestra la RM una superioridad clara frente a la TC?

a) Para determinar la presencia de microcalcificaciones en el tumor primario.
b) Para la evaluación del componente N (afectación de ganglios linfáticos mediastínicos subcentimétricos).
c) Para evaluar la invasión local de estructuras adyacentes como el mediastino, el corazón, los grandes vasos o la pared torácica (parámetro T).
d) Para monitorizar metástasis óseas exclusivamente en pacientes con prótesis metálicas.

51. Al comparar la RM con la PET-TC en la detección de metástasis a distancia del cáncer de pulmón, ¿en qué localización anatómica específica es la RM significativamente superior?

a) En la detección de metástasis en el tejido celular subcutáneo de la pared abdominal.
b) En la detección de metástasis en el colon descendente.
c) En la detección de metástasis cerebrales y lesiones óseas focales de la médula.
d) En el mapeo de metástasis ganglionares de la región inguinal.

52. Hombre de 50 años. Comienza con debilidad muscular que empeora con el ejercicio y mejora tras el reposo. Se realiza una radiografía de tórax en donde se aprecia un tumor de mediastino anterior. Se realiza un TC con contraste y el radiólogo informa que el tumor como primera posibilidad es un timoma con invasión capsular. Al evaluar un timoma mediante TC con contraste, ¿cuál es el hallazgo morfológico que sugiere fuertemente la presencia de invasión capsular o invasión microvascular?

a) Una forma perfectamente esférica y márgenes lisos bien definidos.
b) La presencia de una cápsula fibrosa intacta y fina que rodea toda la lesión.
c) Un contorno marcadamente lobulado o irregular, la presencia de áreas quísticas de necrosis central y la atenuación heterogénea de la masa.
d) La calcificación puntiforme central aislada en un tumor menor a 2 cm.



53. Al posicionar un tubo de doble luz derecho guiado por broncoscopia, ¿cuál es el "punto final" o referencia anatómica crítica que asegura una correcta colocación y evita la obstrucción del lóbulo superior derecho?

a) La alineación completa o parcial del ojo de Murphy (apertura lateral) con el origen del bronquio del lóbulo superior derecho.
b) La visualización de la punta del tubo dentro del bronquio lobar medio.
c) Que el manguito bronquial quede completamente alojado en la tráquea distal.
d) La oclusión total del bronquio principal izquierdo mediante el manguito azul.

54. Respecto a la anatomía diafragmática, ¿cuál es la afirmación INCORRECTA?

a) El hiato aórtico deja paso a la aorta, ácigos y conducto torácico.
b) El hiato esofágico deja paso al esófago y arterias esofágicas.
c) El orificio de la vena cava deja paso a la vena cava inferior, los nervios frénicos y vagos.
d) El aporte arterial se realiza a través de arterias frénicas, intercostales y arterias mamarias.

55. Respecto al derrame pleural tuberculoso una de las siguientes afirmaciones es cierta:

a) El derrame pleural tuberculoso como manifestación de una tuberculosis primaria se da en adultos/as entre 25 y 45 años, siendo rara en niños/as.
b) Menos del 10% de los derrames tuberculosos se acompañan de infección aguda con febrícula, tos no productiva, dolor pleurítico y malestar general.
c) En la toracocentesis es frecuente observar la presencia de líquido hemorrágico franco.
d) Un ADA mayor de 70UI/L junto a una celularidad de clara predominancia polimorfonuclear es suficiente para comenzar el tratamiento antituberculoso.

56. Recibe usted una persona paciente de 21 años en la consulta con un pectus excavatum. En la TC el índice de Haller es de 4,2 y la persona paciente refiere intolerancia al esfuerzo. Además, refiere no acudir a la piscina ni al gimnasio ya que se avergüenza de su defecto. ¿Cuál de las siguientes actitudes le parece la más CORRECTA?

a) Tranquilizar la persona paciente y convencerle de que el defecto es mínimo y no le va a dar problemas.
b) Explicarle que se puede intervenir quirúrgicamente garantizándole la mejoría en cuanto a la tolerancia del esfuerzo.
c) Explicarle la posibilidad quirúrgica y diferentes técnicas para la mejora de su defecto.
d) Explicarle la posibilidad de la corrección de su defecto mediante corsé.



57. En el estudio preoperatorio de cáncer de pulmón, el tipo de tumor más frecuentemente diagnosticado mediante fibrobroncoscopia es:

a) Carcinoma escamoso.
b) Carcinoma adenoide quístico.
c) Carcinoma de células grandes.
d) Carcinoma sarcomatoide.

58. Ante una mujer de 20 años con una masa mediastínica anterior, el diagnóstico más probable es…

a) Linfoma.
b) Timoma.
c) Teratoma.
d) Seminoma.

59. En cuanto al tratamiento quirúrgico del mesotelioma maligno, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La neumonectomía extrapleural ha de ser parte de un planteamiento multimodal.
b) La pleurectomía/decorticación total y la neumonectomía extrapleural tienen una morbilidad similar.
c) Es importante descartar el N2 antes de realizar una neumonectomía extrapleural.
d) La complicación más frecuente tras la neumonectomía extrapleural es la fibrilación auricular.

60. Ante una fístula traqueo-esofágica por una neoplasia esofágica tratada con quimioterapia y radioterapia paliativa, en persona paciente asintomática, se recomienda realizar un tratamiento:

a) Toracotomía posterolateral urgente y cierre de la fístula con músculo intercostal.
b) Tratamiento médico conservador y colocación de stent si aparecen síntomas.
c) Esternotomía media programada con interposición de pericardio entre esófago y tráquea.
d) Toracotomía posterolateral programada y cierre de la fístula con músculo intercostal.

61. En la toracotomía lateral, el objetivo es penetrar en la cavidad torácica sin seccionar el siguiente músculo:

a) Serrato anterior.
b) Dorsal ancho.
c) Intercostal externo.
d) Intercostal interno.



62. Después de una lobectomía superior derecha, ¿cuál de las siguientes posibles complicaciones es la menos frecuente?

a) Fuga aérea prolongada.
b) Neumonía.
c) Quilotórax.
d) Fibrilación auricular.

63. ¿Cuál de siguientes afirmaciones respecto al bocio endotorácico es INCORRECTA?

a) El bocio endotorácico secundario (subesternal) es más frecuente que el primario (endotorácico sin conexión con el bocio cervical).
b) El 50% de los bocios endotorácicos requieren de un abordaje torácico además del abordaje cervical.
c) La resección del bocio endotorácico puede conllevar a colapso traqueal postquirúrgico.
d) Los síntomas compresivos a nivel de la vía aérea constituyen una indicación quirúrgica.

64. Usted recibe en la consulta una mujer de 18 años trabajadora de reponedora en un supermercado. Refiere hormigueo y pérdida de fuerza tras movimientos repetitivos con su miembro superior derecho. Ante la sospecha de un síndrome del estrecho torácico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones le parece INCORRECTA?

a) La historia clínica y exploración física son pieza clave en el diagnóstico.
b) Los test de Adson y Halsted pueden sugerir una disminución del espacio a nivel del estrecho torácico.
c) El diagnóstico por imagen se realizará por TC o RM.
d) El tratamiento ha de ser quirúrgico y se basa en la resección de la primera costilla y realización de escalenectomía.

65. En el estudio de la función pulmonar previo a la cirugía de resección pulmonar, es CIERTO que:

a) Con la medición del VEMS y la CVF preoperatoria es suficiente.
b) La difusión no aporta información adicional.
c) El VEMS y la difusión postoperatorios predichos son los datos más valiosos para calcular el riesgo quirúrgico.
d) Con un VEMS mayor de 1000cc no hace falta realizar más pruebas.

66. Respecto al blast injury torácico una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) El blast injury primario es consecuencia de la onda expansiva en los tejidos.
b) El blast injury secundario es generado por los objetos proyectados en la explosión.
c) El blast injury terciario es consecuencia de la inhalación de gases.
d) El blast injury produce contusión pulmonar, embolia gaseosa y coagulación intravascular diseminada.



67. En la valoración quirúrgica de las estenosis traqueales no neoplásicas, ¿cuál de las siguientes no se encuentra entre las exploraciones necesarias preoperatorias?

a) TAC.
b) Fibrobroncoscopia flexible.
c) Ecobroncoscopia.
d) Broncoscopia rígida.

68. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la vascularización de la pared torácica es INCORRECTA?

a) Las 11 arterias intercostales posteriores son ramas directas de la aorta torácica.
b) Las 6 primeras arterias intercostales anteriores son ramas de la arteria mamaria y las siguientes 5 de la arteria musculofrénica.
c) Las venas intercostales drenan en su mayoría a la azigos y hemiazigos, drenando muy poco a las venas mamarias debido a su mecanismo valvular.
d) Las arterias intercostales posteriores y anteriores se anastomosan.

69. ¿Cuál de los siguientes no es un gen supresor tumoral relacionado con la carcinogénesis del cáncer de pulmón?

a) RARB.
b) MYC.
c) CDK2NA.
d) p53.

70. ¿Cuál de los siguientes no se considera un criterio (incluyendo criterios extendidos) para pulmones donados válidos?

a) Edad donante inferior a los 65 años.
b) PaO2/FiO2 superior a 300.
c) Ausencia de secreciones purulentas en la broncoscopia.
d) Ventilación mecánica menos de 24h.

71. ¿A cuál de las siguientes malformaciones pulmonares congénitas se asocia el síndrome de la cimitarra?

a) Enfisema lobar congénito.
b) Atresia bronquial.
c) Hipoplasia pulmonar.
d) Malformación adenoidea quística.

72. ¿Quién realizó la primera lobectomía con disección y ligadura individualizada de los vasos?

a) Brunn.
b) Churchill.



c) Thomas.
d) Lilienthal.

73. Un varón de 30 años que acudió a urgencias por fiebre, malestar general y en la TC se objetivó una masa de 13 cm en mediastino anterior. El paciente presenta una BETAHCG de 11567miu/ml y una ALFAFP DE 789ng/ml. El resto de la exploración es normal. ¿Cuál considera la actitud CORRECTA?

a) Realizar trucut cuanto antes para establecer el diagnóstico y comenzar tratamiento.
b) Comenzar el tratamiento quimioterápico para el tumor no seminomatoso que presenta el paciente sin esperar a la confirmación histológica.
c) Si la masa es resecable, resección completa de la masa y valorar después tratamiento adyuvante.
d) Biopsia incisional para establecer el diagnóstico y después comenzar el tratamiento.

74. Respecto a los derrames pleurales malignos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) En la mayoría de las series el tumor primario que más frecuentemente se asocia es el tumor pulmonar.
b) En las mujeres la neoplasia primaria que más frecuentemente se asocia es la neoplasia de mama.
c) Es necesario al menos de 10g de talco para que la pleurodesis sea efectiva.
d) En el pulmón atrapado es preferible el uso del drenaje permanente a la pleurodesis.

75. En el estudio del nódulo pulmonar solitario, ¿cuál de los siguientes patrones de calcificación aumenta la probabilidad de que el nódulo sea maligno?

a) Calcificación en palomitas de maíz.
b) Calcificación concéntrica.
c) Calcificación central.
d) Calcificación periférica.

76. ¿Cuál es cierta respecto a la hernia de Bochdalek?

a) El 40% son adquiridas.
b) Suelen ser secundarias a traumatismo.
c) Es más frecuente en el lado izquierdo.
d) El tratamiento quirúrgico se realiza colocando una malla siempre que sea posible.

77. En relación a los tumores benignos de pulmón, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Representan menos del 1% de las lesiones pulmonares resecadas.
b) El tumor pulmonar benigno más frecuente es el hamartoma.
c) La mayoría de los hemangiopericitomas se diagnostican mediante PAAF o BAG.



d) El hemangioma esclerosante suele aparecer en mujeres de edad media asintomáticas y suelen presentar calcificación.

78. Tras una neumonectomía extrapleural por mesotelioma maligno, todos los siguientes EXCEPTO uno son factores pronósticos favorables para una supervivencia de 3 años:

a) Subtipo histológico epitelial.
b) Sexo masculino.
c) Edad inferior a 56 años.
d) Hemograma normal.

79. El subtipo histológico más frecuente de enfermedad de Hodgkin mediastínica en un varón de 40 años con VIH positivo es:

a) Esclerosis nodular.
b) Celularidad mixta.
c) Predominio linfocitario.
d) Depleción linfocitaria.

80. En la cirugía de los tumores del sulcus superior, ¿cuál de las siguientes estructuras no se encuentran en el compartimento medio del estrecho torácico?

a) Nervio frénico.
b) Arteria subclavia.
c) Plexo braquial.
d) Nervio torácico largo.

81. ¿Cuál de las siguientes no es una contraindicación absoluta para trasplante pulmonar?

a) Edad mayor a 65 años.
b) Malignidad reciente (no se incluye los tumores de piel no-melanomas).
c) Fumador activo.
d) VIH activo.

82. En relación al tumor carcinoide atípico, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Presenta entre 2 y 10 mitosis por cada 2mm2 de tejido tumoral.
b) Presenta un comportamiento menos agresivo que el carcinoide típico.
c) Tiene diferenciación neuroendocrina.
d) A diferencia del carcinoide típico presenta necrosis focal.



83. Recibe en la consulta una mujer de 16 años refiriendo escupir pelo con la tos. La TC muestra una lesión bien circunscrita que fistulza un bronquio segmentario de lóbulo superior derecho. La alfa-fetoproteína y la beta-HCG están en valores normales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Teratoma.
b) Linfoma.
c) Timoma.
d) Seminoma.

84. Respecto a la infección de pared torácica por Actinomyces, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Es una micosis de la familia de las zygomicosis.
b) Se caracteriza por los filamentos en ángulo recto.
c) Es una infección que suele afectar a personas inmunocompetentes.
d) El tratamiento se basa en penicilina i.v al menos durante 2 años.

85. En el tratamiento quirúrgico de las estenosis traqueales congénitas, ¿cuál no es una ventaja de la traqueoplastia deslizante?

a) Al utilizar cartílago nativo, presenta menos granulomas y malacia.
b) Con esta técnica se duplica el diámetro del segmento patológico.
c) La longitud del segmento patológico se reduce a la mitad.
d) Precisa de una disección anterior mínima, por lo que mantiene la vascularización lateral.

86. ¿Quién fue el primero en describir el toracoscopio rígido en 1912?

a) Tuffier.
b) Graham.
c) Jacobeus.
d) Belsey.

87. Señale el tumor más radiosensible entre los siguientes tumores de pared torácica.

a) Condrosarcoma de bajo grado.
b) Condrosarcoma de alto grado.
c) Osteosarcoma.
d) Plasmocitoma.

88. En relación al tratamiento sistémico del cáncer de pulmón y las alteraciones genéticas implicadas, ¿cuál no es cierta?

a) Tener el KRAS nativo o mutado no afecta en la quimioterapia tradicional.
b) La mutación del KRAS, al igual que el p53, se asocia al hábito tabáquico y se observa un cambio de guanina: citosina por timina: adenina.



c) Las personas pacientes con K-RAS mutado responden mejor a los inhibidores de la tirosinquinasa.
d) Utilizando cetuximab se obtienen supervivencias similares independientemente del estado de mutación de KRAS.

89. Una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA respecto al volet costal:

a) Es más frecuente el volet costal en la parte posterior del tórax que en la parte anterior.
b) Normalmente son secundarias a accidentes de tráfico con vehículos de motor.
c) Lo mortalidad varía entre un 20-40%.
d) Suele asociarse a contusión pulmonar.

90. En la trasmisión del dolor producido por la toracotomía participan uno de los siguientes:

a) Receptores GABAA.
b) Receptores de serotonina 5-HT3.
c) Endorfinas (α y β).
d) Recetores β 2-adrenérgicos.

91. En cuanto al tratamiento médico de la miastenia gravis una de las siguientes afirmaciones es cierta:

a) Los inhibidores de la acetilcolinesterasa suelen ser mal tolerados por lo que hoy día no se indican en el tratamiento de la miastenia gravis.
b) Los corticoides son ampliamente utilizados, aunque existe un potencial riesgo de exacerbación al inicio del tratamiento.
c) La plasmaféresis actúa disminuyendo la producción de autoanticuerpos.
d) Las inmunoglobulinas son el tratamiento de primera línea para la miastenia oculomotora.

92. Respecto al adenoma paratiroideo mediastínico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) La mayoría de las paratiroides mediastínicas requieren de esternotomía media.
b) La CT y la RM son las pruebas diagnósticas más utilizadas para su localización.
c) Se ha demostrado que la medición intraoperatoria de la PTH no mejora la resección de los adenomas y aumenta en exceso el tiempo quirúrgico.
d) El éxito de la cura del hiperparatiroidismo tras la resección es superior al 90%.

93. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el mesotelioma pleural maligno difuso es cierta?

a) Es el tumor pleural primario más frecuente.
b) Es menos frecuente que el mesotelioma peritoneal.
c) Las fibras de asbesto blanco (crisotilo) son las principales causantes.



d) La exposición previa a fibras de asbesto en pacientes con mesotelioma pleural maligno es del 100%.

94. En relación a las estenosis traqueales congénitas, ¿cuál es la mutación genética más relacionada con anomalías del arco aórtico?

a) Deleción 22q11.
b) Deleción 3p25.
c) Deleción 4p26.
d) Deleción 18q16.

95. Respecto al manejo del quilotórax postquirúrgico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Cuando el débito diario es superior a 1500ml está indicada la cirugía.
b) Cuando el débito no ha disminuido tras 2 semanas de tratamiento conservador está indicada la cirugía.
c) Cuando el débito diario es superior a 500ml y se ha realizado una extensa disección linfática mediastínica está indicada la cirugía.
d) El éxito de la embolización del conducto torácico es inferior al 20% debido a la variable anatomía que presenta.

96. La supervivencia global tras trasplante pulmonar a los 5 y 10 años es según el registro de la ISHLT (International Society For Heart And Lung Transplantation) de:

a) 40% y 15% respectivamente.
b) 29% y 24% respectivamente.
c) 76% y 11% respectivamente.
d) 52% y 29% respectivamente.

97. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de riesgo para desarrollar una hipertensión pulmonar crónica tromboembólica?

a) Anticuerpos antifosfolípidos.
b) Disfibrogenemia.
c) Tratamiento hormonal tiroideo.
d) HLA monomorfo.

98. En pacientes con cáncer de pulmón de célula pequeña, la presencia de síndrome paraneoplásico se considera un signo de mal pronóstico, EXCEPTO:

a) Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética.
b) Cushing.
c) Hipertiroidismo.
d) Síndrome carcinoide.



99. ¿Cuál de los siguientes no se correlaciona con un factor pronóstico positivo en la metastascetomía pulmonar?

a) Intervalo libre de enfermedad largo.
b) Abordaje abierto.
c) Resección completa.
d) Metástasis única.

100. Tras una lobectomía superior derecha, el estudio anatomopatológico muestra un adenocarcinoma bien diferenciado de 5 cm, sin infiltración de la pleura visceral. En el estudio ganglionar se identifica una adenopatía hiliar positiva para tumor, mientras que el resto de las adenopatías examinadas (tanto segmentarias como mediastínicas) son negativas. ¿Cuál sería la recomendación terapéutica más adecuada?

a) Seguimiento sin quimioterapia ni radioterapia.
b) Quimioterapia adyuvante.
c) Radioterapia adyuvante.
d) Completar la neumonectomía.

101. En el estudio de Regnard et al. con 307 pacientes con timoma se observa una supervivencia a los 10 años de para el estadio III de:

a) 32%.
b) 37%.
c) 42%.
d) 47%.

102. Respecto a la formación intrauterina del diafragma, señale la afirmación CORRECTA:

a) Se desarrolla entre las semanas 14 y 18.
b) La musculatura periférica se desarrolla a partir de la membrana pleuroperitoneal posterior.
c) La musculatura central se desarrolla a partir de la musculatura periférica.
d) La parte izquierda suele cerrarse antes que la parte derecha del diafragma.

103. Traen a urgencias generales del hospital a un varón de 28 años con una herida penetrante en tráquea cervical (sin lesiones vasculares asociadas) en un aparente intento de autolisis. Respecto al paciente descrito, ¿cuál de las siguientes afirmaciones le parece INCORRECTA?

a) La CT es la herramienta diagnóstica más útil en la lesión de tráquea cervical.
b) La intubación orotraqueal es importante para mantener la vía aérea permeable y segura.
c) La mayoría de las veces se puede proceder a una sutura primaria de la lesión traqueal.
d) Es rara la necesidad de la circulación extracorpórea.



104. ¿Cuándo no se considera la opción quirúrgica para pacientes con hemoptisis?

a) Continúa sangrando a pesar de embolización.
b) Por la historia clínica parece tener suficiente reserva funcional.
c) En el TAC se puede identificar el punto del sangrado.
d) Sospecha de hemorragia bilateral.

105. En la hidatidosis pulmonar, en relación al signo de Camelot es cierto que:

a) Si se detecta por TAC es patognomónico.
b) Es un signo premonitorio de rotura.
c) Sucede cuando el quiste cambia de forma cilíndrica a esférica.
d) Significa que la membrana germinal adopta la forma de semiluna con los escólices en ambos extremos.

106. Respecto a los tumores tímicos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Todos los subtipos histológicos salvo el subtipo A pueden metastatizar a distancia.
b) La RT adyuvante no ha mostrado beneficio alguno en resecciones incompletas.
c) La resección es el pilar fundamental en el tratamiento y la resección completa se debe realizar siempre que sea posible.
d) La resección en los casos de recurrencia no ha mostrado beneficio alguno.

107. Dentro de la terapia VAC para el tratamiento de las infecciones de la pared torácica, todas las afirmaciones siguientes son ciertas, EXCEPTO una:

a) Mejora el aporte sanguíneo de la zona.
b) Mejora la granulación de los tejidos.
c) La succión mayor a -25mmHg produce problemas cardíacos y/o respiratorios.
d) El espectro de aplicaciones en cirugía torácica incluye la osteomielitis del esternón, así como infecciones complejas de la pared torácica.

108. ¿Cuál de las siguientes características no es sugestiva para malignidad en los tumores paravertebrales posteriores?

a) Presencia de dolor.
b) Tumor de más de 10cm.
c) Extensión al canal espinal a través del foramen intervertebral.
d) Derrame pleural asociado.

109. ¿En qué año se publicó el primer trasplante pulmonar con éxito a largo plazo en un grupo de pacientes con fibrosis pulmonar (Toronto Lung Trasplant Group)?

a) 1963.
b) 1978.
c) 1984.
d) 1986



110. ¿Cuál de las siguientes no se considera una indicación quirúrgica en el neumotórax espontáneo primario?

a) Fuga aérea prolongada.
b) Hemotórax significativo.
c) Segundo episodio.
d) Primer trimestre del embarazo.

111. Una de las siguientes asociaciones se refiere al síndrome de Doege- Potter:

a) Tumor de Askin y feocromocitoma.
b) Paraganglioma extraadrenal, tumores gastrointestinales y condromas pulmonares.
c) Trombosis venosa en síndrome de estrecho torácico.
d) Tumor fibroso solitario de pleura e hipoglucemia.

112. Respecto al seminoma mediastínico, una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) Tienen mejor pronóstico que los tumores no seminomatosos.
b) Son radiosensibles.
c) El tratamiento se basa sobre todo en la quimioterapia.
d) El 20% tiene elevado la alfafetoproteína.

113. Avisan que la persona paciente trasplantada (trasplante bipulmonar por enfisema pulmonar) hace 48h comienza con infiltrados pulmonares y presenta una ratio PAO2/FIO2 de 278. ¿En qué grado de fallo primario de injerto se encuentra?

a) Grado 0.
b) Grado 1.
c) Grado 2.
d) Grado 3.

114. Respecto al sarcoma de Ewing de pared torácica, señale la afirmación CORRECTA:

a) La mayoría presentan la translocación t 11:20 (p22:12).
b) Histológicamente se observan osteoblastos anaplásicos en una matriz osteoide.
c) Cisplatino y pemetrexed son las drogas más utilizadas en la quimioterapia.
d) La supervivencia a los 5 años es de aproximadamente un 50%.



115. Un paciente de 53 años con un timoma B1 de 7cmx 5cm, con invasión de la vena cava, sin adenopatías y sin evidencias de metástasis se encuentra en el siguiente estadio TNM:

a) T2aN0M0.
b) T2bN0M0.
c) T3N0M0.
d) T4N0M0.

116. En la traqueomalacia de la persona adulta, ¿cuándo se considera que el grado de estenosis es moderada?

a) Cuando en la espiración aparece estridor.
b) Cuando presenta estridor inspiratorio.
c) Cuando en la espiración presenta un colapso del 75% de la vía aérea.
d) Cuando en la espiración la pared posterior traqueal contacta con la anterior.

117. ¿En cuál de las siguientes situaciones estaría contraindicada una cirugía de reducción de volumen?

a) VEMS predicho del 50%.
b) PaO2 de 50mmHg.
c) DLCO predicha del 30%.
d) PACO2 de 55 mmHg.

118. En relación al dolor crónico post-toracotomía, señale la afirmación CORRECTA:

a) Es una complicación muy poco frecuente (menos del 5%).
b) En las personas pacientes con tumores carcinoides aumenta el riesgo de dolor crónico.
c) Hasta pasado un año de la intervención quirúrgica no se puede etiquetar como dolor crónico.
d) Existen numerosos factores asociados a su aparición, como por ejemplo: fractura costal, infección de la toracotomía o recurrencia de la enfermedad.

119. La forma de obtener la mejor visión posible con un fibrobroncoscopio es:

a) Utilización de tamaño adulto con monitor de video.
b) Utilización de tamaño adulto con visión directa.
c) Utilización de tamaño pediátrico con monitor de video.
d) Utilización de tamaño pediátrico con visión directa.

120. El volumen de aire que queda en el interior de los pulmones después de una espiración forzada es:

a) Volumen residual.
b) Volumen de reserva espiratorio.



c) Volumen de reserva inspiratorio.
d) Volumen tidal.

121. ¿Cuál no es cierta respecto a la cirugía de la miastenia gravis?

a) Las personas pacientes con timoma asociado a miastenia gravis tienen indicación quirúrgica.
b) Las personas pacientes con anticuerpos antireceptores de acetilcolina (AChR) tienen indicación quirúrgica.
c) Las personas pacientes con anticuerpos antitirosin kinasa musculuesquelético (MuSK) tienen indicación quirúrgica.
d) La indicación de timectomía en la miastenia gravis ocular es controvertida.

122. Según los resultados del estudio NETT, en la cirugía de reducción de volumen las personas pacientes con mejor expectativa de supervivencia son:

a) Enfisema en lóbulos inferiores y alta tolerancia al ejercicio.
b) Enfisema en lóbulos superiores y alta tolerancia al ejercicio.
c) Enfisema en lóbulos inferiores y baja tolerancia al ejercicio.
d) Enfisema en lóbulos superiores y baja tolerancia al ejercicio.

123. Respecto a la contusión miocárdica traumática una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) La mayoría son secundarias a mecanismo de aceleración-deceleración en accidentes de tráfico.
b) El ventrículo derecho es el área más comúnmente dañada.
c) Se manifiesta con arritmia, hipertensión e insuficiencia cardíaca.
d) La ruptura de válvulas cardíacas asociada empeora notablemente el pronóstico.

124. El linfoma mediastínico de células grandes es uno de los tipos de linfoma no Hodgkin que más frecuentemente afecta al mediastino. Sobre esta enfermedad, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?

a) Ocasiona con más frecuencia un síndrome de vena cava que la enfermedad de Hodgkin.
b) Es más frecuente en hombres con una ratio 2:1.
c) Normalmente es un hallazgo casual en una prueba de imagen.
d) El pronóstico es similar a la enfermedad de Hodgkin.

125. En los carcinomas sarcomatoides pulmonares es falso que:

a) Afecta más a hombres que mujeres.
b) La práctica totalidad de los pacientes con estos tumores son fumadores.
c) Al diagnóstico, la mayoría presentan una imagen radiológica con necrosis/hemorragia intratumoral.



d) En la inmunohistoquímica suelen presentar marcadores epiteliales y mesenquimales.

126. En pacientes con rechazo crónico después de un trasplante pulmonar, se ha identificado un grupo de pacientes con disfunción neutrofílica reversible que responde favorablemente al tratarlo con:

a) Azitromicina.
b) Corticoides.
c) Azatioprina.
d) Anticuerpos monoclonales.

127. ¿Cuál de los siguientes datos no suma 2 puntos en la escala de clinical pulmonary infection score (CPIS)?

a) Secreciones traqueales purulentas.
b) Infiltrado localizado en RX.
c) Temperatura entre 38.5 y 39.5 ºC.
d) Relación PaO2/FiO2 menor de 240.

128. Respecto a los neurilemmomas (schwannomas) de mediastino posterior una de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

a) Son los tumores de la vaina nerviosa más frecuentes.
b) Suelen ser encapsulados.
c) Histológicamente se diferencian dos componentes (Antoni type 1 y 2).
d) Es muy frecuente su malignización por lo que el tratamiento ha de ser la resección.

129. En relación a la tuberculosis pulmonar, ¿cuál de las siguientes micobacterias no son del grupo de lento crecimiento?

a) Mycobacterium kansasi.
b) Mycobacterium xenopi.
c) Mycobacterium simiae.
d) Mycobacterium chenolae.

130. El tratamiento para el derrame paraneumónico estadio II en pacientes con baja morbilidad, según la European Society Of Thoracic Surgery es:

a) ATB + drenaje + fibrinólisis.
b) ATB + drenaje + VATS precoz.
c) ATB + drenaje + fibrinólisis y si fracaso de la fibrinolisis VATS.
d) ATB y drenaje si el derrame avanza a estadio III.



131. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el tumor fibroso solitario maligno de pleura es INCORRECTO?

a) Se desarrolla a partir de las células mesoteliales de la pleura.
b) Se observa mayor pleomorfismo nuclear, necrosis y número de mitosis que en el tumor fibroso solitario benigno.
c) El tratamiento se basa en la cirugía con márgenes libres.
d) Respecto al tumor fibroso solitario benigno, se observa con mayor frecuencia su origen en la pleura parietal.

132. Si consideramos que la PET-TAC es una prueba de imagen con un valor predictivo negativo del 91% para adenopatías mediastínicas. Cuando en el estudio de una masa pulmonar, en la pet aparece un ganglio mediastínico con un SUV de 3. Señale la respuesta CORRECTA:

a) Se considera que es maligno y no precisa de confirmación histológica.
b) El resultado sugiere malignidad, pero se recomienda realizar EBUS o mediastinoscopia para confirmarlo.
c) El resultado sugiere ausencia de malignidad y no precisa ninguna otra prueba.
d) El resultado sugiere ausencia de malignidad, pero hay que confirmarlo con EBUS o mediastinoscopia.

133. ¿Cuál de las siguientes patologías no se asocia con las bronquiectasias congénitas?

a) Fibrosis quística.
b) Síndrome de Young.
c) Síndrome pulmonar-renal.
d) Hipogammaglobulinemia.

134. En una persona paciente con una neumonectomía derecha hace dos meses que comienza con disnea y desaturación cuando se sienta. En la RX de control existe un nivel único y en el ECG no se observan alteraciones. **¿Deberíamos sospechar que presenta?**

a) Shunt derecha izquierda.
b) Fibrilación auricular paroxística.
c) Síndrome distress respiratorio del/a adulto/a.
d) Fístula broncopleural.

135. Le avisan por un síndrome de vena cava en un varón de 12 años en cuya TC se observa una gran masa mediastínica. Solicitan una biopsia quirúrgica urgente. ¿Cuál le parece la actitud CORRECTA?

a) La causa más frecuente es el linfoma linfoblástico por lo que se puede comenzar el tratamiento con corticoides y realizar punción de la masa ya que habitualmente es suficiente para el diagnóstico.



b) La causa más frecuente es el linfoma linfoblástico por lo que se debe realizar la biopsia incisional de manera urgente ya que la punción de la masa no suele ser suficiente para diagnóstico.
c) La causa más frecuente es el linfoma linfoblástico por lo que se debe comenzar tratamiento quimioterápico sin obtención de muestra histológica alguna.
d) La causa más frecuente es el linfoma linfoblástico por lo que la resección aún incompleta (debulking) es lo que más va a mejorar el pronóstico.,

136. Un mesotelioma maligno que invade la pleura parietal, pleura visceral, pulmón subyacente y fascia endotorácica se considera en el estadiaje TNM:

a) T1.
b) T2.
c) T3.
d) T4.

137. ¿Cuál es el principal motivo para indicar la realización de una traqueostomía en una persona paciente intubada?:

a) Evitar el daño producido por el tubo endotraqueal en la pared traqueal.
b) Disminuir el espacio muerto anatómico.
c) Poder aspirar las secreciones mejor.
d) Poder utilizar el ventilador mecánico ventilando por presiones.

138. ¿Cuál de las siguientes situaciones estimula a los quimiorreceptores periféricos para que aumente la ventilación alveolar?

a) Anemia.
b) Aumento de carboxihemoglobina.
c) Aumento de tensión arterial.
d) Hipoxemia.

139. En el desarrollo embrionario pulmonar, se diferencian 5 fases. ¿Cuál es la secuencia CORRECTA?

a) Embriónica, acinar, pseudoglandular, sacular y alveolar.
b) Embriónica, sacular, pseudoglandular, acinar y alveolar.
c) Embriónica, pseudoglandular, acinar, sacular y alveolar.
d) Embriónica, sacular, acinar, pseudoglandular y alveolar.

140. En la valoración preoperatoria inicial de la persona paciente potencialmente quirúrgica, la situación funcional ideal es:

a) ECOG 0 y Karnofsky 100.
b) ECOG 0 y Karnofsky 0.
c) ECOG 5 y Karnofsky 100.
d) ECOG 5 y Karnofsky 0.



141. Entre las indicaciones de la broncoscopia rígida no se encuentra:

a) Control y manejo de la hemoptisis masiva.
b) Extracción de cuerpo extraño.
c) Mejora de la hipertensión pulmonar.
d) Colocación de stent traqueales.

142. La mortalidad asociada a la fuga aérea prolongada tras resección pulmonar puede alcanzar hasta un 12%, principalmente como consecuencia de su asociación con otras complicaciones pulmonares graves. ¿Cuál de las siguientes combinaciones recoge correctamente las complicaciones con las que se correlaciona la fuga aérea prolongada?

a) Empiema, neumonía y atelectasia.
b) Fístula broncopleural, quilotórax y arritmia auricular.
c) Edema pulmonar, SDRA e infarto de miocardio.
d) Hernia cardíaca, hemotórax y lesión del nervio frénico.

143. En relación con la fístula broncopleural (FBP) postoperatoria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre su incidencia según el tipo de resección es CORRECTA?

a) La neumonectomía izquierda presenta una incidencia de FBP de hasta un 8,6%, frente al 2,3% de la derecha.
b) La neumonectomía derecha presenta una incidencia de FBP de hasta un 8,6%, frente al 2,3% de la izquierda.
c) La lobectomía presenta una incidencia de FBP similar a la de la segmentectomía (0,3%).
d) La FBP ocurre exclusivamente en el contexto de neumonectomía y nunca tras resecciones menores.

144. La fibrilación auricular (FA) postoperatoria tras cirugía torácica tiene una incidencia aproximada del 20%, pudiendo alcanzar el 40% en casos de neumonectomía, con un pico de aparición en el día postoperatorio 2. Sobre su manejo farmacológico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La digoxina está recomendada como primera línea para la profilaxis de la FA postoperatoria.
b) Los betabloqueantes reducen el riesgo de FA pero pueden incrementar el riesgo de edema pulmonar.
c) La amiodarona es el único fármaco que puede utilizarse para el control de la frecuencia en pacientes hemodinámicamente estables.
d) La anticoagulación debe iniciarse desde el primer episodio de FA independientemente de su duración.



145. En cuanto a los criterios diagnósticos de neumonía postoperatoria en cirugía torácica. ¿Cuál es el umbral cuantitativo de crecimiento bacteriano en el lavado broncoalveolar (BAL) que se considera útil como criterio diagnóstico?

a) Mayor de 10^2 UFC/mL.
b) Mayor de 10^3 UFC/mL.
c) Mayor de 10^4 UFC/mL.
d) Mayor de 10^5 UFC/mL.

146. ¿Cuál es la causa más frecuente de retraso en el alta hospitalaria tras una lobectomía pulmonar?

a) Fibrilación auricular postoperatoria.
b) Fuga aérea prolongada.
c) Control inadecuado del dolor.
d) Fiebre de origen desconocido.

147. Respecto al efecto del tabaquismo sobre la función ciliar bronquial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Las anomalías ultraestructurales axonemales se normalizan completamente 6 meses después de dejar de fumar.
b) La fluidez membranal de los macrófagos alveolares se recupera en las primeras 4 semanas tras el abandono tabáquico.
c) Las anomalías ultraestructurales axonemales en ex-fumadores persisten de forma similar a las observadas en fumadores activos.
d) La proteína secretora de las células de Clara se normaliza en las primeras 4 semanas tras el cese tabáquico.

148. Según la Guía de práctica clínica sobre traumatismo torácico cerrado no grave (TTCNG), ¿en cuál de los siguientes pacientes está indicada de forma rutinaria la realización de una radiografía de tórax posteroanterior y lateral?

a) Paciente joven de 25 años con dolor a la palpación esternal tras accidente de tráfico a baja velocidad.
b) Paciente de 65 años con dolor torácico espontáneo tras caída.
c) Paciente de 45 años sin dolor espontáneo ni a la palpación con antecedente de traumatismo costal leve.
d) Paciente de 50 años sin factores de riesgo añadidos y con exploración física normal.

149. Una persona paciente con traumatismo torácico cerrado no grave (TTCNG) está en tratamiento de prevención secundaria con ácido acetilsalicílico (AAS) y presenta sospecha clínica de hemorragia activa. ¿Cuál es la conducta recomendada respecto al AAS?

a) Suspender el AAS inmediatamente independientemente del riesgo trombótico.
b) Mantener el AAS siempre, ya que en prevención secundaria nunca debe suspenderse.



c) Suspender el AAS solo si el hemotórax supera los 500 ml.
d) Sustituir el AAS por heparina de bajo peso molecular.

150. Respecto al ECG y enzimas cardíacas en traumatismo torácico cerrado no grave (TTCNG), la Guía de práctica clínica establece que la creatina quinasa (CK) y sus isoenzimas (CK-MB):

a) Deben medirse sistemáticamente en todas las personas pacientes con TTCNG con mecanismo precordial.
b) Deben medirse junto con la troponina I como parte del perfil estándar de contusión miocárdica.
c) No deben medirse de forma sistemática en pacientes con TTCNG.
d) Solo deben medirse si el ECG muestra alteraciones del ST o de la conducción.

151. Respecto a la prueba de esfuerzo cardiopulmonar en la evaluación preoperatoria para cirugía de resección pulmonar, ¿cuál es el parámetro más robusto para la estratificación del riesgo?

a) El umbral anaeróbico (VO2 en el umbral ventilatorio).
b) La capacidad vital forzada (FVC) durante la prueba.
c) El consumo máximo de oxígeno (VO2max).
d) La frecuencia cardíaca máxima alcanzada durante el ejercicio.

152. ¿Cuáles son los tres pilares fundamentales de la prehabilitación multimodal en cirugía torácica?

a) Oxigenoterapia, antibioterapia preventiva y nutrición parenteral.
b) Ejercicio físico, optimización nutricional y soporte psicológico; con el cese del hábito tabáquico como componente clave adicional.
c) Fisioterapia respiratoria postoperatoria, inmunonutrición y rehabilitación cognitiva.
d) Vacunación antineumocócica, control glucémico y fisioterapia cardiovascular.

153. Respecto al suministro sanguíneo de la tráquea, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La tráquea tiene un suministro vascular axial que permite disección circunferencial extensa sin riesgo de isquemia.
b) El suministro es segmentario: tráquea superior por arteria tiroidea inferior y tráquea inferior por arterias bronquiales.
c) La arteria mamaria interna es la fuente principal en toda su longitud.
d) La tráquea se vasculariza únicamente por ramas de la arteria carótida común.



154. ¿En qué consiste la traqueoplastia deslizante (slide tracheoplasty) y en qué condición está especialmente indicada?

a) Ampliación de la tráquea con injerto de cartílago costal; indicada en estenosis cortas postintubación.
b) Sección en el punto medio del segmento estenótico, división vertical posterior de la mitad superior y anterior de la inferior, deslizamiento y anastomosis; indicada en estenosis traqueal congénita larga por anillos completos.
c) Colocación de stent de silicona permanente con sutura; indicada en cualquier estenosis traqueal benigna.
d) Resección del segmento estenótico completo y sustitución por prótesis sintética; indicada en estenosis malignas secundarias.

155. ¿Quién describió por primera vez un anillo vascular (doble arco aórtico) y quién realizó la primera operación exitosa para dividirlo?

a) Hommel describió el primer caso en 1737; Gross realizó la primera operación exitosa.
b) Gross describió el primer caso en 1945 y también realizó la primera operación exitosa.
c) Neuhauser describió el primer caso y Gross realizó la primera operación.
d) Turner describió el primer caso en 1945 y Gross realizó la primera operación en 1955.

156. ¿Cuál es la distinción entre un "anillo vascular verdadero" (completo) y un "anillo vascular parcial" (incompleto)?

a) Los anillos verdaderos comprimen solo la tráquea, mientras los parciales comprimen solo el esófago.

b) Los anillos verdaderos forman un anillo anatómicamente completo alrededor de tráquea y esófago; los parciales son anatómicamente incompletos.
c) Los anillos verdaderos son siempre sintomáticos al nacimiento, mientras los parciales son asintomáticos.
d) La distinción se basa en el número de vasos involucrados: dos en los verdaderos y uno en los parciales.

157. Respecto a la vasoconstricción pulmonar hipóxica (HPV) durante la ventilación unipulmonar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Los anestésicos inhalatorios inhiben la HPV de forma dosis-dependiente, pero este efecto no es clínicamente significativo a concentraciones ≤1 MAC.
b) Los agentes de inducción intravenosos como el propofol inhiben significativamente la HPV, por lo que deben evitarse en pacientes con shunt importante.
c) Sin ningún mecanismo compensador, aproximadamente el 70% del gasto del corazón derecho iría al pulmón no ventilado.
d) La HPV reduce el flujo sanguíneo al pulmón no ventilado en un máximo de un 10%, un efecto modesto en comparación con la gravedad o la compresión quirúrgica.



158. En el contexto de una masa mediastínica anterior con riesgo de colapso de la vía aérea subglótica, ¿qué afirmación es CORRECTA?

a) La espirometría tiene un alto valor predictivo de colapso de la vía aérea y de complicaciones intraoperatorias, por lo que debe ser la única prueba necesaria antes de la cirugía.
b) La circulación extracorpórea (CPB) es una excelente maniobra de rescate incluso si se decide instaurarla únicamente cuando ya se ha producido la crisis ventilatoria o circulatoria, ya que el acceso puede establecerse con rapidez.
c) Si existen síntomas graves, compresión de la vía aérea superior al 50% en la TC y evidencia ecocardiográfica de compromiso cardiovascular, un abordaje inicial prudente es la canulación femoral para CPB establecida de antemano, ya que esta no es una buena medida de rescate por la lentitud para obtener el acceso una vez instaurada la crisis.
d) La ecocardiografía transtorácica preoperatoria no aporta información relevante sobre la gravedad del compromiso hemodinámico causado por la masa.

159. Durante una toracotomía, una persona paciente presenta una caída brusca de la saturación de oxígeno acompañada de aumento de las presiones en la vía aérea y deterioro hemodinámico. La persona paciente tiene antecedente de enfisema con enfermedad bullosa conocida. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Aumentar inmediatamente el volumen tidal a 10-12 mL/kg sin investigar más.
b) Aplicar CPAP al pulmón no ventilado de entrada, sin descartar antes otras causas, ya que es la medida más eficaz en caso de desaturación de cualquier origen.
c) Proceder de inmediato a la ligadura de una rama de la arteria pulmonar del pulmón quirúrgico sin haber descartado antes otras causas de desaturación.
d) Sospechar un neumotórax a tensión contralateral dado el contexto clínico, y comentarlo con el personal cirujano antes de intentar una posible descompresión con aguja del lado contralateral.

160. Respecto a la denominada "distrofia torácica adquirida" o "síndrome de Jeune adquirido" tras la reparación del pectus excavatum, ¿qué afirmación describe correctamente su mecanismo y población de riesgo?

a) Se asocia principalmente a la reparación mediante procedimiento de Nuss en personas pacientes adultas con tórax rígido.
b) Se asocia a resección costal extensa realizada a edad temprana, con preservación del periostio, pero alteración del crecimiento de la pared torácica anterior.
c) Es una complicación exclusiva del procedimiento de Robicsek y no se ha descrito tras el procedimiento de Ravitch clásico.
d) Se debe a una sobrecorrección aguda intraoperatoria del esternón, sin relación con la edad de la persona paciente ni con la extensión de la resección costal.



161. Un/a recién nacido/a presenta un tórax estrecho en forma de campana, costillas cortas y orientadas horizontalmente, abdomen protuberante y antecedente familiar compatible con herencia autosómica recesiva. ¿Qué entidad describe mejor este cuadro, y cuál es su problema fisiopatológico principal?

a) Síndrome de Jeune (distrofia torácica asfixiante); el problema principal es el escaso crecimiento pulmonar con restricción del movimiento de la pared torácica que conduce a insuficiencia pulmonar.
b) Síndrome de Poland; el problema principal es la ausencia unilateral de la musculatura pectoral con sindactilia asociada.
c) Pectus carinatum tipo condromanubrial; el problema principal es la compresión del ventrículo derecho por el esternón desplazado posteriormente.
d) Síndrome de Jarcho-Levin; el problema principal es la ausencia completa de fusión ventral del esternón.

162. Respecto al síndrome de Poland, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a. Las anomalías de la extremidad superior (como la sindactilia) son menos discapacitantes que la propia deformidad torácica y ocurren en una minoría de los casos.
b. La afectación mamaria es prácticamente universal, y las anomalías de la extremidad superior, aunque menos llamativas que la deformidad torácica, son más discapacitantes y ocurren en aproximadamente dos tercios de los casos.
c. El síndrome se debe a una mutación autosómica recesiva bien caracterizada, de forma similar al síndrome de Jeune.
d. Es más frecuente en mujeres que en hombres, aunque estas buscan atención médica con menor frecuencia debido a la afectación mamaria.

163. En relación con los márgenes de resección microscópicamente positivos (R1) en tumores traqueales malignos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es más CORRECTA?

a) La resección R1 tiene el mismo impacto pronóstico negativo tanto en carcinoma escamoso como en carcinoma adenoide quístico, dado que ambos son tumores epiteliales.
b) En el carcinoma adenoide quístico, los márgenes positivos son menos frecuentes que en el escamoso, pero cuando ocurren, el pronóstico es uniformemente malo independientemente de la radioterapia.
c) Aunque la resección R1 conlleva mal pronóstico en el carcinoma escamoso, el carcinoma adenoide quístico, al ser radiosensible y de crecimiento lento, puede mantener supervivencias prolongadas incluso con márgenes positivos.
d) Los márgenes positivos son más frecuentes en el carcinoma adenoide quístico debido a su mayor agresividad biológica intrínseca.



164. Respecto al papel de la disección ganglionar sistemática durante la resección traqueal, ¿cuál es la principal limitación técnica?

a) La disección ganglionar a lo largo de la vía aérea remanente desvasculariza de forma fiable la tráquea y predispone al fallo anastomótico.
b) Los ganglios linfáticos traqueales no tienen valor pronóstico, por lo que su disección es innecesaria.
c) La disección ganglionar solo está contraindicada en el carcinoma adenoide quístico, no en el escamoso.
d) La disección ganglionar incrementa el riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente, pero no afecta a la vascularización traqueal.

165. Una persona paciente con carcinoma escamoso de tráquea presenta invasión hacia la glándula tiroides (nivel 4 de profundidad de invasión, según la clasificación de Honings y colaboradores). ¿Qué afirmación sobre el pronóstico es CORRECTA?

a) La supervivencia a 5 años en este subgrupo es comparable a la de los niveles 1 y 2a.
b) Ninguna persona paciente con extensión tumoral hacia la glándula tiroides sobrevivió 5 años tras la resección.
c) La invasión tiroidea mejora paradójicamente el pronóstico al facilitar la identificación de márgenes claros.
d) Este nivel de invasión no se asocia con la profundidad tumoral, sino exclusivamente con el tamaño del tumor.

166. El sarcoma de Ewing de pared torácica comparte la translocación t (11;22) (q24;q12) con los PNET (tumor de Askin). ¿Cuál es la secuencia terapéutica recomendada?

a) Cirugía inmediata de rescate con radioterapia adyuvante.
b) Quimioterapia de inducción seguida de resección quirúrgica amplia (con los límites del tumor identificado antes del tratamiento).
c) Radioterapia exclusiva como único tratamiento en lesiones de pared torácica.
d) Resección quirúrgica inmediata con quimioterapia postoperatoria si los márgenes son positivos.

167. Los abscesos tuberculosos de la pared torácica tienen predilección por el margen esternal. ¿Por qué?

a) Porque los ganglios de la mamaria interna se infectan secundariamente a tuberculosis pulmonar primaria, caseifican, erosionan la pared torácica y generan colecciones denominadas “abscesos fríos”.
b) Porque el esternón es el hueso con mayor irrigación sanguínea del tórax.
c) Porque el esternón es el punto de mayor presión mecánica durante la respiración.
d) Porque los abscesos tuberculosos solo afectan al esternón y no a costillas.



168. ¿Cuál es la única contraindicación absoluta para realizar una traqueostomía electiva?

a) La obesidad mórbida de la persona paciente.
b) La infección activa del área cervical.
c) La inestabilidad hemodinámica o la incapacidad de tolerar un breve período de apnea.
d) El uso de anticoagulantes o antiagregantes.

169. ¿Cuál es el hallazgo histopatológico patognomónico de la actinomicosis torácica?

a) Hifas tabicadas ramificadas en ángulo agudo (45°).
b) Microcolonias bacterianas con aspecto de "gránulos de azufre" en el tejido o secreciones.
c) Granulomas necrotizantes con células gigantes de tipo Langhans.
d) Células de Reed-Sternberg en el contexto de infiltrado inflamatorio.

170. Según la definición más precisa, la lesión pulmonar inducida por ventilador (VILI) es el resultado de cuatro mecanismos de daño. ¿Cuáles son?

a) Hipoxia, hipercapnia, atelectasia y toxicidad por oxígeno.
b) Volutrauma, toxicidad por O_2, disfunción surfactante y colapso alveolar.
c) Barotrauma, neumomediastino, enfisema subcutáneo y neumotórax.
d) Barotrauma, volutrauma, biotrauma, y atelectrauma.

171. Según la escala AIS (Abbreviated Injury Score) de Endorf y Gamelli para la broncoscopia en lesión por inhalación, ¿qué hallazgos definen el grado 3 (lesión grave)?

a) Ausencia de depósitos carbonáceos, eritema o edema.
b) Eritema leve o depósitos carbonáceos en bronquios proximales o distales.
c) Inflamación grave con friabilidad, abundantes depósitos carbonáceos, broncorrea y obstrucción bronquial.
d) Descamación mucosa, necrosis y obliteración endoluminal

172. Respecto al tratamiento del barotrauma en pacientes no ventilados mecánicamente (p. ej., buceadores con embolia gaseosa por ascenso rápido), ¿cuál es el tratamiento de elección?

a) Intubación orotraqueal y ventilación protectora inmediata.
b) Recompresión de urgencia en cámara hiperbárica de oxígeno para reequilibrar las fuerzas entre gas y tejido.
c) Toracocentesis de urgencia bilateral para evacuar el embolismo aéreo.
d) Administración de surfactante exógeno intratraqueal.



173. En el abordaje supraclavicular para descompresión del Síndrome de estrecho torácico superior (TOS), el nervio frénico debe ser preservado. ¿Dónde discurre el nervio frénico en relación con el músculo escaleno anterior?

a) Posterior al músculo escaleno anterior, cruzando el nervio subclavio.
b) En la cara anterior del músculo escaleno anterior, discurriendo del borde lateral al medial; pasa medial a la inserción del escaleno en la 1ª costilla.
c) Entre los músculos escaleno anterior y medio, junto a la arteria subclavia.
d) Anterior a la vena subclavia, posterior a la arteria carótida común.

174. El elastofibroma dorsi es un tumor benigno de partes blandas. ¿Cuáles son sus características clínicas y de imagen más típicas?

a) Masa de crecimiento lento en la región subscapular profunda al músculo serrato anterior, de predominio en mujeres de mediana edad y de mayor frecuencia derecha, con hasta 66% de bilateralidad.
b) Masa anterolateral subpectoral unilateral de rápido crecimiento en hombres jóvenes, hipervascular en TC.
c) Masa posterolateral, en profundidad a músculo serrato, en hombres, asociada a neurofibromatosis tipo I.
d) Lesión hipodensa bien delimitada en el ángulo inferior de la escápula, exclusivamente unilateral, de distribución similar por sexo a partir de los 50 años.

175. ¿En qué contexto postoperatorio de cirugía torácica tiene mayor evidencia el uso de la ventilación no invasiva (VNI)?

a) Tras neumonectomía con derrame pleural contralateral.
b) En pacientes con insuficiencia respiratoria hipercápnica aguda post-resección pulmonar, como alternativa a la reintubación.
c) Como profilaxis rutinaria en todas las personas pacientes postoperados de cirugía torácica.
d) En la atelectasia lobar post-lobectomía como único tratamiento.

176. Comparando el procedimiento de Nuss con el procedimiento de Ravitch, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El procedimiento de Nuss tiene un tiempo operatorio más corto, pero una tasa de complicaciones más alta y una duración más prolongada de analgesia epidural e ingreso hospitalario que el procedimiento de Ravitch.
b) El procedimiento de Ravitch tiene un tiempo operatorio más corto que el procedimiento de Nuss en todas las series analizadas.
c) Ambos procedimientos presentan tasas de complicaciones idénticas y duraciones de hospitalización equivalentes en todas las series comparativas.
d) El strut permanece colocado durante más tiempo en el procedimiento de Ravitch (3 a 4 años) que en el procedimiento de Nuss (6 a 12 meses).



177. Una persona paciente presenta un tumor traqueal con las siguientes características patológicas: invasión a través del cartílago (nivel 2b), sin invasión linfática; ¿qué afirmación es más precisa?

a) La profundidad de invasión no se asocia significativamente con la supervivencia, a diferencia de la invasión linfática.
b) Tanto la profundidad de invasión como la invasión linfática se asocian de forma estadísticamente significativa con la supervivencia, siendo ambas relevantes en el pronóstico.
c) La diferenciación tumoral es el factor pronóstico más fuerte, superando a la profundidad de invasión.
d) La necrosis extensa del tumor es el principal determinante de mal pronóstico.

178. Según los criterios clásicos, ¿cuál es la indicación de toracotomía urgente (no de emergencia en sala de resucitación) por hemotórax en trauma torácico cerrado?

a) Drenaje inicial > 200 mL de sangre por el tubo torácico.
b) Drenaje inicial > 1.500 mL o débito > 200 mL/h durante 2-4 horas con inestabilidad hemodinámica a pesar de reposición.
c) Cualquier hemotórax que ocupe más del 25% del hemitórax en la radiografía.
d) Hemotórax bilateral, independientemente del volumen drenado.

179. Una persona paciente con TOS neurógeno sometida a resección de la primera costilla por vía transaxilar. Intraoperatoriamente, el personal de anestesiología observa aumento de las presiones en vía aérea y caída de la SpO_2. ¿Cuál es la complicación más probable?

a) Laringoespasmo por estimulación del nervio vago durante la disección.
b) Embolia aérea paradójica por apertura de la vena subclavia.
c) Broncoespasmo por reacción al agente de inducción anestésica.
d) Neumotórax iatrógeno por apertura de la pleura durante la resección costal.

180. Según las guías ERS/ESTS 2025, ¿qué papel tiene la prehablitación (rehabilitación preoperatoria) en personas candidatas a cirugía pulmonar por cáncer?

a) La prehabilitación está contraindicada en pacientes con EPOC severo por el riesgo de exacerbación.
b) La prehabilitación puede disminuir la incidencia de complicaciones pulmonares postoperatorias en pacientes de alto riesgo y podría aumentar el número de pacientes elegibles para cirugía.
c) La prehabilitación solo tiene evidencia en cirugía colorrectal y no se recomienda extrapolaria a cirugía torácica.
d) La prehabilitación debe realizarse durante mínimo 12 semanas para tener efecto; periodos menores son ineficaces.



181. Según las guías ERAS/ESTS, ¿cuál es la recomendación sobre el abandono del tabaco antes de la cirugía de resección pulmonar?

a) La cesación tabáquica en las 4 semanas previas a la cirugía paradójicamente aumenta las complicaciones pulmonares y debe evitarse.
b) Solo se recomienda el abandono en fumadores activos de más de 20 cigarrillos/día; los fumadores moderados no tienen mayor riesgo.
c) La cesación tabáquica carece de evidencia en cirugía torácica y no se incluye como recomendación ERAS.
d) El abandono del tabaco debe realizarse idealmente al menos 4 semanas antes de la cirugía, asociándose a reducción de complicaciones pulmonares y mortalidad.

182. Según las guías ERAS/ESTS, ¿cuáles son las recomendaciones sobre la medicación preanestésica y la prevención de hipotermia intraoperatoria?

a) Las benzodiacepinas de acción corta (midazolam) son el ansiolítico de elección y deben administrarse de forma rutinaria; la normotermia no requiere monitorización específica.
b) La administración rutinaria de sedantes preoperatorios debe evitarse para facilitar la recuperación; debe mantenerse normotermia con dispositivos de calentamiento activo convectivo con monitorización continua de temperatura.
c) El uso de benzodiacepinas de acción larga (lorazepam) mejora la experiencia de la persona paciente el primer día postoperatorio y se recomienda.
d) La hipotermia leve (35-36°C) es aceptable en cirugía pulmonar y no requiere corrección activa.

183. En el contexto del dolor postoperatorio en cirugía de resección pulmonar, ¿cuáles son las consecuencias más relevantes de una analgesia inadecuada?

a) Únicamente mayor consumo de opioides en el postoperatorio inmediato.
b) Mayor riesgo de fuga aérea prolongada por hiperventilación reactiva al dolor
c) Dificultad para la tos efectiva con riesgo de atelectasias y neumonía, hipertensión y arritmias cardíacas, y aparición de dolor crónico postoracotomía.
d) Aumento del riesgo de TEV por inmovilización secundaria al dolor, sin consecuencias respiratorias directas

184. ¿En qué plazo debe realizarse la estabilización quirúrgica del volet costal para obtener el máximo beneficio en términos de reducción de complicaciones?

a) Solo tras demostrar fracaso del tratamiento conservador durante más de 2 semanas de ventilación mecánica.
b) Entre los días 7 y 10 del ingreso, una vez estabilizada la situación hemodinámica.
c) En las primeras 72 horas, obteniéndose beneficios principalmente por la disminución de los tiempos de ventilación mecánica.
d) En las primeras 24 horas de forma imperativa, antes de que se instaure la inflamación.



185. En relación a las diferencias anatómicas entre la vía aérea pediátrica y la de la persona adulta, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El punto más estrecho de la vía aérea pediátrica es la glotis, igual que en la persona adulta.
b) La tráquea pediátrica presenta anillos traqueales más rígidos y cartilaginosos, lo que reduce la incidencia de traqueomalacia.
c) La epiglotis pediátrica tiene forma de omega, es más laxa y la vía aérea tiene posición más anterior y cefálica, siendo el punto más estrecho el cartílago cricoides.
d) El componente de músculo liso es menor en la vía aérea pediátrica, lo que la hace menos reactiva a estímulos externos.

186. Durante la corrección quirúrgica de un anillo vascular en un lactante de 4 meses, se realiza fibrobroncoscopia intraoperatoria de rutina. ¿Cuál es la razón más importante de su realización y qué hallazgo obligaría a una corrección simultánea bajo circulación extracorpórea?

a) Descartar una fístula traqueoesofágica tipo H; si se detecta, se corrige por toracotomía derecha en el mismo acto.
b) Valorar la posible asociación de estenosis traqueal congénita (anillos completos), que obligaría a corrección simultánea aprovechando la CEC.
c) Confirmar la desaparición completa de la compresión extrínseca tras la corrección vascular, siendo raro que persista malacia residual.
d) Evaluar el calibre de los bronquios principales para ajustar el tamaño del tubo de doble luz en la ventilación unipulmonar postoperatoria.

187. Mujer de 58 años con antecedente de intubación orotraqueal prolongada (21 días) por neumonía grave hace 8 meses. Consulta por disnea progresiva de esfuerzo y estridor inspiratorio de tres meses de evolución. La broncoscopia flexible muestra estenosis subglótica de 8 mm de diámetro en la tráquea cervical, a 2 cm del cricoides, de aspecto fibroso y longitud aproximada de 2 cm. ¿Cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica más adecuada para esta paciente?

a) Dilatación broncoscópica seriada como tratamiento definitivo, dada la longitud de la estenosis.
b) Traqueotomía definitiva por encima del nivel estenótico.
c) Resección traqueal segmentaria con anastomosis término-terminal por vía cervical, tras completar el estudio (TC cuello-tórax, función vocal, evaluación funcional).
d) Stent de silicona permanente como tratamiento de elección en estenosis postintubación.



188. Varón de 62 años con carcinoma adenoide quístico de tráquea media de 3 cm de longitud con invasión subcarinal. La TC muestra el tumor a 3 cm de la carina, sin afectación ganglionar mediastínica ni metástasis. La broncoscopia muestra luz traqueal reducida al 50%. ¿Cuál es la actitud inicial más CORRECTA en el manejo anestésico-quirúrgico de este caso?

a) Inducción estándar con propofol y succinilcolina, intubando con el tubo de mayor calibre posible.
b) Circulación extracorpórea femoral de entrada como medida de seguridad obligatoria en tumores traqueales.
c) Traqueotomía de urgencia previa a cualquier inducción anestésica.
d) Inducción inhalatoria lenta manteniendo ventilación espontánea; si la estenosis es crítica, dilatación previa y paso del tubo más allá de la lesión; objetivo de extubación al finalizar el procedimiento.

189. Mujer de 55 años, diabética con mal control glucémico, en hemodiálisis, que presenta dolor e hinchazón en la articulación esternoclavicular derecha de 3 semanas de evolución, con fiebre de 38,2°C y leucocitosis de 14.500/mL. La TC muestra efusión articular, erosión ósea del borde medial de la clavícula derecha y colección de partes blandas periarticulares. Los hemocultivos son negativos. El cultivo del aspirado articular crece S. aureus resistente a meticilina (MRSA). ¿Cuál es la actitud terapéutica más completa y CORRECTA?

a) Antibioterapia intravenosa con vancomicina durante 6 semanas como único tratamiento, dado que la cirugía está contraindicada en diabéticos en hemodiálisis.
b) Incisión y drenaje simple en la cabecera de la persona paciente, seguido de cura con apósitos húmedos.
c) Desbridamiento quirúrgico amplio (resección de la cabeza medial de la clavícula, el manubrio involucrado y tejidos blandos infectados), antibioterapia dirigida con vancomicina IV prolongada y cobertura del defecto con colgajo pectoral mayor ipsilateral; drenajes de presión negativa como puente.
d) Traqueostomía urgente para prevenir obstrucción de la vía aérea por extensión mediastínica.

190. En pacientes con patología pulmonar intersticial, al valorar la biospia quirúrgica es cierto qué:

a) Hoy en día la mayoría se realizan mediante VATS.
b) Se recomienda realizar al menos 4 biopsias (dos en cada lóbulo).
c) No importa si el resultado de la biopsia cambiará o no la actitud terapeútica.
d) Tiene alta mortalidad (más del 20%) por lo que hoy en día está en desuso.



191. En relación con el mapa ganglionar mediastínico internacional (IASLC) y su correlación quirúrgica, ¿cuál de los siguientes grupos ganglionares se localiza anatómicamente en el límite inferior del mediastino superior, delimitado por el borde inferior de la vena ácigos a la derecha y el origen de la arteria pulmonar izquierda a la izquierda?

a) Ganglios paratraqueales superiores (Grupo 2).
b) Ganglios subcarinales (Grupo 7).
c) Ganglios interaortopulmonares (Grupo 5).
d) Ganglios paraesofágicos (Grupo 8).

192. Paciente varón de 58 años con empiema pleural secundario a neumonía por Streptococcus pneumoniae, en fase fibrino-purulotendinosa (Estadio II de Light / Organización temprana). Tras la inserción de un tubo de tórax de gran calibre, persiste un lóculo tabicado con colapso pulmonar incompleto y fiebre persistente a las 72 horas. ¿Cuál es la conducta quirúrgica inicial de elección con mejor relación costo-efectividad y menor morbilidad?

a) Videotoracoscopia (VATS) para lisis de adherencias y decorticación precoz.
b) Toracotomía abierta amplia con decorticación reglada y pleurectomía parietal.
c) Administración intrapleural repetida de agentes antifibrinolíticos y uroquinasa sistémica.
d) Cambio guiado por fluoroscopia de catéter pigtail y observación armada por 7 días más.

193. Durante la evaluación preoperatoria de un adenocarcinoma pulmonar derecho clínicamente N2 único demostrado por ecoendoscopia (EBUS), se constata invasión de la vena cava superior a 2 cm de su desembocadura auricular y afección del pericardio parietal adyacente. De acuerdo con los criterios de resecabilidad, ¿cómo se clasifica esta situación oncológica y cuál es el manejo ideal?

a) Irresecable absoluto por compromiso vascular mediastínico central masivo.
b) Resecable de entrada mediante neumonectomía intrapericárdica con resección en bloque de VCS sin tratamiento neoadyuvante.
c) Estadio metastásico M1a, por lo que el manejo es exclusivamente paliativo.
d) Potencialmente resecable tras terapia de inducción multimodal (quimiorradioterapia) seguida de resección con reconstrucción vascular.

194. Paciente de 24 años, delgado, fumador, que presenta su segundo episodio contralateral de neumotórax espontáneo primario. Se realiza TAC de tórax que demuestra bulas apicales bilaterales de predominio superior (tipo Van Allen I). ¿Cuál es la indicación quirúrgica precisa y la técnica con menor índice de recidiva a largo plazo?

a) Toracotomía axilar mínima con pleurodesis química con talco exclusivamente.
b) Resecar las bulas por VATS mediante endostaples y asociar pleurectomía apical o abrasión pleural.
c) Observación clínica prolongada con oxígeno suplementario a alto flujo para evitar la agresión quirúrgica.



d) Instilación de tetraciclina intrapleural a través de catéter fino de aspiración simple.

195. Mujer de 42 años con debilidad muscular generalizada y una masa anterior en mediastino de 6x5 cm. Se confirma timoma estadio IIa de Masaoka-Koga asociado a Miastenia Gravis. De acuerdo con las recomendaciones expuestas, ¿cuál es el abordaje quirúrgico y la extensión de la resección indicada?

a) Enucleación exclusiva de la lesión por toracotomía derecha para preservar la función tímica remanente.
b) Timectomía parcial anterior guiada por VATS un侧 (unilateral) limitando la disección al lóbulo afectado.
c) Timectomía transesternal radical ampliada (incluyendo toda la grasa mediastínica anterior desde los cuernos cervicales hasta el diafragma).
d) Biopsia incisional seguida de radioterapia exclusiva por la fragilidad miasténica.

196. Una persona paciente sufre un traumatismo cerrado de alta energía y presenta enfisema subcutáneo masivo progresivo, neumotórax hipertensivo derecho refractario a doble tubo de tórax (fuga aérea masiva continua) y atelectasia total del pulmón derecho. La broncoscopia de urgencia confirma una sección completa del bronquio principal derecho a 1,5 cm de la carina. Según la anatomía quirúrgica, ¿cuál es el abordaje de elección para la reparación traqueobronquial?

a) Toracotomía posterolateral derecha por el cuarto o quinto espacio intercostal.
b) Esternotomía media longitudinal con apertura del pericardio anterior.
c) Toracotomía posterolateral izquierda amplia con movilización del cayado aórtico.
d) Abordaje cervical transesternal combinado sin apertura de pleura visceral.

197. Paciente con quilotórax traumático iatrogénico tras esofagectomía que no responde a la nutrición enteral con triglicéridos de cadena media ni al ayuno con nutrición parenteral total tras 10 días, con un débito quiloso constante de 1100 mL/día. Según las descripciones anatómicas, ¿a qué nivel vertebral se debe planificar la ligadura quirúrgica del conducto torácico para garantizar la interrupción del flujo antes de su desembocadura venosa?

a) A nivel de la quinta vértebra torácica (T5) cruzando hacia la izquierda.
b) A nivel del hiato esofágico cervical (C6-C7).
c) A nivel de la octava vértebra torácica (T8) en el mediastino medio.
d) A nivel del hiato aórtico o supradiafragmático (T11-T12 / derecho a la columna).



198. Varón de 50 años con antecedente de caverna tuberculosa residual en lóbulo superior izquierdo que desarrolla hemoptisis masiva recurrente (600 mL en 24 horas). La tomografía muestra una masa con "signo del aire creciente" (air crescent sign) dentro de la cavidad. De acuerdo con los criterios quirúrgicos, ¿cuál es el tratamiento de elección para evitar episodios fatales?

a) Instilación intracavitaria percutánea de anfotericina B guiada por TAC.
b) Resecar el segmento o lóbulo pulmonar afectado mediante toracotomía o VATS con ligadura vascular hiliar.
c) Tratamiento prolongado con voriconazol intravenoso a dosis máximas sin cirugía.
d) Embolización bronquial paliativa única como tratamiento definitivo a largo plazo.

199. Paciente con antecedente de sarcoma osteogénico de extremidad inferior resecado hace 2 años, que presenta en la TAC de control tres nódulos bilaterales limitados a los campos pulmonares periféricos. No hay evidencia de enfermedad extratorácica y el tumor primario está controlado. Según los criterios oncológicos para metastasectomía pulmonar, ¿cuál condición es indispensable cumplir?

a) Posibilidad de lograr una resección completa (márgenes libres R0) de todas las lesiones detectadas con conservación de parénquima funcional.
b) Que las lesiones sean únicas y estrictamente unilaterales en el parénquima.
c) Haber completado al menos 5 líneas de quimioterapia de segunda generación previas.
d) Demostrar invasión pleural difusa previa a la cirugía para justificar neumonectomía total.

200. Paciente varón de 30 años con tumoración paravertebral derecha bien delimitada en el surco costovertebral del mediastino posterior que protruye en "reloj de arena" (hourglass tumor) a través del agujero de conjunción hacia el canal medular. ¿Cuál es el origen histológico más frecuente de esta lesión y el manejo quirúrgico recomendado?

a) Timoma ectópico maligno / Abordaje exclusivamente toracoscópico de urgencia.
b) Teratoma maduro / Resección por esternotomía media longitudinal.
c) Tumor neurogénico (schwannoma/neurofibroma) / Abordaje combinado neuroquirúrgico y toracoscópico/abierto secuencial.
d) Quiste pericárdico / Drenaje percutáneo guiado por ecografía.

201. ¿En qué consiste “la toma de decisiones compartidas (TDC)”?

a) Es un concepto de valoración preoperatoria en el que intervienen dos o más profesionales de la misma especialidad valorando situaciones clínicas en las que no se dispone de evidencia científica suficiente.
b) Es un concepto aplicable a los comités de tumores multidisciplinares.
c) Es un concepto aplicable a situaciones en las que las personas pacientes reciben dos o más opciones de tratamiento médicamente razonables, pero sin consenso profesional.
d) Es un sistema de toma de decisiones partiendo de la medicina basada en la evidencia.



202. En cuanto a la relación entre el cese del hábito tabáquico preoperatorio y el riesgo de complicaciones postoperatorias, ¿cuál NO es cierta?

a) Hay estudios que dicen que puede generar aumento de las complicaciones postoperatorias si se da solo 4 semanas antes de la cirugía.
b) El cese del hábito tabáquico obtiene beneficios en su supervivencia a largo plazo.
c) A partir de dos meses los riesgos entre exfumadores y no fumadores se igualan.
d) El cese del hábito tabáquico no debe demorar la indicación quirúrgica.

203. Con respecto a la incisión toracoabdominal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es cierta?

a) Permite simultáneamente la disección del espacio pleural y el abdominal.
b) Es atractiva para el equipo de cirugía esófago-gástrica.
c) Se realiza preferentemente desde el lado derecho para evitar la aorta abdominal.
d) Se realiza a través del sexto o séptimo espacio intercostal.

204. ¿A qué se llama la "incisión francesa"?

a) Es una toracotomía anterolateral con preservación muscular.
b) Es una incisión cérvico-torácica para el acceso a tumores del sulcus anteriores.
c) Se denomina así a la toracotomía posterolateral más habitual.
d) Es una variación de la incisión de Kocher.

205. Respecto al "pectus excavatum" NO es cierto que:

a) La gran mayoría aparecen pronto tras el nacimiento (85 % a 90 %).
b) Es más frecuente en niños que en niñas.
c) Aparece en 1 de cada 500 nacidos/as vivos/as.
d) Se asocia a hernia diafragmática congénita y agenesia diafragmática.

206. La técnica de Nuss frente a la técnica de Ravitch:

a) La técnica de Nuss requiere mayor tiempo de intervención que la de Ravitch.
b) La técnica de Ravitch tiene menos complicaciones en edad pediátrica que la de Nuss.
c) La de Nuss tiene menor estancia hospitalaria que la de Ravitch.
d) En edad adulta la de Nuss tiene menor índice de desplazamiento del soporte que la de Ravitch.

207. Sobre los tumores benignos primarios de pared torácica NO es cierto que:

a) Los más frecuentes son el ostocondroma y la displasia fibrosa.
b) El granuloma eosinófilo es más común en la parte anterior y media del tórax.
c) El principal síntoma del osteoma osteoide es el dolor nocturno.
d) Los quistes aneurismáticos óseos se confunden a veces con sarcomas.



208. Sobre los tumores malignos primarios de pared torácica NO es cierto que:

a) Los tumores desmoides tienen alta tasa de recurrencia.
b) El rabdomiosarcoma es quimio y radiosensible.
c) El histiocitoma fibroso maligno es quimioresistente pero muy radiosensible.
d) En el liposarcoma el pronóstico lo marcan los márgenes de resección y el grado tumoral.

209. Para la reconstrucción de grandes defectos de pared torácica debemos dominar la técnica de colgajos musculares. Al respecto, ¿qué afirmación es cierta?

a) El dorsal ancho se origina en la cresta ilíaca inferiormente y la fascia toracolumbar cerca de la línea media, se inserta en el húmero en el tubérculo menor.
b) El flap de pectoral mayor no debe influir en el rango de movimiento del brazo si está bien realizado.
c) El colgajo de recto abdominal tiene dos pedículos dominantes de la arteria epigástrica rama de la arteria mesentérica superior.
d) En el colgajo de músculo serrato es importante saber que los tramos superiores están irrigados por la arteria torácica lateral, mientras que los tramos inferiores están irrigados por la rama del serrato de la arteria toracodorsal.

210. Respecto al papel de las terapias adyuvantes y neoadyuvantes en el cáncer de pulmón (NSCLC), diga ¿cuál es la afirmación ERRÓNEA?

a) El estudio CALGB 9633 demostraba los beneficios de la quimioterapia basada en cisplatino para el estadio IIB como terapia adyuvante.
b) En un ensayo de fase III que investiga el papel de quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía o radioterapia (EORTC 08941), no se observaron diferencias en la mediana ni en la supervivencia general en el estadio IIIA.
c) El subconjunto T3N1 representa una minoría de casos en estadio IIIA NSCLC. Para las personas con tumores T3N1, se recomienda la resección quirúrgica primaria seguida de quimioterapia adyuvante.
d) La metástasis intracraneal única sincrónica no contraindica la cirugía del primario.

211. ¿Cuál de las siguientes NO es indicación de tratamiento quirúrgico de un absceso pulmonar?

a) Complicaciones recurrentes (empiema y fistulización a pleura).
b) Sospecha de carcinoma (lesión neoplásica).
c) Persistencia tras 8 semanas de tratamiento.
d) Drenaje espontáneo a árbol bronquial.

212. La mediastinitis fibrosante:

a) Es una secuela de una infección mediastínica por una microbacteria.
b) Es consecuencia a una reacción de hipersensibilidad mediada por inmunidad.
c) El diagnóstico es siempre anatomopatológico.
d) El tratamiento incluye siempre la administración de antituberculosos.



213. ¿Cuál de las siguientes infecciones fúngicas se dan en pacientes inmunocompetentes?

a) Aspergilosis.
b) Cryptococosis.
c) Candidiasis.
d) Coccidiomicosis.

214. Con respecto a la hemoptisis masiva asociada a la fibrosis quística, ¿cuál NO es CORRECTA?

a) Solo un 25 % se producen antes de los 18 años.
b) La mitad de las personas pacientes sufren su primer episodio entre los 18 y los 30 años.
c) Se da más frecuentemente en mujeres que en hombres.
d) Más del 60 % de las personas pacientes presentan un VEMS menor del 40 % del predicho.

215. Con respecto al tratamiento de la recurrencia de la hemoptisis secundaria a tuberculosis tras tratamiento de embolización exitoso (90 % de los casos), ¿cuál NO es CORRECTA?

a) El riesgo de resangrado es alto, en el primero año del 70 %.
b) Las razones para el fallo del tratamiento incluyen enfermedad hepática concomitante.
c) Se produce más a menudo en pacientes con aspergilomas pulmonares asentados en lesiones TBC.
d) Obliga a plantear siempre una opción quirúrgica.

216. ¿Cuál de las siguientes NO es un criterio de cirugía en la infección por M. tuberculosis?

a) Cavidad tuberculosa con fallo de tratamiento tras 4-6 meses de cumplimiento anti TB.
b) Empiema con o sin fístula.
c) Estenosis vía aérea.
d) Síndrome de “Lady Windermere” (bronquiectasias del lóbulo medio y língula).

217. La mediastinoscopia:

a) Fue desarrollada como técnica diagnóstica por Carlens en 1954.
b) Fue promulgada por Pearson en 1960.
c) El uso de la mediastinoscopia cambia el plan terapéutico en el 25 % de las personas pacientes.
d) Fue desarrollada por Harken en 1959.



218. La filtración fisiológica de líquido pleural, que ocurre en la pleura parietal, es de aproximadamente:

a) 100 ml/día.
b) 200 ml/día.
c) 250 ml/día.
d) 350 ml/día.

219. ¿Cuál de los siguientes síntomas es más frecuente en el síndrome postneumonectomía?

a) Estridor.
b) Tos.
c) Dolor torácico.
d) Disfagia.

220. ¿Cuál es en la actualidad la principal indicación de las toracoplastias?

a) Empiema postneumonectomía.
b) Tuberculosis multirresistente.
c) Neumonía necrotizante.
d) Aspergiloma pulmonar.

221. NO es factor de riesgo de recurrencia en el tumor fibroso solitario de pleura completamente resecado:

a) Su origen en la pleura visceral.
b) La morfología sésil.
c) La presencia de hemorragia.
d) La presencia de necrosis.

222. ¿En qué porcentaje de pacientes se observa una recuperación de la función del nervio laríngeo recurrente tras su lesión en el curso de una resección pulmonar?

a) 20 % en el plazo de 1 año tras la cirugía.
b) 32 % en el plazo de 1 año tras la cirugía.
c) 49 % en el plazo de 2 años tras la cirugía.
d) 60 % en el plazo de 2 años tras la cirugía.

223. ¿Qué infección produce el síndrome de "Lady Windermere"?

a) Mycobacterium bovis.
b) Mycobacterium microti.
c) Mycobacterium tuberculosis.
d) Mycobacterium avium complex (MAC).



224. Según la clasificación de Vanderschueren utilizada durante la cirugía del neumotórax espontáneo primario, ¿qué hallazgo corresponde a un tipo II?

a) Presencia de blebs o bullas mayores de 2 cm.
b) Presencia de blebs o bullas menores de 2 cm.
c) Presencia de adherencias pleurales.
d) Ausencia de anomalías macroscópicas.

225. La reabsorción espontánea de un neumotórax no complicado ocurre principalmente por:

a) Difusión directa a la cavidad alveolar por gradiente de CO_2.
b) Absorción por capilares venosos pleurales según gradiente de presión parcial.
c) Drenaje linfático exclusivo parietal.
d) Ventilación colateral por poros de Kohn.

226. Según la "Guía de Práctica Clínica de la SECT sobre el manejo de neumotórax espontáneo primario", ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA con respecto al tratamiento quirúrgico y las técnicas de pleurodesis?

a) La cirugía asistida por video (VATS) presenta un riesgo de recidiva cuatro veces menor que la toracotomía abierta, lo que justifica firmemente su elección como primera opción.
b) La abrasión mecánica sistemática tras la resección de bullas cuenta con una recomendación fuerte a favor (GRADE 1-B) al haber demostrado una reducción drástica de las recidivas.
c) La cirugía de resección bullosa por VATS aislada (sin pleurodesis asociada) es altamente segura y reduce las tasas de recidiva a menos del 1%.
d) La pleurectomía o la pleurodesis química cuentan con una recomendación fuerte a favor (GRADE 1-B) en el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo primario.

227. ¿Cuál es la afirmación CORRECTA sobre el neumotórax en el embarazo?

a) Es frecuente en el primer trimestre.
b) Ocurre en 1 de cada 1.000 partos.
c) Se asocia típicamente al tercer trimestre alrededor de la semana 26.
d) Es una contraindicación absoluta para el parto vaginal.

228. ¿Cuál es el mecanismo físico más importante que mantiene el pulmón expandido contra la pared torácica?

a) Presión positiva pleural constante.
b) La difusión activa de oxígeno pleural.
c) La tensión superficial del líquido pleural.
d) La contracción activa de la pleura visceral.



229. Respecto a las hernias pulmonares congénitas, señale la afirmación CORRECTA:

a) La mayoría se localizan en la región posterolateral del tórax por ausencia de costillas.
b) Las hernias supraclaviculares congénitas se producen por debilidad o ausencia de la fascia de Sibson y el pulmón protruye entre los músculos escaleno y esternocleidomastoideo.
c) Todas las hernias pulmonares congénitas se diagnostican en el período neonatal.
d) Las hernias intercostales congénitas suelen deberse a traumatismos obstétricos.

230. De acuerdo con la epidemiología y presentación clínica del síndrome de Poland, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Afecta predominantemente al lado izquierdo del tórax en el 90% de los casos.
b) Tiene una incidencia estimada de 1 de cada 3000 nacidos/as vivos/as a nivel mundial.
c) Es más común en hombres, pero las mujeres buscan atención médica con mayor frecuencia debido a la afectación mamaria.
d) Es tres veces más común en mujeres, pero los hombres consultan más por el vello pectoral.

231. En el síndrome de Jarcho–Levin, ¿cuál de los siguientes hallazgos explica mejor la gravedad del compromiso respiratorio observado en la forma de disostosis espondilotorácica (STD)?

a) Hipoplasia pulmonar primaria por ausencia de brotes pulmonares embrionarios.
b) Reducción del volumen torácico por múltiples hemivértebras y costillas fusionadas muy próximas.
c) Debilidad neuromuscular progresiva que limita la expansión pulmonar.
d) Obstrucción de la vía aérea superior por malformaciones laríngeas congénitas.

232. ¿Cuál es el tratamiento de elección en el plasmocitoma solitario de la pared torácica?

a) Resección quirúrgica de la lesión con márgenes amplios seguida de quimioterapia adyuvante.
b) Quimioterapia como tratamiento principal.
c) Radioterapia como modalidad única de tratamiento.
d) Resección quirúrgica seguida de radioterapia adyuvante.

233. ¿Cuál de los siguientes hallazgos se utiliza con mayor frecuencia para cuantificar la gravedad anatómica del pectus excavatum?

a) Fracción de eyección ventricular izquierda medida por ecocardiografía.
b) Índice de Haller calculado a partir de imágenes torácicas.
c) Consumo máximo de oxígeno (VO_2 máx.) durante ejercicio.
d) Capacidad vital forzada expresada como porcentaje del valor predicho.



234. ¿Cuál de las siguientes situaciones se asocia con mayor frecuencia al desarrollo de empiema agudo por Aspergillus?

a) Derrame pleural paraneumónico no complicado.
b) Lobectomía o segmentectomía por aspergiloma pulmonar.
c) Neumotórax espontáneo primario en pacientes sanos.
d) Mesotelioma pleural maligno.

235. ¿Cuál de las siguientes características del quilo explica que el empiema secundario a un quilotórax sea poco frecuente?

a) Su contenido elevado de lecitina y ácidos grasos le confiere propiedades bacteriostáticas.
b) Su elevada concentración de inmunoglobulinas.
c) Su abundancia de neutrófilos en comparación con otros líquidos pleurales.
d) Su elevada osmolaridad que impide el crecimiento bacteriano.

236. En relación con el diagnóstico y manejo del derrame pleural maligno, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La presencia de un derrame pleural en una persona paciente con cáncer de pulmón contraindica de forma absoluta la resección quirúrgica, ya que siempre representa invasión pleural metastásica.
b) En pacientes con citología pleural negativa, la biopsia pleural percutánea convencional tiene un rendimiento diagnóstico superior al de la toracoscopia y debe preferirse como procedimiento definitivo.
c) Un derrame pleural maligno con pH bajo y glucosa baja se asocia con mejor respuesta a la pleurodesis química y una supervivencia más prolongada.
d) En pacientes con cáncer de pulmón, una minoría de los derrames pleurales puede ser paraneoplásico o deberse a otra etiología; por ello, antes de descartar una cirugía con intención curativa es fundamental establecer la causa del derrame.

237. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el mesotelioma pleural maligno es CORRECTA?

a) La mayoría de los casos se asocian a exposición al tabaco y presentan una relación dosis-dependiente con el número de paquetes-año.
b) La variante histológica sarcomatoide es la más frecuente y representa más del 70% de los casos.
c) En la tomografía computarizada, la presencia de derrame pleural libre permite diferenciar con alta especificidad el mesotelioma de las metástasis pleurales.
d) La exposición al asbesto, especialmente a la crocidolita, constituye el principal factor de riesgo, suele existir un largo período de latencia y la variante histológica epitelioide es la más frecuente.



238. En el contexto de un hemotórax postquirúrgico, ¿en qué porcentaje de las reintervenciones NO es posible identificar la localización exacta del punto de sangrado?

a) En el 41% de los casos.
b) En el 100% de los casos.
c) En el 17% de los casos.
d) En el 23% de los casos.

239. El personal de patología evalúa la pared de un quiste resecado de mediastino posterior. Para establecer un diagnóstico definitivo de quiste esofágico en lugar de un quiste broncogénico paraesofágico, ¿cuál de los siguientes hallazgos histológicos proporciona la evidencia más sólida y determinante según la literatura científica?

a) Que el quiste se encuentre completamente integrado dentro de la pared esofágica y cubierto por una doble capa definida de músculo liso.
b) El hallazgo de glándulas mucosas y folículos linfoides dentro de la lámina propia de la pared quística.
c) La presencia exclusiva de un epitelio escamoso estratificado revistiendo la luz interna del quiste.
d) La ausencia total de placas de cartílago hialino y de tejido neural en el estudio microscópico de la pieza.

240. De acuerdo con el 'efecto Macklin', ¿cuál es el primer paso indispensable en la fisiopatología del neumomediastino espontáneo?

a) La disección de aire a través de los planos perivasculares hacia el cuello.
b) Un rápido incremento de la presión intratorácica que conduce a la rotura alveolar.
c) La rotura espontánea de la tráquea cervical debido a una tos persistente.
d) La creación de un gradiente de presión negativo entre el mediastino y la periferia del pulmón.

241. En la mediastinitis fibrosante, ¿qué hallazgo característico explica que las personas pacientes con compresión del árbol arterial pulmonar central presenten una disnea de esfuerzo desproporcionada en comparación con sus resultados espirométricos?

a) La presencia constante de shunts intracardíacos de derecha a izquierda.
b) Un desequilibrio de la relación ventilación-perfusión.
c) Una destrucción pulmonar parecida al enfisema panacinar.
d) Una restricción severa del volumen de reserva espiratorio por fibrosis de la pared costal.



242. Al comparar la epidemiología y el comportamiento biológico de los tumores neurogénicos entre personas adultas y pacientes pediátricas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) En las personas adultas la gran mayoría son malignos, mientras que en los/as niños/as el 99% de los casos son benignos.
b) Los/as niños/as mayores y adolescentes tienen tasas de malignidad mucho más altas que las personas lactantes pequeñas.
c) Tanto en personas adultas como en niños/as, los tumores derivados de la vaina nerviosa (schwannomas) son la estirpe celular dominante.
d) Aproximadamente el 98% a 99% de estos tumores en personas adultas son benignos y derivan principalmente de la vaina nerviosa.

243. ¿Cuál es la modalidad diagnóstica que ofrece la mayor sensibilidad para localizar con precisión una paratiroides ectópica en mediastino antes de la intervención quirúrgica?

a) La tomografía computarizada (TC) convencional de alta resolución.
b) La gammagrafía con 99mTc-sestamibi.
c) La resonancia magnética de tórax.
d) La gammagrafía con 99mTc-sestamibi de doble fase combinada con SPECT.

244. ¿Cuál es la asociación CORRECTA entre el tumor mediastínico, su marcador serológico o celular y la enfermedad clínica relacionada?

a) Tumores neuroendocrinos tímicos → secreción de ACTH → síndrome de Cushing.
b) Timolipoma → secreción de hormona paratiroidea (PTH) → hipercalcemia extrema.
c) Enfermedad de Castleman → incremento de IgG4 → miastenia gravis.
d) Feocromocitoma → anticuerpos anti-titina → sepsis e inmunodeficiencia de Good.

245. Con respecto al tratamiento médico y quirúrgico de la miastenia gravis, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Al iniciar el tratamiento inmunosupresor con prednisona, casi la mitad de las personas pacientes (48%) puede experimentar una exacerbación inicial de la debilidad muscular, riesgo que se mitiga mediante un incremento gradual y lento de la dosis.
b) La azatioprina es una alternativa excelente a los corticoides en pacientes con timoma o intolerancia a la prednisona, pero cuenta con la limitación de presentar un periodo de latencia largo (de 3 a 6 meses o más) antes de manifestar su efecto clínico.
c) En personas pacientes adultas con enfermedad moderada a grave que sufren una exacerbación aguda, un ensayo clínico aleatorizado demostró que la plasmaféresis ofrece una eficacia clínica y una reducción del score QMG (Quantitative Myasthenia Gravis) significativamente superiores a las de la inmunoglobulina intravenosa.



d) Las personas pacientes diagnosticados de timoma suelen presentar una variante de la miastenia más grave y lábil, por lo que se recomienda iniciar inmunosupresión oral (como azatioprina o micofenolato) al momento del diagnóstico del tumor y mantenerla tras la cirugía.

246. Según la clasificación de los síndromes miasténicos genéticos, ¿cuál de las siguientes opciones describe correctamente un defecto localizado en la lámina basal sináptica?

a) Deficiencia de la enzima colina acetiltransferasa.
b) Deficiencia de rapsina o de pectina.
c) Miastenia por mutación en el gen Dox-7.
d) Deficiencia de beta-2-laminina.

247. Un patólogo describe un timoma Tipo A según la clasificación de la OMS. Basándose en la histología microscópica descrita, ¿cuál es la composición celular característica de esta lesión?

a) Predominio absoluto de linfocitos T maduros que imitan perfectamente la corteza de un timo fetal activo.
b) Células epiteliales de forma ovalada o fusiforme que carecen de atipia nuclear, acompañadas de escasos o ningún linfocito.
c) Células epiteliales redondas o poligonales dispuestas en sábanas con abundante infiltración de linfocitos atípicos.
d) Nódulos linfoides reactivos con centros germinales prominentes e incremento masivo de células plasmáticas secretoras de IgG4.

248. Con respecto a la epidemiología y las características biológicas generales de la enfermedad de Castleman, señale la afirmación INCORRECTA:

a) La variante multicéntrica de la enfermedad representa la gran mayoría de todos los diagnósticos clínicos (aproximadamente del 85% al 90% de los casos).
b) Se ha logrado identificar que el virus herpes humano-8 (HHV-8) desempeña un papel patogénico fundamental en una porción significativa de los casos.
c) La interleucina-6 (IL-6) es una de las citocinas clave involucradas de manera fundamental en la fisiopatología de esta entidad.
d) La localización anatómica más frecuente en la que se identifica la forma localizada es la región mediastínica, abarcando cerca del 31% de los casos.



249. En una persona paciente con antecedentes de adenocarcinoma colorrectal que ya ha sido sometida previamente a una resección completa de metástasis hepáticas y que posteriormente desarrolla nódulos pulmonares (LSD y LII), se planifica una metastasecomía pulmonar secuencial. Según los datos y el análisis multivariado de Salah y colaboradores, ¿cuál es el factor pronóstico independiente más adverso que multiplica casi por cinco el riesgo de muerte (Hazard Ratio de 4.9)?

a) Un diámetro máximo del nódulo pulmonar mayor o igual a 3 cm detectado en la tomografía preoperatoria.
b) Haber recibido esquemas de poliquimioterapia perioperatoria basados en el régimen FOLFOX.
c) La presencia histológica de ganglios linfáticos torácicos (hiliares o mediastínicos) positivos.
d) Presentar un intervalo libre de enfermedad menor a 36 meses entre la cirugía de colon y la hepática.

250. Con respecto a la presentación clínica y radiológica del Sarcoma de Kaposi pulmonar, ¿cuál de las siguientes opciones representa una estrategia válida de diagnóstico diferencial?

a) El análisis del líquido pleural es el método gold-estándar debido a su alta especificidad para células fusiformes LANA positivas.
b) La gammagrafía con radionúclidos de Galio-Talio es útil porque las lesiones del Sarcoma de Kaposi captan Talio pero no captan Galio, lo que ayuda a distinguirlo de procesos infecciosos.
c) Las imágenes de tomografía computarizada permiten diferenciarlo de infecciones oportunistas al mostrar una ausencia absoluta del “signo de la llama”.
d) El 100% de las personas pacientes con afectación pulmonar manifiesta de forma obligatoria lesiones cutáneas previas, descartando el diagnóstico si la piel está sana.

251. En el estudio histopatológico de un hamartoma pulmonar, se identifican con frecuencia hendiduras revestidas por células epiteliales respiratorias normales. ¿Cuál es el significado patogénico de este hallazgo?

a) Confirma que el tumor es una neoplasia de linaje bifásico donde tanto el estroma como el epitelio comparten las mismas mutaciones clonales.
b) Es el marcador morfológico indicativo de una diferenciación adenocarcinoma oculta dentro de la matriz condromixoide.
c) Demuestra la fase lítica de una coinfección viral por herpesvirus que destruye las uniones estrechas del epitelio bronquial.
d) Representa un fenómeno de atrapamiento mecánico de las células de la vía aérea sana provocado por la expansión del crecimiento mesenquimal.



252. ¿Qué hallazgo en el estudio de Ginsberg y colaboradores consolidó la lobectomía como el tratamiento de elección para el cáncer de pulmón de células no pequeñas estadio I?

a) Una mayor tasa de recidiva local (el triple) en pacientes tratados con resección sublobar frente a lobectomía.
b) Una mayor tasa de complicaciones postoperatorias en la resección sublobar.
c) Una supervivencia global significativamente menor a 1 año en el grupo de la lobectomía.
d) Una mayor tasa de recidiva local (el doble) en pacientes tratados con resección sublobar frente a lobectomía.

253. Respecto a los criterios radiológicos, el metabolismo mediante PET y la evaluación del crecimiento para distinguir nódulos pulmonares benignos de malignos, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Los nódulos que presentan un patrón de calcificación difuso, central, laminado o en "palomita de maíz" son característicos de procesos benignos, mientras que los patrones puntiformes o excéntricos deben considerarse indeterminados.
b) La técnica de realce con contraste mediante unidades Hounsfield (HU) es una herramienta diagnóstica de alta popularidad y uso clínico extendido debido a su alta fiabilidad para diferenciar neoplasias, utilizando un corte estándar de 15 HU para confirmar malignidad en todos los nódulos sólidos.
c) La estabilidad de un nódulo pulmonar durante un periodo de 2 años en estudios de tomografía computarizada seriados se considera, por regla general, un indicador clínico de benignidad.
d) El PET con FDG tiene limitaciones significativas para evaluar nódulos menores de 10 mm y puede arrojar falsos negativos en ciertos tumores de bajo grado, como los carcinoides, linfomas de bajo grado o adenocarcinomas mucinosos.

254. Desde el punto de vista embrionario, la presencia de bandas musculares o fasciales comunicantes entre los músculos escaleno anterior y medio en el síndrome del estrecho torácico se explica mejor por:

a) Degeneración grasa progresiva del músculo escaleno anterior.
b) Fusión adquirida secundaria a traumatismo cervical.
c) Hipertrofia compensadora del músculo subclavio.
d) Separación incompleta de una masa muscular común embrionaria.

255. Históricamente, ¿a quién se atribuye el uso del término “síndrome del estrecho torácico”?

a) Adson.
b) Clagett.
c) Peet.
d) Roos.



256. En relación con el tratamiento quirúrgico del "síndrome del estrecho torácico", ¿qué aportación se atribuye a Clagett?

a) Descripción de la trombosis venosa asociada a la compresión de vasos subclavios.
b) Descripción de la técnica de resección de primera costilla por vía posterior.
c) Primera descripción de la costilla cervical.
d) Desarrollo del abordaje transaxilar para abordaje de primera costilla.

257. Un servicio está valorando incorporar la cirugía robótica para el "síndrome del estrecho torácico", ¿cuál sería la objeción más sólida a su adopción indiscriminada?

a) El coste puede no compensarse aún con los beneficios potenciales, y su utilidad podría ser menor en subtipos no venosos.
b) Está obsoleta frente al abordaje transaxilar clásico.
c) Sus resultados son universalmente peores que la cirugía abierta.
d) No permite resecar el segmento medial de la primera costilla.

258. En la técnica VATS inicialmente descrita por Ohtsuka y colaboradores para la resección de primera costilla por síndrome del estrecho torácico asociado, ¿cuál fue la disposición básica de accesos?

a) Un único puerto subxifoideo con paciente en decúbito supino.
b) Dos puertos torácicos y una incisión supraclavicular en decúbito supino.
c) Tres puertos torácicos con paciente en decúbito lateral.
d) Cuatro trocares posteriores con paciente en prono.

259. Con respecto al síndrome de Paget-Schroetter, señale la opción CORRECTA:

a) Es una forma de compresión aislada del plexo braquial.
b) Es sinónimo de trombosis venosa áxilo-subclavia primaria relacionada con esfuerzo.
c) Corresponde a un subtipo de síndrome del estrecho torácico arterial.
d) Es equivalente a cualquier forma de síndrome venoso no trombótico.

260. Históricamente, según la experiencia de Paulson publicada en 1975, se consideraban contraindicaciones absolutas para la resección quirúrgica de los tumores del sulcus superior:

a) Afectación ganglionar mediastínica ipsilateral (N2).
b) Compromiso de estructuras vasculares supraclaviculares.
c) Invasión del cuerpo vertebral.
d) Son correctas las opciones b) y c).



261. Respecto al abordaje transclavicular de Dartevelle, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Requiere resección de la mitad medial de la clavícula.
b) Facilita el control de los vasos cérvico-mediastínicos.
c) Preserva completamente la estabilidad de la cintura escapular.
d) Puede ocasionar alteraciones de la movilidad del hombro y de la postura cervical.

262. Respecto al abordaje transmanubrial para los tumores del sulcus superior, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Preserva la articulación esternoclavicular mediante una resección de manubrio en forma de L.
b) Permite un excelente acceso al área supraclavicular y al mediastino superior.
c) Requiere la sección sistemática del músculo esternocleidomastoideo.
d) Facilita la realización de resecciones y reconstrucciones vasculares cuando son necesarias.

263. ¿Cuál sería el procedimiento más adecuado para un tumor del sulcus superior que presenta afectación limitada al agujero de conjunción y al surco costovertebral, con invasión menor a un tercio del cuerpo vertebral?

a) Hemivertebrectomía o vertebrectomía parcial (tumor tipo 2).
b) Vertebrectomía total en bloque.
c) Espondilectomía parcial anterior tipo 1.
d) Laminectomía aislada con estabilización posterior.

264. Respecto a la evolución histórica del tratamiento y la estadificación del cáncer de pulmón localmente avanzado, señale la afirmación INCORRECTA:

a) Coleman fue el primero en describir en 1947 la resección en bloque de la pared torácica asociada a resección pulmonar y linfadenectomía regional.
b) En la cuarta edición del sistema TNM, Cliff Mountain subdividió la categoría T3 en tumores potencialmente resecables y tumores localmente avanzados irresecables (T4).
c) En la séptima edición del TNM, los tumores T4N0-1M0 pasaron del estadio IIIb al estadio IIIa debido a los mejores resultados obtenidos con las resecciones extendidas.
d) En la octava edición del TNM, los tumores localizados a menos de 2 cm de la carina, previamente clasificados como T3, se reclasificaron como T1 al demostrarse una supervivencia equivalente a los tumores periféricos pequeños.

265. ¿Cuál de las siguientes características describe correctamente a los bocios posteriores?

a) La mayoría son retro-esofágicos y se localizan predominantemente en el hemitórax izquierdo.
b) El 86% son retro-traqueales, predominan en el hemitórax derecho y algunos pueden



rodear circunferencialmente la tráquea.

c) Se localizan exclusivamente en el mediastino anterior y nunca se extienden por debajo del arco aórtico.
d) La mayoría se encuentran anteriores a la tráquea y no presentan relación con el esófago.

266. Según la clasificación de Wakeley y Mulvany (1940), ¿cuál es el tipo más frecuente de bocio intratorácico?

a) Bocio cervical con pequeña extensión retro-esternal.
b) Bocio con componente mediastínico predominante.
c) Bocio intratorácico completo.
d) Bocio posterior retroesofágico.

267. ¿Cuál es la localización más frecuente del tejido tiroideo ectópico intracardíaco (struma cordis)?

a) Aurícula izquierda.
b) Ventrículo izquierdo.
c) Válvula mitral.
d) Tracto de salida del ventrículo derecho.

268. ¿En qué porcentaje de los casos los higromas quísticos cervicales presentan extensión hacia el mediastino?

a) 10-15%.
b) 20-25%.
c) 2-3%.
d) 30-40%

269. ¿Cuál de las siguientes localizaciones se considera rara para una glándula paratiroidea ectópica mediastínica?

a) Adyacente al esófago torácico.
b) En el hilio pulmonar.
c) Sobre el pericardio.
d) En la región peritraqueal.



270. Varón de 62 años, fumador de 45 paquetes-año, que consulta por dolor progresivo en hombro derecho irradiado hacia la cara medial del brazo y antebrazo, asociado a parestesias en cuarto y quinto dedos. En la exploración física presenta ptosis palpebral, miosis y enoftalmos ipsilaterales, así como atrofia de la musculatura intrínseca de la mano. La tomografía computarizada evidencia una masa localizada en el vértice pulmonar derecho con invasión de las dos primeras costillas y de las raíces inferiores del plexo braquial. ¿Cuál de los siguientes síndromes describe mejor el cuadro clínico del paciente?

a) Síndrome de Claude-Bernard-Horner.
b) Síndrome de Parsonage-Turner.
c) Síndrome de Pancoast-Tobias.
d) Síndrome de Dejerine-Klumpke.

271. Paciente de 32 años, jugador amateur de balonmano, consulta por edema progresivo del miembro superior derecho, dolor opresivo infraclavicular y cianosis que empeora tras abducción y rotación externa repetidas. Refiere inicio de síntomas 24 horas después de un torneo. En la exploración destaca aumento de volumen del brazo, circulación venosa colateral superficial en hombro y pared torácica, con pulsos distales conservados y sin déficit motor ni sensitivo objetivo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Síndrome del estrecho torácico neurogénico por compresión del plexo braquial en el triángulo interescalénico.
b) Síndrome del estrecho torácico con compromiso arterial por aneurisma post-estenótico de la arteria subclavia.
c) Radiculopatía cervical baja desencadenada por sobreuso deportivo.
d) Síndrome del estrecho torácico con compromiso de la vena subclavia en el espacio costoclavicular.

272. Un varón de 62 años, obeso y diabético, acude a urgencias 10 días después de una cirugía de bypass coronario (donde se utilizaron ambas arterias mamarias internas) por presentar fiebre de 38.6°C, secreción purulenta por el tercio inferior de la herida esternal y dolor torácico severo que empeora al toser o al intentar posicionarse en decúbito lateral. A la exploración física se evidencia inestabilidad esternal, y la TC de tórax muestra una gran colección líquida retroesternal con nivel hidroaéreo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Mediastinitis aguda postoperatoria.
b) Infección superficial aislada de tejidos blandos y piel.
c) Infarto agudo de miocardio por oclusión de injertos.
d) Endocarditis infecciosa de la válvula mitral.



273. Una persona paciente de 64 años presenta una masa pleural solitaria de 13 cm descubierta tras episodios repetidos de confusión y síncope por hipoglucemia severa. Los niveles de insulina son bajos y se sospecha producción tumoral de IGF-2 de alto peso molecular (big-IGF2). ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El síndrome corresponde al síndrome de Doege–Potter, está mediado por la producción de big-IGF2, ocurre con mayor frecuencia en tumores grandes (>10 cm) y suele resolverse tras la resección completa del tumor.
b) La presencia de hipoglucemia es un hallazgo frecuente, presente en aproximadamente el 20–25% de los tumores fibrosos solitarios de la pleura.
c) El cuadro corresponde al síndrome de Pierre Marie–Bamberger, caracterizado por acropaquias y periostosis, cuyo tratamiento principal es el uso prolongado de bifosfonatos.
d) La hipoglucemia suele deberse a una secreción excesiva de insulina por el tumor y es exclusiva de los tumores pleurales malignos.

274. Una persona paciente con empiema pleural es sometida a drenaje del derrame con tubo torácico; sin embargo, el pulmón no logra expandirse y presenta una compliance prácticamente nula. ¿En qué fase del empiema pleural se encuentra con mayor probabilidad y cuál es el tratamiento más apropiado?

a) Fase organizativa. Tratamiento: desbridamiento y decorticación mediante abordaje quirúrgico.
b) Fase fibrinopurulenta. Tratamiento: drenaje pleural y fibrinolíticos.
c) Fase organizativa. Tratamiento: drenaje pleural y rehabilitación respiratoria intensiva.
d) Fase exudativa avanzada. Tratamiento: toracocentesis aislada.

275. Una persona paciente de 95 años presenta un hemotórax retenido post-traumático. Han transcurrido 8 días desde el traumatismo. La TC muestra múltiples coágulos pleurales organizados. La persona paciente mantiene estabilidad hemodinámica, con hipoxemia moderada. Debido a su edad, se considera que el riesgo quirúrgico es muy elevado. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es la CORRECTA?

a) Los fibrinolíticos intrapleurales están contraindicados por el elevado riesgo de resangrado en la segunda semana tras el traumatismo.
b) La administración intrapleural de uroquinasa o estreptoquinasa puede ser una alternativa útil, con bajo riesgo de resangrado entre los días 7 y 14 de evolución.
c) La eficacia de los fibrinolíticos en el hemotórax retenido postraumático es inferior al 20%, por lo que no deben utilizarse.
d) La presencia de sangre coagulada en la cavidad pleural constituye una indicación absoluta de toracotomía urgente.



276. El Colegio Americano de Médicos del Tórax (American College of Chest Physicians - CHEST), en su revisión del año 2000 de las personas pacientes con empiema en etapa II, informó de una tasa de fracaso:

a) Del 50 % para solo drenaje torácico.
b) Del 25 % para drenaje torácico asociado con fibrinolíticos.
c) Del 5 % para toracotomía.
d) Del 0 % para desbridamiento VATS.

277. La resección más frecuente realizada para curar el aspergiloma pulmonar es:

a) Resección en cuña.
b) Segmentectomía anatómica.
c) Lobectomía.
d) Abordaje directo de la cavitación para extirpar el micetoma, seguido de una toracoplastia.

278. ¿Cuáles de los siguientes tumores se consideran variantes morfológicas del tumor fibroso solitario de pleura?

a) Hemangiopericitomas.
b) Neumocitomas.
c) Tumores desmoides.
d) Tumores adenomatoides.

279. En general, el balance positivo de líquidos total en las primeras 24 horas para prevenir el edema pulmonar tras resección pulmonar NO debe exceder los:

a) 25 ml/kg.
b) 30 ml/kg.
c) 20 ml/kg.
d) 35 ml/kg.

280. El concepto de síndrome del estrecho torácico en ausencia de costilla cervical fue comunicado por primera vez en un estudio de T. Wingate Todd en:

a) 1912.
b) 1938.
c) 1956.
d) 1962.

281. El síndrome de displasia linfática NO incluye:

a) Linfedema.
b) Neumotórax.
c) Bronquiectasias.
d) Síndrome de las uñas amarillas.



282. En lo que se refiere a la amiloidosis respiratoria NO es cierto que:

a) Gilmore y Hawkins la clasificaron en cuatro tipos.
b) Las personas pacientes con amiloidosis pulmonar nodular primaria suelen ser asintomáticas.
c) El mieloma múltiple parece estar frecuentemente asociado con el tipo nodular pulmonar.
d) Para el diagnóstico se utiliza la tinción rojo Congo.

283. ¿Quién propuso por primera vez el sistema de estadificación TNM para el mesotelioma pleural maligno?

a) La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (European Organization for the Research and Treatment of Cancer – EORTC).
b) El Comité de Mesotelioma de la Asociación Internacional para el estudio del Cáncer de Pulmón (International Association for the Study of Lung Cancer – IASLC).
c) El Grupo Internacional de Interés del Mesotelioma (International Mesothelioma Interest Group – IMIG).
d) La Sociedad Torácica Americana (American Thoracic Society – ATS).

284. En la actualidad, ¿cuál es el método de ventilación de alta frecuencia más comúnmente utilizado en la práctica clínica?

a) Ventilación de alta frecuencia con presión positiva.
b) Ventilación oscilatoria de alta frecuencia.
c) Ventilación jet de alta frecuencia.
d) Ventilación percusiva de alta frecuencia.

285. Señale la afirmación CORRECTA respecto a la policondritis recidivante:

a) Más de la mitad de las personas pacientes tienen afectación de las vías respiratorias.
b) La estenosis subglótica es la patología de las vías respiratorias más frecuente.
c) La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en pacientes con afectación de la vía aérea.
d) Su origen es desconocido.

286. ¿Qué medidas son importantes para minimizar el flujo a través de una fístula broncopleural en pacientes con ventilación mecánica?

a) Reducir el número de respiraciones completas del respirador.
b) Establecer una baja velocidad de flujo inspiratorio.
c) Aumentar el volumen corriente de cada respiración.
d) Aumentar el tiempo inspiratorio.



287. ¿Cómo se define la lesión pulmonar aguda?

a) PaO2/FiO2 < 300 mmHg.
b) PaO2/FiO2 < 200 mmHg.
c) PaO2/FiO2 < 250 mmHg.
d) PaO2/FiO2 < 150 mmHg.

288. Indica cuál es el riesgo de malignidad en una persona paciente con un nódulo pulmonar solitario de menos de 5 mm con historia de patología maligna conocida previa:

a) 10 %.
b) 20 %.
c) 40 %.
d) 60 %.

289. La supervivencia a 2 años de los tumores de sulcus superior con terapia trimodal con dos ciclos de cisplatino y etoposido y 45 Gy de radiación postcirugía es:

a) 30 % en general y 65 % para los pacientes con resección completa.
b) 45 % en general y 80 % para los pacientes con resección completa.
c) 55 % en general y 70 % para los pacientes con resección completa.
d) 65 % en general y 75 % para los pacientes con resección completa.

290. Indica la INCORRECTA sobre la broncoscopia en casos de tumor carcinoide:

a) La biopsia mediante broncoscopia de un tumor carcinoide tiene un riesgo de sangrado del 1,9 % y de sangrado importante del 0,3 %.
b) La capacidad de diagnóstico de un carcinoide pulmonar mediante broncoscopia es del 70-80 % en pacientes a los que se les ha podido realizar una biopsia adecuada.
c) Para determinar el subtipo correcto de carcinoide (carcinoide típico vs. atípico) se necesitan muestras de mínimo 2 mm^2.
d) La identificación del correcto subtipo de carcinoide mediante biopsia con broncoscopia solo se da en el 30 % de los casos.

291. Según el embriólogo Thurlebeck, ¿cuándo se da el estadio sacular en el desarrollo del pulmón?

a) Entre las semanas 11 y 16 de la gestación.
b) Entre las semanas 17 y 23 de la gestación.
c) Entre las semanas 24 y 28 de la gestación.
d) Entre las semanas 29 y 36 de la gestación.



292. Indica la expresión de qué genes de las células endoteliales primitivas se asocia con la morfogénesis del pulmón desde el primitivo intestino anterior:

a) Hoxb1, Hoxb2 y Hoxb3.
b) Hoxb2, Hoxb3 y Hoxb4.
c) Hoxb3, Hoxb4 y Hoxb5.
d) Hoxb4, Hoxb5 y Hoxb6.

293. Indica la opción INCORRECTA sobre los subtipos de invasión vertebral de un cáncer de pulmón de tipo "célula no pequeña":

a) El tipo I incluye tumores en íntimo contacto con el cuerpo vertebral, pero sin afectar al periostio vertebral.
b) El tipo II incluye tumores con invasión de aspectos laterales de la vértebra.
c) El tratamiento del tipo IV es la vertebrectomía total en bloque.
d) El tipo III incluye tumores con invasión de esponjosa ósea del cuerpo vertebral.

294. Indica el dato ERRÓNEO sobre las complicaciones de las traqueostomías:

a) Sangrado venoso entre el 1-2 % en traqueostomías abiertas.
b) Sangrado venoso en >5 % en traqueostomías con abordajes percutáneos.
c) El sangrado arterial es menor del 0,5 %.
d) La intubación mediastínica se da en < 5 % de las personas pacientes.

295. Indica la opción INCORRECTA:

a) El 5-6 % de pacientes con hiperparatiroidismo requieren una cirugía torácica para resecar una paratiroides hiperfuncionante del mediastino.
b) Las glándulas paratiroideas superiores derivan de la cuarta bolsa faríngea y las inferiores de la tercera.
c) Las glándulas paratiroideas inferiores ectópicas son dos veces más frecuentes que las superiores.
d) El 60 % de las glándulas paratiroideas supernumerarias están en el mediastino.

296. Indica qué prueba se puede realizar cuando la cirugía/exploración cervical en caso de hiperparatiroidismo falla en la normalización de la PTH y la imagen ^{99}mTC-sestamibi SPECT no demuestra el origen:

a) ^{111}In-pentetreotide SPECT/CT.
b) ^{11}C-methionina PET/CT.
c) ^{81}Kr-dotate SPECT/CT.
d) ^{99}mTC-pertehnetate SPECT/CT.



297. ¿Cuál es la probabilidad de la presencia del nervio de Kuntz?

a) Está presente en el 15-25 % de las personas.
b) Está presente en el 25-40 % de las personas.
c) Está presente en el 40-50 % de las personas.
d) Está presente en el 50-75 % de las personas.

298. Indica la INCORRECTA sobre la fosfatasa alcalina placental (PLAP):

a) Esté elevada en el 50-72 % de los seminomas.
b) Se encuentra en la circulación maternal a partir de la semana 18 de gestación.
c) Los títulos altos de PLAP tienen una sensibilidad alta para detectar metástasis en seminomas.
d) Se puede encontrar en personas fumadoras sanas y en cáncer de pulmón, mama, ovario y gastrointestinal.

299. Indica la opción INCORRECTA:

a) El CD30 se expresa en el 85-100 % de los carcinomas embrionarios.
b) El anticuerpo monoclonal D2-40 es muy útil para diferenciar seminomas de carcinomas embrionarios.
c) Los seminomas mediastínicos tienen mutado el c-KIT en el 50 % de los casos, a diferencia de los testiculares que no lo tienen.
d) Los marcadores tumorales más usados en el tumor de saco vitelino son la alfafetorpoteína y la PLAP (fosfatasa alcalina placental) pero tienen baja sensibilidad.

300. Indica la afirmación INCORRECTA sobre el carcinoma de línea media NUT:

a) Es un carcinoma de células escamosas poco diferenciado.
b) La supervivencia media es de 6,7 meses.
c) El gen NUT se encuentra en el cromosoma 15q14.
d) La mayoría de los casos el gen NUT se fusiona con el gen BRD4 del cromosoma 17 creando una fusión oncogénica llamada BRD4-NUT.

301. Indica la opción INCORRECTA:

a) Los paragangliomas extraadrenales parasimpáticos se encuentran en el mediastino superior y el 95 % son secretores de catecolaminas. Los paragangliomas extraadrenales simpáticos se encuentran en el mediastino inferior y típicamente no secretan catecolaminas.
b) Para el diagnóstico de los paragangliomas deberían ser testados para la mutación SDHx y los que tienen metástasis para la mutación SDHB.
c) Los paragangliomas son muy positivos a los marcadores neuroendocrinos, pero no a las citokeratinas.
d) La proteína S100 es positiva en las células sustentaculares del paraganglioma.



302. ¿Qué marcadores se expresan en el 95-100 % de los sarcomas histiocitarios?

a) CD68 y lisozima.
b) CD13 y CD 33.
c) S-100 y CD1a.
d) CD35 y CD21.

303. Indica la INCORRECTA sobre las mediastinitis postesternotomía:

a) El 50 % están causadas por patógenos gramnegativos.
b) Las infecciones polimicrobianas son más del 40 % de los casos.
c) Las infecciones fúngicas son infrecuentes.
d) La incidencia de mediastinitis tras cirugía cardiaca varía entre el 1-4 %.

304. Indica qué porcentaje de mediastinitis necrotizantes descendentes son secundarias a infección odontógena:

a) 30-40 %.
b) 40-50 %.
c) 50-60 %.
d) 60-70 %.

305. Indica la INCORRECTA sobre los tumores del mediastino:

a) El 59 % de los tumores de mediastino anterior o prevascular son malignos.
b) El 16 % de los tumores de mediastino medio son malignos.
c) En personas adultas, la incidencia de malignidad de los tumores de mediastino es entre el 24- 47 %.
d) En niños/as, la incidencia en general de masa del mediastino malignas es similar a la de las personas adultas.

306. ¿Cuál NO es cierta en relación a la apófisis xifoides?

a) Es la parte más inferior del esternón.
b) Es una estructura cartilaginosa de unos 2-3 cm de longitud.
c) Se suele osificar antes de la adolescencia.
d) Puede ser bífida o estar perforado.

307. El escaleno posterior es una buena referencia anatómica porque se inserta en:

a) Costilla 1.
b) Costilla 2.
c) Costilla 3.
d) Costilla 4.



308. ¿Cuál de las siguientes costillas articula solo con una vértebra?

a) 5.
b) 12.
c) 7.
d) 2.

309. En relación a los cambios de presión intrapleural, señale la respuesta CORRECTA:

a) Es menos negativa en la base.
b) Es más negativa en el vértice.
c) No hay cambios entre base y vértice.
d) Es más negativa en la parte anterior.

310. En relación a los tubos de ventilación de doble luz, señale la afirmación CORRECTA:

a) La mayoría de las veces se prefieren los tubos de doble luz izquierdos.
b) Los tubos de doble luz derechos son especialmente útiles en tumores de lóbulo superior derecho.
c) Los tubos de doble luz izquierdos son más difíciles de colocar que los derechos.
d) En los tubos de doble luz derechos el origen del bronquio lobar superior se encuentra a 5 cm de la carina.

311. ¿En cuál de los siguientes procesos quirúrgicos NO aporta ninguna ventaja la utilización de tubo de doble luz?

a) Lobectomía superior derecha videotoracoscópica.
b) Timectomía robótica.
c) Mediastinoscopia.
d) Lobectomía inferior izquierda uniportal VATS.

312. En una persona paciente con traumatismo torácico severo siguiendo los principios del ATLS (Advanced trauma life support) a lo primero que tendríamos que atender sería:

a) Apertura de vía aérea.
b) Relleno capilar.
c) Nivel neurológico (Glasgow).
d) Circulación.

313. ¿Cuál de las siguientes es la lesión más frecuente en un traumatismo torácico?

a) Fractura esternal.
b) Hemotórax.
c) Contusión pulmonar.
d) Fractura costal.



314. ¿Cuál de los siguientes factores condiciona la evolución de una persona paciente con fracturas costales?

a) Número de costillas rotas.
b) Edad de la persona paciente.
c) Estado del pulmón previo al traumatismo.
d) Todas las anteriores.

315. En relación a las fracturas esternales, señale la respuesta CORRECTA:

a) Lo más frecuente es que sean fracturas longitudinales.
b) Lo más frecuente es que la fractura sea a la altura de apófisis xifoide.
c) En accidentes de tráfico las personas pacientes que ocupan los asientos delanteros y con impacto frontal tienen más riesgo de fractura esternal.
d) La fijación con clavo intramedular es el tratamiento más habitual.

316. En una persona paciente politraumatizada y con neumotórax:

a) Suele diagnosticarse por RX en la valoración secundaria.
b) El tratamiento de elección es la colocación de drenaje torácico.
c) Si presenta fuga aérea importante y ausencia de expansión pulmonar debe sospecharse lesión de vía aérea.
d) Todas son ciertas.

317. En el neumotórax a tensión la exploración típica es:

a) Hipoventilación, ingurgitación yugular e insuficiencia respiratoria.
b) Hipoventilación, insuficiencia respiratoria y yugulares vacías.
c) Hiperventilación, ingurgitación yugular e insuficiencia respiratoria.
d) Hiperventilación, insuficiencia respiratoria y yugulares vacías.

318. La miastenia gravis es una enfermedad autoinmune en la que el cuerpo genera:

a) Anticuerpos contra los receptores de la acetilcolina.
b) Anticuerpos contra los receptores acetilcolinesterasa.
c) Anticuerpos contra los productores de la acetilcolina.
d) Anticuerpos contra los productores de la acetilcolinesterasa.

319. Según la clasificación de Osserman de miastenia gravis, la afectación ocular equivale al siguiente estadio:

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



320. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO se utilizan en pacientes con miastenia gravis?

a) Corticoides.
b) Azatiprina.
c) Ciclosporina.
d) Relajantes musculares.

321. En el trasplante unipulmonar, en la fase de implantación, ¿cuál es la anastomosis que se realiza en primer lugar?

a) Bronquial.
b) Arterial.
c) Vena pulmonar superior.
d) Vena pulmonar inferior.

322. ¿Cuál de los siguientes criterios clásicos se considera indispensable para indicar una metastasectomía pulmonar?

a) Ausencia de metástasis hepáticas.
b) Posibilidad de resección completa de todas las metástasis pulmonares.
c) Edad inferior a 70 años.
d) Periodo de latencia de recidiva metastásica mayor de un año.

323. En relación con la afectación ganglionar hiliar o mediastínica en personas pacientes sometidas a metastasectomía pulmonar, señale la afirmación CORRECTA:

a) Se asocia generalmente con peor supervivencia.
b) Constituye una contraindicación absoluta para la cirugía en todos los casos.
c) Carece de importancia pronóstica.
d) Las metastasis ganglionares son más frecuentes que las pulmonares.

324. Según los criterios clásicos de selección para metastasectomía pulmonar, ¿cuál de las siguientes condiciones NO formaba parte de los criterios originalmente descritos por Thomford?

a) Ausencia de enfermedad extrapulmonar no controlada.
b) Control del tumor primario.
c) Posibilidad de resección completa.
d) Confirmación histológica preoperatoria de las lesiones pulmonares.

325. En pacientes con sarcoma sometidos a metastasectomía pulmonar, ¿qué factor se ha asociado habitualmente a una mejor supervivencia?

a) Intervalo libre de enfermedad prolongado.
b) Menos de 6 metástasis bilaterales
c) Histología del tumor primario tipo osteosarcoma de huesos largos.



d) Posibilidad de resecciones tipo segmentectomía.

326. ¿Cuál de las siguientes neoplasias primarias presenta, en general, los mejores resultados de supervivencia tras metastasectomía pulmonar completa?

a) Melanoma maligno.
b) Sarcoma de partes blandas.
c) Carcinoma colorrectal.
d) Carcinoma pancreático.

327. Tras la publicación de los estudios cooperativos modernos (SWOG 9416/Intergroup 0160), ¿cuál pasó a considerarse el tratamiento estándar para la mayoría de los tumores de sulcus superior con invasión de 1ª costilla potencialmente resecables?

a) Cirugía inicial seguida de quimioterapia adyuvante.
b) Quimiorradioterapia de inducción seguida de resección quirúrgica.
c) Quimioterapia exclusiva seguida de cirugía.
d) Radioterapia y quimioterapia exclusiva.

328. En relación con los abordajes quirúrgicos utilizados para los tumores del sulcus superior, ¿cuál es la principal ventaja del abordaje anterior transclavicular (Dartevelle) frente al abordaje posterolateral clásico de Shaw-Paulson?

a) Evita la realización de linfadenectomía mediastínica.
b) Reduce la necesidad de resección costal.
c) Facilita la realización de neumonectomías izquierdas.
d) Permite una mejor exposición de los vasos subclavios y de la porción anterior del opérculo torácico.

329. Respecto a los hamartomas pulmonares, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Son verdaderas neoplasias derivadas exclusivamente de epitelio bronquial.
b) La presencia de cartílago maduro constituye el hallazgo histológico más característico.
c) Se localizan predominantemente en lóbulos inferiores.
d) Son más frecuentes en mujeres.

330. ¿Cuál de las siguientes lesiones benignas pulmonares ha sido relacionada con reordenamientos del gen ALK?

a) Hamartoma pulmonar.
b) Lipoma bronquial.
c) Tumor miofibroblástico inflamatorio.
d) Papiloma glandular.



331. Respecto al papiloma escamoso solitario de la vía aérea, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Se localiza exclusivamente en tráquea.
b) Se asocia con frecuencia a infección por VPH.
c) Presenta abundante tejido adiposo maduro.
d) Es rara la recidiva tras resección endoscópica.

332. Respecto a la localización pulmonar de la hidatidosis torácica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El pulmón es el órgano afectado con mayor frecuencia en personas adultas.
b) El pulmón constituye la segunda localización más frecuente tras el hígado.
c) La afectación pulmonar siempre se asocia a enfermedad hepática.
d) La afectación pulmonar bilateral es la forma de presentación más frecuente.

333. ¿Cuál es el signo radiológico clásico que aparece cuando existe entrada de aire entre el periquiste y la membrana endoquística de un quiste hidatídico pulmonar parcialmente roto?

a) Signo de la silueta.
b) Signo de la cola de cometa.
c) Signo del menisco.
d) Signo de Golden.

334. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye la indicación más frecuente para realizar una resección pulmonar anatómica (lobectomía) en la hidatidosis pulmonar?

a) Todo quiste mayor de 10 cm.
b) Quiste localizado en el lóbulo superior.
c) Presencia de calcificación de la pared del quiste.
d) Destrucción irreversible del parénquima pulmonar secundaria a infección o quistes múltiples complejos.

335. En comparación con los quistes hidatídicos hepáticos, los quistes hidatídicos pulmonares alcanzan con frecuencia mayores dimensiones antes del diagnóstico porque:

a) La presión arterial pulmonar favorece la expansión quística.
b) El pulmón ofrece menor resistencia mecánica al crecimiento del quiste.
c) El parásito presenta mayor virulencia en tejido pulmonar.
d) La respuesta inmunitaria pulmonar es más débil.



336. En relación a los tipos de bronquiectasias, señale la respuesta CORRECTA:

a) La bronquiectasia varicosa es la forma más severa de bronquiectasias.
b) Las bronquiectasias varicosas a menudo tienen formaciones bullosas terminales.
c) En las bronquiectasias cilíndricas los bronquios se estrechan manteniéndose el número de terminaciones bronquiales.
d) Las bronquiectasias cilíndricas producen destrucción de la pared bronquial sin fibrosis peribronquial.

337. En cuanto a la etiología de las bronquiectasias, señale la respuesta CORRECTA:

a) Las bronquiectasias de origen congénito es más frecuente que se presenten de forma difusa.
b) La causa etiológica es difícil de encontrar, obteniéndose en menos de un 20 %.
c) Dentro de las causas congénitas se encuentra el reflujo gastro esofágico.
d) La discinesia ciliar primaria es una causa de bronquiectasia que sigue un patrón autosómico dominante.

338. En relación a las bronquiectasias, señale la respuesta CORRECTA:

a) La tuberculosis pulmonar es una causa de bronquiectaias que afecta más frecuentemente a lóbulos inferiores.
b) La pseudomona aureginosas es el germen más frecuentemente aislado.
c) El Stafilococus aureus es el germen más frecuentemente aislado.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

339. La técnica diagnóstica más sensible y específica para el diagnóstico de bronquiectasias es:

a) Broncografía.
b) Resonancia magnética.
c) Tomografía axial computarizada de alta resolución.
d) Gammagrafía de ventilación/perfusión.

340. ¿Cuál de las siguientes situaciones constituye la indicación más aceptada para realizar una resección pulmonar en una persona paciente con tuberculosis pulmonar multirresistente (MDR-TB)?

a) Conversión bacteriológica negativa tras 2 meses de tratamiento médico.
b) Lesiones bilaterales extensas con insuficiencia respiratoria avanzada.
c) Enfermedad localizada con persistencia de esputos positivos a pesar de tratamiento farmacológico adecuado.
d) Complicación con estenosis bronquial e imposibilidad de drenaje de secreciones.



341. Durante una resección pulmonar por tuberculosis fibrocavitaria crónica, la principal dificultad técnica intraoperatoria suele derivarse de:

a) Hipoplasia de las arterias pulmonares.
b) Calcificación generalizada de la vía aérea principal.
c) Adherencias pleurales densas y fibrosis hiliar severa.
d) Presencia de ganglios linfáticos mediastínicos.

342. En el manejo de un nódulo pulmonar solitario (NPS) subsólido, específicamente un nódulo de densidad en vidrio deslustrado puro (pGGN) de 12 mm detectado de forma incidental, ¿cuál es la estrategia de seguimiento y manejo inicial más adecuada según las directrices internacionales habitualmente respaldadas por la ESTS?

a) Realizar una TC de alta resolución de control a los 6-12 meses para evaluar la persistencia y, si persiste, realizar seguimientos anuales durante al menos 5 años.
b) Biopsia percutánea guiada por TC para caracterización histológica inmediata antes de plantear tratamiento quirúrgico.
c) Resección cuneiforme inmediata por videotoracoscopia (VATS) dado el riesgo de adenocarcinoma in situ o de invasión de manera precoz.
d) Realización de una tomografía por emisión de positrones (PET-TC) para evaluar el valor de captación estandarizado máximo (SUV_{max}).

343. Con respecto a los patrones de calcificación tomográficos en un nódulo pulmonar solitario, ¿cuál de las siguientes descripciones morfológicas se asocia inequívocamente con un comportamiento biológico de malignidad y exige descartar un tumor carcinoide o un adenocarcinoma con diferenciación mucinosa?

a) Calcificación central densa ("ojo de buey").
b) Calcificación puntiforme excéntrica o distorsionada.
c) Calcificación difusa y homogénea que ocupa más del 90% del nódulo.
d) Calcificación laminada o concéntrica.

344. En la estadificación y evaluación del NPS mediante PET-TC, se conoce que existen falsos negativos y falsos positivos que complican el algoritmo de decisión. Señale la opción CORRECTA respecto a las limitaciones de la PET-TC en el contexto del NPS:

a) Los nódulos menores de 8-10 mm presentan altas tasas de falsos negativos debido al efecto de volumen parcial ("atenuación espacial").
b) El adenocarcinoma de patrón predominantemente lepídico y el tumor carcinoide típico suelen mostrar unSUV max > 3.
c) Los procesos infecciosos granulomatosos activos (como la tuberculosis o la histoplasmosis) nunca generan falsos positivos en áreas endémicas.
d) La diabetes descompensada con hiperglucemia periférica disminuye falsamente la captación tisular de fondo de la FDG, aumentando la sensibilidad para detectar el tumor.



345. Durante un procedimiento de navegación broncoscópica electromagnética (ENB) para biopsiar un NPS de 14 mm situado en la periferia del segmento lateral del lóbulo medio derecho (S4), el personal cirujano experimenta un fallo de correlación diagnóstica debido al fenómeno conocido como 'desplazamiento por TC de cribado' (CT-to-body divergence). ¿Cuál es la causa fisiopatológica principal de este problema técnico?

a) Interferencia electromagnética causa por el equipo de monitorización cardiaca.
b) Movilización del nódulo debido a la tos persistente de la persona paciente previo a la inducción.
c) Colapso lobar selectivo debido al uso de tubos de doble luz durante el proceso de navegación.
d) Diferencias entre el volumen pulmonar y el ciclo ventilatorio entre la TAC preoperatoria y la broncoscopia intraoperatoria.

346. En relación al aspergiloma pulmonar. ¿Cuál es la respuesta INCORRECTA?

a) Ocurre en un 15% de las personas pacientes con cavidades preexistentes de mayor de 2 cm de tamaño.
b) El 50% de las personas pacientes con cavidades pulmonares tuberculosas desarrollan aspergilomas.
c) La sarcoidosis puede desarrollar aspergilomas.
d) La diabetes mellitus es un factor predisponente para el desarrollo de aspergilomas.

347. En relación al tratamiento de un aspergiloma, señala la INCORRECTA:

a) Si se diagnostica un aspergiloma siempre se debe intentar la resección quirúrgica.
b) Aproximadamente el 10% de los aspergilomas se resuelven espontáneamente.
c) El tratamiento definitivo de un aspergiloma es la resección quirúrgica.
d) El muñón bronquial debe ser reforzado con tejidos revitalizados para prevenir la fístula bronquial.

348. En relación al blastoma pleuropulmonar, señale la respuesta CORRECTA:

a) Responde bien al tratamiento con quimioterapia y radiotrerapia coadyuvante.
b) El tratamiento quirúrgico es de elección.
c) La sintomatología clínica es excepcional.
d) Es un tumor exclusivo de la edad pediátrica con mayor incidencia en los dos primeros años de vida.

349. En relación al plasmocitoma solitario pulmonar, señale la respuesta CORRECTA:

a) Es 2-3 veces más frecuente en hombres que en mujeres.
b) Es una enfermedad típica de personas pacientes ancianas siendo infrecuente que aparezca antes de los 50 años.
c) El tratamiento radioterápico es de elección.
d) Se presenta siempre como un nódulo pulmonar afectando más frecuentemente a los lóbulos superiores.



350. En relación a los tumores benignos pulmonares, señale la respuesta CORRECTA:

a) Los fibromas son neoplasias epiteliales.
b) Los condromas son típicamente encontrados en bronquios principales de forma aislada sin asociarse a otros síndromes.
c) El hamartoma pueden degenerar a condrosarcoma.
d) El hamartoma es el segundo tumor benigno más frecuente.

351. ¿Cuál es el tratamiento ideal para una persona paciente de 60 años de edad con antecedente de tuberculosis antigua que presenta un aspergiloma con hemoptisis aguda amenazante?

a) Tratamento tuberculostático y si no cede la hemoptisis resección quirúrgica del aspergiloma mediante lobectomía pulmonar.
b) Tratmiento quirúrgico de entrada intentando realizar resección segmentaria.
c) Tratamiento conservador con embolización y seguimiento en consulta.
d) Arteriografía y embolización y cirugía de resección pulmonar en un segundo tiempo.

352. En pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) completamente resecado estadio II-IIIA con mutación activadora de EGFR, ¿qué tratamiento adyuvante ha demostrado una mejora significativa de la supervivencia libre de enfermedad?

a) Erlotinib durante 12 meses.
b) Gefitinib durante 6 meses.
c) Osimertinib durante 3 años.
d) Afatinib durante 5 años.

353. ¿Cuál de los siguientes factores constituye una indicación clásica de radioterapia postoperatoria independientemente del estadio ganglionar?

a) Histología epidermoide.
b) Márgenes quirúrgicos positivos (R1-R2).
c) Tamaño del tumor.
d) Histología sarcomatoide.

354. ¿Cuál es el tratamiento estándar actual del tumor de Pancoast resecable?

a) Cirugía sola.
b) Cirugía seguida de radioterapia.
c) cirugía seguido de quimioterapia.
d) Quimiorradioterapia de inducción seguida de cirugía.



355. ¿Cuál de los siguientes biomarcadores fue el que identificó el mayor beneficio absoluto de atezolizumab en el ensayo IMpower010?

a) Mutación KRAS.
b) Expresión de PD-L1 ≥50%.
c) Mutación EGFR.
d) TMB elevado.

356. Respecto a la biopsia pulmonar quirúrgica en pacientes con sospecha de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La biopsia transbronquial crioguiada ha sustituido completamente a la biopsia quirúrgica.
b) La biopsia está indicada en todas las personas pacientes con patrón radiológico de neumonía intersticial usual (UIP) definitivo.
c) Debe obtenerse una única muestra del lóbulo más afectado radiológicamente para maximizar el rendimiento diagnóstico.
d) La obtención de muestras de al menos dos lóbulos distintos aumenta el rendimiento diagnóstico multidisciplinar.

357. ¿Cuál de las siguientes personas pacientes presenta la mayor contraindicación relativa para biopsia pulmonar quirúrgica por sospecha de EPID?

a) Paciente con hipertensión pulmonar severa e insuficiencia respiratoria avanzada.
b) Mujer de 52 años con DLCO 70%.
c) Paciente con sospecha de neumonitis por hipersensibilidad.
d) Paciente con enfermedad del tejido conectivo y TCAR no concluyente.

358. Durante una videotoracoscopia para biopsia pulmonar en una EPID indeterminada, se obtienen muestras del lóbulo superior y del lóbulo inferior. El informe histológico muestra patrón UIP en una muestra y neumonía intersticial no específica (NSIP) en la otra. ¿Cuál es la interpretación más adecuada de este hallazgo?

a) Debe diagnosticarse automáticamente como NSIP.
b) Refleja la heterogeneidad espacial característica de algunas EPID y debe discutirse en comité multidisciplinar.
c) Debe repetirse obligatoriamente la biopsia.
d) Se trata de un error anatomopatológico.

359. Una persona paciente con quiste hidatídico pulmonar de 7 cm en lóbulo inferior derecho presenta tos súbita con expectoración de material líquido salado y restos membranosos. En la TC se observa "signo del nenúfar". ¿Cuál es la interpretación más CORRECTA?

a) Quiste hidatídico intacto.
b) Quiste complicado con rotura intracavitaria contenida.



c) Rotura del quiste al árbol bronquial.
d) Sobreinfección bacteriana del quiste.

360. En una persona paciente con quiste hidatídico pulmonar de 6 cm no complicado, candidata a cirugía electiva, ¿cuál es la pauta más aceptada de albendazol perioperatorio según recomendaciones de cirugía torácica?

a) 1–4 semanas preoperatorias y continuación 1–3 meses postoperatorios.
b) Una dosis única preoperatoria de 400 mg.
c) 3 días antes y suspensión inmediata tras cirugía.
d) Solo postoperatorio si hay rotura intraoperatoria.

361. ¿Cuál es el principal mecanismo de acción del albendazol en la hidatidosis?

a) Inhibición de la síntesis de pared celular del parásito.
b) Bloqueo de la síntesis de microtúbulos del parásito.
c) Inhibición de la cadena respiratoria mitocondrial humana.
d) Lisis directa de la membrana quística.

362. Una persona paciente alcohólica presenta fiebre, mal estado general y tos con esputo fétido. La TC muestra una cavidad de pared gruesa con nivel hidroaéreo en segmento posterior del lóbulo superior derecho. ¿Cuál es la etiología más probable de este cuadro?

a) Aspiración de contenido orofaríngeo anaerobio.
b) Obstrucción bronquial por tumor.
c) Infección hematógena por Staphylococcus aureus.
d) Infección por hongos oportunistas.

363. ¿Cuál de los siguientes criterios sugiere indicación quirúrgica en un absceso pulmonar?

a) Respuesta clínica parcial a antibióticos en 7 días.
b) Persistencia de cavidad y síntomas tras 6–8 semanas de tratamiento médico.
c) El tratamiento es antibióticos y drenaje ecoguiado del abceso.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

364. Una persona paciente de 55 años presenta una masa pulmonar periférica bien delimitada de 6 cm, hipervascular en TC con contraste. La biopsia sugiere tumor de patrón "patternless" con vasos en "staghorn". ¿Cuál es el diagnóstico más probable según la clasificación actual?

a) Angiosarcoma primario pulmonar.
b) Hemangiopericitoma clásico como entidad independiente.
c) Tumor fibroso solitario (SFT) con patrón hemangiopericítico.
d) Carcinoide atípico.



365. ¿Cuál es el tratamiento de elección del hemangiopericitoma pulmonar/sarcoma fibroso solitario?

a) Radioterapia exclusiva.
b) Quimioterapia neoadyuvante.
c) Resección quirúrgica y quimioterapia adyuvante.
d) Resección quirúrgica completa con márgenes libres.

366. ¿Qué referencia anatómica superficial se utiliza para indicar la altura de la carina traqueal?

a) El cartílago cricoides.
b) El ángulo de Louis.
c) La escotadura esternal.
d) La apófisis xifoides.

367. ¿Cuál es el único anillo cartilaginoso completamente cerrado de la tráquea?

a) El primer anillo traqueal.
b) El cartílago tiroides.
c) El cartílago cricoides.
d) La carina.

368. ¿Cuál de los siguientes tumores neuroendocrinos tiene mejor pronóstico?

a) Célula grande.
b) Carcinoide típico.
c) Célula pequeña.
d) Carcinoide atípico.

369. ¿En cuál de los siguientes casos NO suele usarse la toracoscopia como método diagnóstico?

a) Derrame pleural indeterminado.
b) Tumores pleurales.
c) Empiema.
d) Tumor endobronquial.

370. En relación al diagnóstico diferencial de los diferentes tipos de adenocarcinomas con patrón de crecimiento lepídico, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El adenocarcinoma mínimamente invasivo tiene un tamaño < 3 cm y áreas invasivas < 10 mm y no produce mucina.
b) La hiperplasia adenomatosa atípica presenta un tamaño < 0,5 cm, no tiene áreas de invasión y no produce mucina.



c) El adenocarcinoma predominantemente invasivo puede tener cualquier tamaño y > 5mm de áreas de invasión y no produce mucina.
d) El adenocarcinoma in situ es < de 3 cm de diámetro y no tiene áreas de invasión y no produce mucina.

371. En relación al grado de evidencia y recomendación para las intervenciones en cirugía torácica sin intubación (NITS), señale la respuesta CORRECTA:

a) Las resecciones mediastínicas con NITS usando un catéter epidural en timoma y miastenia gravis son recomendables. (nivel de evidencia 4, grado de recomendación c).
b) La cirugía torácica sin intubación no se ha asociado a una estancia hospitalaria más corta que la cirugía realizada con anestesia general e intubación, pero sí a una más temprana recuperación y menor número de complicaciones. (nivel de evidencia 4 grado de recomendación c).
c) La toracoscopia sin intubación en las personas pacientes con enfermedad bullosa permite una adecuada evaluación de la patología pulmonar y la resección de las bullas de un modo seguro. (nivel de evidencia 3, grado de recomendación b).
d) La simpatectomía toracoscópica sin intubación es una técnica segura con resultados de morbilidad y mortalidad aceptables. (nivel de evidencia 1b, grado de recomendación a).

372. En el tratamiento del carcinoma adenoide quístico traqueal, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Son altamente sensibles a radioterapia.
b) La liberación pretraqueal, en combinación con la flexión cervical, permite una exéresis segura de hasta 4,5 centímetros.
c) Una alteración grave de la deglución se considera una contraindicación absoluta para cirugía traqueal.
d) Si en el campo operatorio se comprueba la imposibilidad de resección con márgenes libres de células tumorales se debe desestimar la cirugía de resección traqueal.

373. De los siguientes subtipos, ¿cuál NO se considera perteneciente a la variedad carcinoma sarcomatoide?

a) Blastoma pulmonar.
b) Carcinoma pleomórfico.
c) Sarcoma sinovial.
d) Carcinoma spindle cells.

374. ¿Quién fue el primer cirujano que reportó la técnica del drenaje pleural abierto?

a) Leo Eloesser.
b) Samuel Robinson.
c) Jacobeus of Stockolm.
d) John Alexander.



375. ¿Qué cambios hemodinámicos y ventilatorios se han observado durante el decúbito lateral en una intervención quirúrgica pulmonar?

a) La principal limitación que se produce desde el punto de vista ventilatorio es una limitación en la capacidad residual funcional.
b) Durante la ventilación unipulmonar se mantiene más bajo tanto la paO2 como el gradiente alveolo-arterial de O2.
c) El pulmón que se encuentra en la parte superior tiene más disminuido el espacio muerto.
d) Los narcóticos utilizados durante la anestesia suelen tener un efecto importante sobre el fenómeno de vasoconstrición hipóxica aumentando el shunt ventilación perfusión en el pulmón más declive.

376. En relación a los parámetros de ventilación pulmonar en una persona paciente intubada, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) La presión plateau debe estar por debajo de 30-35 cm de H2O para no producir lesión pulmonar asociada al ventilador.
b) PEEP entre 10-14 cm de H2O es adecuado para mejorar la oxigenación.
c) Volumen Tidal entre 10-15 ml/kg es adecuado para evitar el edema pulmonar post-resección.
d) La aplicación de 5-10 cm de H2O de CPAP en el pulmón no ventilado no ha demostrado una diferencia significativa en cuanto a la mejora de la oxigenación, y sí una distensión pulmonar, que puede interferir con la realización de la práctica quirúrgica.

377. Según la clasificación de los hallazgos intraoperatorios en el neumotórax espontáneo idiopático propuesta por Vanderschueren, señale la respuesta INCORRECTA:

a) En un 30-40 % de las personas pacientes operadas no se encuentran hallazgos o anormalidades.
b) Hasta en un 60 % se encuentras bullas < 2 cm de diámetro.
c) Se pueden encontrar adherencias pleuropulmonares en un 12-15 % de las personas pacientes.
d) Bullas > 2 cm apenas se encuentran < 10%.

378. En relación a hallazgos radiológicos de un quiste hidatídico pulmonar, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Las calcificaciones en la pared del quiste es un hallazgo que se ve frecuentemente.
b) Un quiste intacto en el TAC se ve con unas densidades entre 3 y 18 HU (Unidades Hounsfield).
c) El signo del nenúfar se puede ver cuando se produce expectoración del líquido del quiste.
d) El signo de la media luna alerta de una ruptura del quiste hidatídico.



379. En relación a los derrames pleurales, señale la respuesta CORRECTA:

a) La ecografía torácica presenta una sensibilidad del 80 % para el diagnóstico de derrame pleural.
b) La causa más común de derrame pleural masivo se debe a derrames infecciosos en un 30 %, seguido de derrame maligno en un 25 %.
c) Los criterios de Light para el diagnóstico de exudados y trasudado clasifican erróneamente al 25 % de los trasudados, en cambio lo hace adecuadamente al 98 % de los exudados.
d) Valores de ADA elevados > 35 U/L se pueden observar en el 75 % de las pleuritis tuberculosas.

380. ¿Quién realizó la primera neumonectomía con éxito en un solo tiempo?

a) Rudolf Nissen.
b) Ernst Sauerbruck.
c) Ambrose Graham.
d) Clarence Crafford.

381. Ante una herida penetrante en cuello con compromiso de la vía aérea, señale la respuesta CORRECTA:

a) Si se encuentra en un medio extrahospitalario lejos de un hospital de referencia, lo primero que hay que hacer es asegurar la vía aérea mediante intubación orotraqueal.
b) Ante una lesión tipo II según la clasificación Schaefer-Fuhrman para lesiones traqueolaríngeas, la mejor opción es observación y manejo conservador.
c) La broncoscopia es la exploración de elección a realizar en una persona paciente estable y que más información ofrece en esta persona paciente.
d) La lesión tipo III según la clasificación Schaefer-Fuhrman supone una disrupción laringotraqueal completa.

382. En relación a la traqueomalacia, señale la respuesta CORRECTA:

a) Se considera de grado leve cuando el grado de colapso es entre el 70-80 %.
b) Un porcentaje alto de pacientes con traqueomalacia van a tener unas curvas de volúmenes normales en la espirometría.
c) La base principal del manejo de la traqueomalacia en niños/as es el tratamiento quirúrgico, debiéndose personalizar según cada tipo.
d) En el trabajo publicado en el año 2011 por Ernst et al., que es considerada la serie más importante de tratamiento quirúrgico de traqueomalacia, se anotó una mortalidad perioperatoria del 6,5 %.



383. En relación al intervalo de supervivencia de los diferentes subtipos del adenocarcinoma pulmonar, señale la opción INCORRECTA:

a) El adenocarcinoma de predominio papilar tiene mejor pronóstico que el de predominio sólido.
b) El adenocarcinoma de predominio micropapilar tiene peor pronóstico que el de predominio acinar.
c) El adenocarcinoma in situ tiene un pronóstico parecido al adenocarcinoma mínimamente invasivo.
d) El adenocarcinoma de tipo micropapilar tiene mejor pronóstico que el de tipo sólido.

384. En relación a los tumores primarios de diafragma, señale la opción INCORRECTA:

a) La clínica más característica de los leiomiosarcamos es dolor abdominal.
b) Los tumores malignos más frecuentes son rabdomiosarcomas.
c) Los tumores benignos más frecuentes son leiomiomas.
d) La variante de rabdomiosarcoma embrionario es la más frecuente.

385. En relación a la pleurodesis en un derrame maligno, señale la respuesta INCORRECTA:

a) El mejor score validado para medir la supervivencia hasta la fecha es el "LENT score" que analiza parámetros del líquido pleural, (ECOG) y respuesta al tratamiento del tumor primario.
b) Hasta un 15 % de las personas pacientes con cáncer presentarán derrame pleural maligno.
c) Para medir el éxito de la pleurodesis se utiliza el Score llamado "Palliative Surgery Outcome Score" que mide: [Número de días sin síntomas ni hospitalización/Número de días de vida tras la intervención], considerándose pleurodesis aceptables valores > 0,7.
d) La manometría pleural es una técnica utilizada para predecir la efectividad de una pleurodesis.

386. Estudios prospectivos contemporáneos con cribado activo de tromboembolismo venoso subclínico en cirugía torácica oncológica han demostrado tasas de tromboembolismo postoperatorio de entre el 12–14%. ¿Qué explica principalmente la diferencia con las tasas históricas de 0,2–10% reportadas en estudios retrospectivos?

a) Los estudios retrospectivos incluían pacientes de menor riesgo quirúrgico.
b) El uso generalizado de profilaxis mecánica en estudios retrospectivos reducía artificialmente la incidencia.
c) Los estudios retrospectivos se basaban en eventos sintomáticos, infraestimando los casos subclínicos.
d) Los estudios prospectivos incluyen cirugías más complejas con mayor tiempo operatorio.



387. En cuanto a los agentes para la profilaxis antitrombótica extendida tras cirugía torácica oncológica, ¿cuál fue el único agente sobre el que se alcanzó consenso entre los expertos del grupo de trabajo del Consenso Delphi ESTS/AATS/ISTH?

a) Heparina no fraccionada a dosis bajas.
b) Anticoagulantes orales directos (ACODs).
c) Heparina de bajo peso molecular (HBPM).
d) Fondaparinux.

388. Respecto a la duración óptima de la profilaxis antitrombótica extendida tras cirugía torácica, ¿cuál es la conclusión principal del consenso Delphi ESTS/AATS/ISTH?

a) Los expertos acordaron que la profilaxis debe mantenerse al menos 14 días tras el alta.
b) Se alcanzó consenso en que 30 días es la duración máxima recomendable.
c) Solo las personas pacientes con neumonectomía deben recibir profilaxis más allá de los 7 días postoperatorios.
d) No se alcanzó consenso sobre ninguna duración concreta, lo que evidencia la necesidad de ensayos prospectivos.

389. Paciente varón de 72 años, IMC 32, diagnosticado de carcinoma escamoso de pulmón derecho. Se realiza neumonectomía derecha con una duración quirúrgica de 5 horas. En el preoperatorio recibió quimioterapia de inducción. No tiene historia personal ni familiar de TEV conocida. Es dado de alta al 5.º día postoperatorio sin complicaciones. Según los factores de riesgo con consenso establecido en el Delphi ESTS/AATS/ISTH, ¿cuántos factores de riesgo independientes para profilaxis extendida postcirugía presenta este paciente?

a) Dos factores (neumonectomía e IMC >30).
b) Tres factores (neumonectomía, IMC >30 y quimioterapia preoperatoria).
c) Cuatro factores (neumonectomía, IMC >30, quimioterapia preoperatoria y duración de cirugía >4 h).
d) Cuatro factores (neumonectomía, IMC >30, quimioterapia preoperatoria y edad entre 61–74 años).

390. Según las recomendaciones de la SECT, ¿cuál es la duración CORRECTA de la profilaxis antitrombótica en una resección pulmonar oncológica por cirugía abierta (toracotomía), sin incidencias médicas durante el ingreso?

a) Hasta el alta hospitalaria.
b) 15 días desde la intervención.
c) 30 días desde la intervención.
d) 15 días tras el alta hospitalaria.



391. Una persona paciente va a ser intervenido de resección pulmonar programada con analgesia epidural. Recibió la última dosis de HBPM preoperatoria 10 horas antes. Según las recomendaciones de la SECT, ¿es seguro proceder a la punción epidural en este momento?

a) Sí, porque han transcurrido más de 8 horas desde la última dosis.
b) No, deben transcurrir al menos 12 horas desde la última dosis de HBPM antes de la punción neuroaxial.
c) Sí, siempre que se utilice una aguja de calibre fino.
d) No, el intervalo mínimo recomendado es de 24 horas.

392. Paciente varón de 67 años, peso 90 kg, intervenido mediante CTVA por adenocarcinoma de lóbulo superior derecho (lobectomía). El postoperatorio transcurre sin incidencias. Al 4.º día es dado de alta. En el momento del alta no tiene limitación funcional significativa ni requiere encamamiento. Su creatinina sérica es de 1,0 mg/dl. Según las recomendaciones de la SECT, ¿cuál sería la pauta de profilaxis antitrombótica más adecuada al alta?

a) Suspender la profilaxis en el momento del alta, ya que el paciente deambula con normalidad.
b) Enoxaparina 40 mg sc/24 h hasta completar 15 días desde la cirugía.
c) Enoxaparina 60 mg sc/24 h hasta completar 15 días desde la cirugía.
d) Enoxaparina 60 mg sc/24 h hasta completar 30 días desde la cirugía.

393. Según la cascada fisiopatológica, ¿cuál es el principal objetivo de la reducción de volumen pulmonar (LVR)?

a) Aumentar la capacidad pulmonar total (TLC).
b) Reducir el volumen residual (RV), aumentando la capacidad inspiratoria, el retroceso elástico y el flujo espiratorio.
c) Disminuir la frecuencia respiratoria basal.
d) Incrementar la difusión de monóxido de carbono (DLCO).

394. Según la tabla de contraindicaciones para los procedimientos de reducción de volumen pulmonar, ¿cuál de las siguientes se considera una contraindicación recomendada?

a) Una distancia recorrida en 6 minutos (6MWD) <100 m.
b) Un FEV1 entre 30% y 50% del predicho.
c) Un BMI entre 20 y 30 kg/m².
d) Pulmón único trasplantado sin otras comorbilidades.



395. En el ensayo NETT (National Emphysema Treatment Trial), ¿qué subgrupo de pacientes presentó una mortalidad significativamente elevada (16%) y se consideró de alto riesgo?

a) Pacientes con FEV1 <20% predicho y DLCO <20% o morfología homogénea en TC.
b) Pacientes con enfisema heterogéneo de predominio en lóbulos superiores.
c) Pacientes con hipertensión pulmonar leve-moderada.
d) Pacientes mayores de 70 años con BMI normal.

396. Según el algoritmo de decisión clínica para la selección de pacientes para LVR, ¿cuál de los siguientes criterios de hiperinsuflación se utiliza?

a) RV <100% y RV/TLC <40%.
b) FEV1 <50% con hiperinsuflación (RV >175% y RV/TLC >55).
c) DLCO >80% predicho.
d) 6MWD >600 m.

397. ¿Cuál es la complicación más frecuente y característica de la cirugía de reducción de volumen, observada en el 90% de las personas pacientes del NETT en los primeros 30 días?

a) Neumonía.
b) Fuga aérea.
c) Arritmia cardiaca.
d) Tromboembolismo pulmonar.

398. Respecto a las válvulas endobronquiales (EBV), ¿qué demostraron los análisis post hoc y el ensayo STELVIO sobre la importancia de la integridad de las cisuras?

a) La integridad de las cisuras no influye en el resultado del tratamiento.
b) La presencia de ventilación colateral interlobar (cisuras incompletas) impide la atelectasia deseada del lóbulo diana, por lo que la integridad de la cisura es clave para el éxito.
c) Solo es relevante en el enfisema homogéneo.
d) La integridad de la cisura solo afecta al riesgo de neumotórax, no a la eficacia.

399. ¿Cuál es el rango de incidencia de neumotórax descrito tras el tratamiento con válvulas endobronquiales (EBV), y qué explica su variabilidad?

a) 1-2%, debido a mejoras en el material de las válvulas.

b) 4-34%, explicado en parte por la mayor concienciación sobre la importancia de la integridad de las cisuras.
c) 50-60%, por uso de anestesia general.
d) 0%, ya que las válvulas son completamente seguras.



400. En cuanto a los espirales endobronquiales (endobronchial coils), ¿cuál es su mecanismo de acción principal en comparación con las válvulas?

a) Bloquean completamente el flujo aéreo inspiratorio induciendo atelectasia lobar.
b) No inducen atelectasia lobar; comprimen el parénquima pulmonar reduciendo el RV lobar y mejorando el retroceso elástico, por lo que la ventilación colateral es irrelevante.
c) Liberan un fármaco antiinflamatorio de forma sostenida.
d) Sellan químicamente el parénquima mediante una reacción de polimerización.

401. Según el primer estudio aleatorizado (CELEB trial) que comparó BLVR (válvulas) con la cirugía de reducción de volumen (LVRS) unilateral en personas pacientes candidatas a ambos procedimientos (usando el score iBODE a 12 meses), ¿cuál fue el resultado principal?

a) La LVRS unilateral fue claramente superior a la BLVR en todos los parámetros.
b) La BLVR demostró superioridad absoluta sobre la LVRS.
c) La LVRS unilateral no fue superior a la BLVR según el score iBODE.
d) Ambos tratamientos fueron igualmente ineficaces y se abandonó el estudio.

402. Varón de 65 años con EPOC grave, FEV1 28% predicho, RV 230% y RV/TLC 62%. La TC muestra enfisema heterogéneo de predominio en lóbulo superior derecho, con destrucción >30% a ≤-950 UH. La cisura es completa y el Chartis confirma ausencia de ventilación colateral. ¿Cuál sería la opción terapéutica respaldada por mayor evidencia?

a) Colocación de stent endobronquial transbronquial.
b) Reducción de volumen pulmonar con válvulas endobronquiales.
c) Sellante biológico tipo AeriSeal.
d) Ablación con vapor térmico bilateral en ambos lóbulos superiores.

403. Mujer de 70 años, enfisema heterogéneo grave de lóbulo superior, sometida a colocación de válvulas endobronquiales (Zephyr) hace 24 horas. En las últimas 6 horas presenta disnea súbita y dolor torácico. La radiografía muestra un neumotórax del 30%. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el manejo y el contexto de esta complicación?

a) Es una complicación excepcional (<1%) y siempre indica fallo del dispositivo.
b) El neumotórax tras válvulas ocurre típicamente dentro de las primeras 72 horas, debe distinguirse entre neumotórax sintomático con fuga aérea y neumotórax ex vacuo (autolimitado), y su tasa de mortalidad asociada es baja.
c) Obliga siempre a la retirada inmediata de todas las válvulas colocadas.
d) Es indicación absoluta de trasplante pulmonar urgente.



404. Según los datos de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), ¿qué porcentaje aproximado de las personas receptoras pulmonares en España corresponde a enfermedades intersticiales y EPOC conjuntamente?

a) Alrededor del 25 %.
b) Alrededor del 50 %.
c) Alrededor del 75 %.
d) Alrededor del 95 %.

405. ¿Cuál es la escala o índice multidimensional empleada específicamente para valorar el pronóstico de las personas pacientes EPOC candidatas a trasplante pulmonar?

a) Escala GAP.
b) Índice BODE.
c) Score REVEAL.
d) Escala MSD.

406. Según los criterios para incluir en lista de espera a una persona paciente EPOC, ¿cuál de los siguientes parámetros corresponde a la tabla de inclusión?

a) FEV1 20-25% del predicho.
b) FEV1 15-20% del predicho.
c) FEV1 30-40% del predicho.
d) FEV1 >50% del predicho.

407. ¿Cuál es la tercera indicación más frecuente de trasplante pulmonar a nivel mundial?

a) Hipertensión arterial pulmonar.
b) Sarcoidosis.
c) Fibrosis quística.
d) Linfangioleiomiomatosis.

408. En la elección de la persona receptora pulmonar, ¿qué se ha observado respecto al emparejamiento donante-receptor/a por grupo sanguíneo ABO idéntico frente a ABO compatible?

a) El ABO compatible tiene peores resultados a corto y largo plazo que el ABO idéntico.
b) Los resultados a corto, medio y largo plazo son similares entre ambos, pero el tiempo de espera en el grupo ABO idéntico es un 80% mayor que en el compatible.
c) El ABO idéntico siempre se asocia a rechazo hiperagudo.
d) No existe ninguna diferencia en el tiempo de espera entre ambos grupos.



409. Respecto al tamaño del injerto y su relación donante/receptor/a, ¿qué rango se considera un injerto de tamaño adecuado?

a) <0,75.
b) 0,75-1,25.
c) >1,25.
d) 1,5-2,0.

410. ¿Cuál fue uno de los efectos observados tras la introducción del Lung Allocation Score (LAS) en Estados Unidos?

a) Un aumento de la mortalidad en lista de espera de 300 a 500 pacientes/año.
b) Una disminución de la mortalidad en lista de espera de 500/año a 300/año, con incremento de pacientes con patología restrictiva trasplantados.
c) La eliminación completa del trasplante unipulmonar.
d) Una reducción del número total de trasplantes realizados.

411. Para acceder al sistema de preferencia nacional ('código 0'), ¿qué valor de LAS se requiere para considerar a una persona paciente en situación de riesgo vital?

a) LAS mayor de 30.
b) LAS mayor de 40.
c) LAS mayor de 50.
d) LAS mayor de 75.

412. En relación a la indicación de tipo de trasplante (unipulmonar o bipulmonar) según la patología, ¿qué tipo de trasplante es de elección para la patología séptica pulmonar (como la fibrosis quística) y para la hipertensión arterial pulmonar?

a) Trasplante unipulmonar.
b) Trasplante bipulmonar.
c) Trasplante cardiopulmonar exclusivamente.
d) Indistinto, sin preferencia.

413. Según el consenso de la ISHLT 2016 sobre disfunción primaria del injerto (DPI), ¿cómo se define un grado 3 de DPI a las 72 horas?

a) Sin infiltrados radiográficos, independientemente del PaO2/FiO2.
b) Con infiltrados radiográficos y un PaO2/FiO2 entre 200-300.
c) Con infiltrados radiográficos y un PaO2/FiO2 <200, o necesidad de ECMO postoperatoria por hipoxemia.
d) Con infiltrados radiográficos y un PaO2/FiO2 >300.



414. ¿Cuál es la complicación quirúrgica pleural más frecuente tras el trasplante pulmonar?

a) Quilotórax.
b) Empiema.
c) Hemotórax.
d) Derrame pleural por TRALI.

415. En cuanto a la profilaxis frente a citomegalovirus (CMV) en trasplante pulmonar, ¿en qué grupo de pacientes el riesgo de infección/enfermedad por CMV es máximo?

a) Donante seronegativo / receptor/a seropositivo (D-/R+).
b) Donante seropositivo / receptor/a seronegativo (D+/R-).
c) Donante y receptor/a seronegativos (D-/R-).
d) Donante y receptor/a seropositivos con profilaxis completa.

416. ¿Cuál es el fármaco de primera elección para el tratamiento de la aspergilosis invasora en la persona receptora de trasplante pulmonar?

a) Anfotericina B liposomal intravenosa.
b) Isavuconazol.
c) Voriconazol.
d) Caspofungina.

417. Respecto a los tipos de rechazo agudo, ¿cómo se caracteriza el rechazo celular agudo y cómo se clasifica según su gravedad?

a) Es mediado por anticuerpos anti-HLA y se clasifica de grado 1 a grado 3.
b) Es el tipo más frecuente, mediado por células T con linfocitos perivasculares, y se clasifica de grado A1 a grado A4.
c) Es poco frecuente, mediado por anticuerpos citotóxicos preformados, y no se clasifica por grados.
d) Se diagnostica únicamente mediante TC de alta resolución sin necesidad de biopsia.

418. Según el consenso ISHLT de 1993, ¿cómo se define el grado 1 de bronquiolitis obliterante (BOS) en función del FEV1?

a) FEV1 entre 66-80% del basal.
b) FEV1 entre 51-65% del basal.
c) FEV1 menor del 50% del basal.
d) FEV1 mayor del 90% del basal.



419. Según el Registro Internacional (ISHLT, octubre 2019), ¿cuál es la patología con mejor mediana de supervivencia tras el trasplante pulmonar?

a) Enfisema por déficit de Alfa1-antitripsina.
b) Hipertensión pulmonar.
c) Fibrosis quística.
d) EPOC.

420. Según el Registro Español de Trasplante Pulmonar (2001-2020), ¿cuál es la causa más frecuente de muerte a partir del primer año postrasplante, especialmente después del tercer año?

a) Infección por CMV.
b) Fallo primario del injerto.
c) Disfunción crónica del injerto.
d) Causas cardiovasculares.

421. Varón de 54 años con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en tratamiento inmunosupresor, antecedente de lobectomía superior izquierda, ingresa por neumotórax espontáneo derecho con fuga aérea persistente y se confirma hipertensión pulmonar (PAPm 23 mmHg). Se incluye en lista para trasplante unipulmonar derecho y posteriormente en código 0, realizándose el trasplante con soporte de ECMO central. Al 5º día presenta deterioro respiratorio progresivo y fallece al día 13º postoperatorio, con hallazgos post mortem de daño alveolar difuso. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, según la discusión del caso, es CORRECTA respecto a la disfunción primaria del injerto (DPI) en este paciente?

a) El paciente cumplía estrictamente los criterios temporales de DPI, por lo que se diagnosticó DPI grado 3 de forma inequívoca.
b) Por definición temporal (aparición en las primeras 72 horas), el paciente no cumplía criterios estrictos de DPI, pero clínicamente se comportó como tal y la biopsia mostró daño alveolar tipo isquemia-reperfusión compatible con DPI.
c) La DPI quedó descartada totalmente, ya que el daño alveolar difuso solo se relaciona con el rechazo crónico.
d) La hipertensión pulmonar del paciente era un factor protector frente al desarrollo de DPI.



422. Varón de 54 años con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) en tratamiento inmunosupresor, antecedente de lobectomía superior izquierda, ingresa por neumotórax espontáneo derecho con fuga aérea persistente y se confirma hipertensión pulmonar (PAPm 23 mmHg). Se incluye en lista para trasplante unipulmonar derecho y posteriormente en código 0, realizándose el trasplante con soporte de ECMO central. Al 5º día presenta deterioro respiratorio progresivo y fallece al día 13º postoperatorio, con hallazgos post mortem de daño alveolar difuso. Respecto al uso de ECMO en este paciente con antecedente de hipertensión pulmonar sometido a trasplante unipulmonar, ¿qué concluye el análisis retrospectivo del grupo de Viena?

a) El uso de ECMO intraoperatorio se asocia a peor supervivencia que los trasplantes sin soporte.
b) El uso de ECMO intraoperatorio se asocia a un aumento de la supervivencia, y el uso prolongado en el postoperatorio (al menos 2 días) en receptores con hipertensión pulmonar o sospecha de DPI se asocia a mejores desenlaces.
c) La ECMO está formalmente contraindicada en pacientes con hipertensión pulmonar previa.
d) La ECMO solo debe emplearse en el trasplante unipulmonar y nunca en el bipulmonar.

423. Varón de 14 años con transposición de grandes arterias (TGA) corregida mediante switch arterial (Jatene) en periodo neonatal, que desarrolla hipertensión arterial pulmonar (HAP) severa con escasa respuesta al tratamiento vasodilatador combinado. Se realiza trasplante bipulmonar con CEC; durante la cirugía se produce laceración del ventrículo derecho por sínfisis extensa con el esternón, requiriendo múltiples reintervenciones por sangrado, y el paciente fallece al 4º día postoperatorio por infarto cerebral. Según el caso, ¿qué tipo de trasplante se recomienda en general para pacientes con HAP asociada a TGA corregida, y qué factor anatómico debe considerarse al elegir el tamaño del pulmón donante?

a) Se recomienda el trasplante unipulmonar, sin necesidad de considerar el tamaño cardíaco.
b) Se recomienda el trasplante bilateral con CEC como método de elección, y debe considerarse la presencia habitual de cardiomegalia al elegir el volumen del pulmón donante, especialmente en el lado izquierdo.
c) Se recomienda siempre el trasplante cardiopulmonar como única opción válida en estos pacientes.
d) El tamaño del pulmón donante es irrelevante porque la cardiomegalia se resuelve espontáneamente tras el trasplante.

424. Respecto a la fisiopatología actual del pectus excavatum, ¿cuál es el mecanismo que se considera principal responsable de la disminución de la tolerancia al ejercicio?

a) La compresión directa del parénquima pulmonar, que reduce la capacidad vital.
b) La disminución de la función del corazón derecho, con menor flujo de salida del ventrículo derecho y menor flujo sanguíneo pulmonar durante el ejercicio.
c) La obstrucción mecánica de la tráquea por el esternón hundido.



d) La debilidad progresiva del diafragma secundaria a la deformidad costal.

425. ¿Qué caracteriza al pectus arcuatum (síndrome de Currarino-Silverman) y cuál es un dato relevante sobre su diagnóstico?

a) Se asocia siempre a cardiopatías estructurales y se diagnostica fácilmente desde el nacimiento.
b) Se caracteriza por angulación anterior de las costillas/cartílagos superiores (1-3) y un esternón acortado con angulación anterior del manubrio y posterior del esternón inferior; la mayoría de los/as niños/as son inicialmente diagnosticados/as erróneamente como pectus carinatum.
c) Es indistinguible clínicamente del pectus excavatum y se trata siempre de forma idéntica. Solo afecta a los cartílagos costales 6 a 10 y nunca al manubrio.
d) Solo afecta a los cartílagos costales 6 a 10 y nunca al manubrio.

426. En relación con el índice de Haller (HI), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) Un valor de HI mayor de 3,25 es significativo y puede indicar reparación quirúrgica del pectus excavatum, mientras que un valor menor de 2,0 es positivo para carinatum.
b) El HI debe calcularse con TC realizada en inspiración completa para evitar errores.
c) Un HI normal se considera un valor aproximado de 5,0.
d) El HI ha sido validado prospectivamente como predictor fiable de la gravedad clínica del pectus.

427. Respecto al tratamiento no quirúrgico de las deformidades de la pared torácica, ¿qué se afirma sobre la campana de vacío (vacuum bell) y el corsé de compresión externa para el pectus carinatum?

a) Ambos tienen tasas de éxito superiores al 90% en cualquier grupo de edad.
b) La campana de vacío tiene una tasa de éxito reportada de aproximadamente el 20%, mientras que el corsé de compresión para carinatum logra buenos o excelentes resultados en el 70-80% de las personas pacientes adecuadamente seleccionados, por lo que la APSA (American Pediatric Surgical Association) recomienda probarlo antes de la cirugía.
c) Ninguno de los dos métodos ha mostrado nunca ningún beneficio y han sido abandonados completamente.
d) El corsé de compresión solo es eficaz en personas pacientes adultas con cartílagos ya calcificados.



428. Un cirujano torácico es consultado por un paciente de 14 años, que a los 5 años fue sometido a una técnica de Ravitch modificada con resección agresiva de los cartílagos costales 5 a 8 de cada lado, sin recidiva de la indentación esternal. Actualmente refiere disnea progresiva grave de esfuerzo. Las pruebas de función respiratoria muestran un patrón restrictivo severo, con FEV1 y FVC entre el 25% y el 50% del predicho, y la exploración revela un tórax tubular pequeño con escaso crecimiento costal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y qué característica común se describe en estas personas pacientes?

a) Síndrome del esternón flotante; la característica común es la presencia de pulsaciones cardiacas visibles a través de la piel.
b) Síndrome de Jeune adquirido (distrofia torácica asfixiante adquirida); una característica común es que estas personsa pacientes sean operados a los 6 años de edad o menos.
c) Recidiva simple del pectus excavatum; debe tratarse con un nuevo procedimiento de Nuss estándar.
d) Síndrome de Poland; el tratamiento consiste en un colgajo de dorsal ancho.

429. Un cirujano torácico es consultado por un paciente de 14 años, que a los 5 años fue sometido a una técnica de Ravitch modificada con resección agresiva de los cartílagos costales 5 a 8 de cada lado, sin recidiva de la indentación esternal. Actualmente refiere disnea progresiva grave de esfuerzo. Las pruebas de función respiratoria muestran un patrón restrictivo severo, con FEV1 y FVC entre el 25% y el 50% del predicho, y la exploración revela un tórax tubular pequeño con escaso crecimiento costal. Si se decide intervenir quirúrgicamente a este paciente mediante la técnica descrita por Weber (división vertical del esternón con interposición de injertos óseos transversales para mantener separadas ambas mitades esternales), ¿qué se puede esperar según el documento respecto a la mejoría de la función pulmonar?

a) Una mejoría inmediata y completa de la función pulmonar en las primeras 24 horas postoperatorias.
b) Una ligera mejoría de la función pulmonar, que puede tardar hasta 24 meses en manifestarse tras la cirugía.
c) No se ha descrito ningún tipo de mejoría, ni subjetiva ni objetiva, con esta técnica.
d) La función pulmonar empeora siempre de forma permanente tras esta intervención.

430. Una ecografía prenatal de rutina detecta una masa intratorácica en el lóbulo inferior izquierdo. Tras el nacimiento, una angio-TC confirma una lesión pulmonar sin conexión aparente con el árbol bronquial ni con la arteria pulmonar, que recibe un vaso arterial sistémico procedente de la aorta torácica descendente, atravesando el ligamento pulmonar inferior. Según el documento, ¿qué entidad es la más probable y qué porcentaje representa dentro de las lesiones pulmonares congénitas?

a) Secuestro pulmonar; representa aproximadamente el 5% de todas las lesiones pulmonares congénitas.
b) Enfisema lobar congénito; representa aproximadamente el 90% de las lesiones pulmonares congénitas.



c) Quiste broncogénico; representa aproximadamente el 50% de las lesiones pulmonares congénitas.
d) Malformación adenomatoide quística; representa aproximadamente el 1% de las lesiones pulmonares congénitas.

431. ¿Cuál es la diferencia fundamental entre el secuestro pulmonar intralobar y el extralobar en cuanto a su origen embriológico?

a) El intralobar se forma a partir de un yemado pulmonar accesorio supernumerario localizado dentro del pulmón normal, mientras que el extralobar se forma a partir de dicho yemado accesorio situado por debajo (inferior) del pulmón normal.
b) El extralobar siempre presenta conexión con el árbol bronquial, mientras que el intralobar nunca la presenta.
c) El intralobar recibe vascularización del sistema venoso pulmonar, mientras que el extralobar recibe siempre vascularización de la arteria pulmonar.
d) Solo el secuestro extralobar puede diagnosticarse mediante ecografía prenatal.

432. Según la guía SEPAR 2016, ¿cuál es el procedimiento inicial de elección en una persona paciente con hemoptisis amenazante e inestabilidad hemodinámica?

a) Cirugía de resección pulmonar urgente.
b) Angio-TCMD.
c) Broncoscopia flexible.
d) Broncoscopia rígida exclusivamente.

433. ¿Cuál es la arteria que con mayor frecuencia es el origen del sangrado en la hemoptisis?

a) Arteria pulmonar.
b) Arteria bronquial.
c) Arteria de Adamkiewicz.
d) Arteria intercostal.

434. Una arteria bronquial se considera patológica en la angio-TCMD cuando presenta un diámetro:

a) Igual o superior a 2 mm y trayecto tortuoso.
b) Igual o superior a 5 mm.
c) Inferior a 1 mm con hipervascularización.
d) Igual o superior a 3 mm de diámetro con calcificación.

435. La complicación más grave de la embolización de arterias bronquiales es la isquemia medular por afectación de:

a) La arteria pulmonar principal.
b) La arteria de Adamkiewicz.
c) La arteria mamaria interna.



d) La arteria subclavia.

436. Varón de 68 años, fumador de 50 paquetes-año, acude a urgencias por hemoptisis franca de aproximadamente 300 ml en las últimas 2 horas, con tensión arterial de 85/50 mmHg, frecuencia cardiaca de 125 lpm y saturación de oxígeno del 86%. ¿Cuál es la primera prueba diagnóstica que se debe realizar en este paciente?

a) ECO fast torácica y cardíaca.
b) Angio-TCMD torácica.
c) Broncoscopia flexible.
d) Espirometría para valorar la función respiratoria.

437. En la hemoptisis masiva, la mortalidad de la cirugía de resección pulmonar realizada en condiciones de urgencia, durante el sangrado activo, se sitúa aproximadamente entre:

a) 1% y 5%.
b) 10% y 15%.
c) 25% y 50%.
d) 70% y 90%.

438. ¿En qué situación está indicada la embolización endovascular según la guía SEPAR 2016?

a) En todas las personas pacientes con hemoptisis leve y radiografía de tórax normal.
b) En todas las personas pacientes con hemoptisis amenazante o recurrente en los que la angio-TCMD muestra arterias patológicas.
c) Únicamente como tratamiento de primera línea antes de la broncoscopia.
d) Solo en pacientes con hemoptisis de origen en la arteria pulmonar.

439. Mujer de 55 años con adenocarcinoma de pulmón en estadio IV, en tratamiento con bevacizumab, presenta hemoptisis franca recurrente. La broncoscopia no muestra lesión endobronquial sangrante visible y el tumor es de localización periférica. Tras realizar lavados con suero salino frío sin éxito, ¿cuál es la siguiente medida terapéutica más adecuada según la guía?

a) Neumonectomía urgente.
b) Braquiterapia endobronquial.
c) Laserterapia con Nd: YAG sobre el parénquima periférico.
d) Embolización de arterias bronquiales.

440. Durante una mediastinoscopia, se produce una hemorragia que no cede tras 10 minutos de taponamiento. ¿Cuál es la estación ganglionar donde con mayor frecuencia se produce esta complicación?

a) Estación 2L (paratraqueal superior izquierda).
b) Estación 4L (paratraqueal inferior izquierda).



c) Estación 4R (paratraqueal inferior derecha).
d) Estación 7 (subcarinal).

441. Respecto a la lesión del nervio laríngeo recurrente durante la mediastinoscopia, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

a) El nervio derecho es más susceptible de lesión por su trayecto anatómico.
b) La monitorización rutinaria del nervio está recomendada.
c) La parálisis unilateral de cuerda vocal no precisa seguimiento otorrinolaringológico si es transitoria.
d) El uso de electrocauterio en el lado izquierdo de la tráquea genera mayor actividad nerviosa que la disección digital.

442. Una mujer de 29 años asintomática presenta un hallazgo radiológico de lesión quística unilocular de pared delgada, situada íntimamente unida a la tráquea distal y a la carina en el mediastino medio. ¿Cuál es la complicación más frecuente que justifica su escisión quirúrgica, incluso en pacientes asintomáticos?

a) Transformación maligna metastásica precoz a carcinoma escamoso fulminante
b) Ruptura espontánea al esófago simulando un divertículo de Zenker
c) Erosión y hemorragia masiva de la arteria aorta ascendente por contigüidad
d) Infección sobreañadida del contenido quístico con compresión de la vía aérea o estructuras vasculares vecinas.

443. Varón de 62 años con enfermedad pulmonar obstructiva crónica severa (enfisema heterogéneo con predominio destructivo en lóbulos superiores), disnea MRC Grado IV y volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) del 28% del valor teórico. Tras evaluación multidisciplinaria, es candidato a Cirugía de Reducción de Volumen Pulmonar (LVRS). ¿Cuál es el principal objetivo fisiológico de esta intervención?

a) Aumentar de manera directa la difusión alveolo-capilar de monóxido de carbono (DLCO) en un 200%.
b) Restaurar el retroceso elástico del pulmón y mejorar la mecánica de los músculos respiratorios al disminuir la hiperinsuflación y aplanar el diafragma.
c) Esterilizar la flora bacteriana crónica colonizadora de la vía aérea distal.
d) Inducir la regeneración del epitelio ciliado mediante la movilización de células madre alveolares.

444. ¿Cuántos alvéolos aproximadamente tiene un ser humano al alcanzar los 10 años de edad?

a) 20 millones.
b) 100 millones.
c) 300 millones.
d) 500 millones.



445. ¿Cuántos segmentos broncopulmonares posee de forma estándar el pulmón izquierdo?

a) 10 segmentos.
b) 8 segmentos.
c) 5 segmentos.
d) 12 segmentos.

446. ¿Con cuántas semanas de antelación se recomienda que una persona paciente deje de fumar antes de una cirugía torácica para reducir eficazmente la incidencia de complicaciones postoperatorias?

a) 1 a 2 semanas.
b) 2 a 3 semanas.
c) 4 a 8 semanas.
d) Al menos 12 semanas.

447. ¿Cuál es el indicador de la reserva pulmonar postoperatoria más utilizado en la evaluación fisiológica previa a una resección?

a) La capacidad pulmonar total (CPT).
b) El volumen residual (VR).
c) El volumen espiratorio forzado en 1 s (FEV1) postoperatorio previsible.
d) La capacidad de difusión del monóxido de carbono (Dlco).

448. ¿Cuál es el tipo histológico más frecuente de cáncer de pulmón, representando cerca del 45% de todas las neoplasias pulmonares?

a) Carcinoma epidermoide.
b) Carcinoma de células grandes.
c) Carcinoma de células pequeñas.
d) Adenocarcinoma.

449. Según la definición del texto, ¿a partir de qué volumen de pérdida de sangre por los pulmones en 24 horas se considera hemoptisis masiva?

a) Superior a 150 ml.
b) Superior a 300 ml.
c) Superior a 500-600 ml.
d) Superior a 1.000 ml.

450. ¿Cuál es la deformidad más frecuente de la pared torácica en niños/as?

a) Pectus carinatum (pecho de pichón).
b) Tórax en embudo (pectus excavatum).
c) Síndrome de Poland.
d) Costocondritis primaria.



CASOS CLÍNICOS DE PREGUNTA ÚNICA

451. Mujer de 65 años diagnosticada de adenocarcinoma de pulmón estadio IIIB. La paciente está en tratamiento quimioterapico con fármacos biológicos antiangiogénicos (bevacizumab) ¿Para qué ha demostrado especial utilidad la TC de perfusión en casos como la de nuestra paciente?

a) Para descartar metástasis óseas en pacientes tratados con radioterapia.
b) Para detectar cambios tempranos en la vascularización del tumor en pacientes bajo tratamiento con fármacos biológicos antiangiogénicos (como bevacizumab).
c) Para clasificar histológicamente el grado del adenocarcinoma sin necesidad de biopsia.
d) Para monitorizar de forma exclusiva el tamaño tumoral según los criterios estándar RECIST rígidos.

452. Hombre de 65 años, exfumador. Es diagnosticado de un adenocarcinoma de pulmón T2N2M0 candidato a tratamiento neoadyuvante. Tras finalizar el tratamiento neoadyuvante, y debido a la presencia de ganglios linfáticos mediastínicos inflamatorios reactivos inducidos por la terapia, ¿cuánto tiempo se recomienda esperar para realizar un estudio de reestatificación con FDG-PET después de finalizar la quimioterapia?

a) Se debe realizar inmediatamente en las primeras 24 horas.
b) Un intervalo de entre 4 y 8 semanas.
c) Exactamente de 6 a 12 meses para evitar cualquier captación fisiológica.
d) No se recomienda realizar PET en ningún caso después de la quimioterapia.

453. Mujer de 39 años embarazada de 3 meses presenta hemoptisis. Su médico responsable solicita una RM (resonancia magnética) para la evaluación pulmonar ya que la paciente no quiere realizarse un TC pese a ofrecerle un delantal plomado. El radiólogo le informa al médico responsable que la RM no es una buena técnica para el diagnóstico del parénquima pulmonar. A pesar de sus múltiples ventajas en el contraste de tejidos blandos, ¿cuáles son los dos principales factores físicos que limitan la calidad de la RM en el parénquima pulmonar normal?

a) La alta densidad de protones de hidrógeno y el exceso de señal de la grasa pericárdica.
b) La baja densidad de protones del tejido pulmonar lleno de aire y las diferencias de susceptibilidad magnética en la interfaz aire-tejido.
c) La presencia constante de fluidos purulentos y la magnetización tisular espontánea.
d) El uso exclusivo de imanes de ultra-alto campo (mayores a 7 Tesla) que destruyen la señal.



454. Un niño de 15 años es derivado a consultas de Cirugía Torácica por una deformidad esternal evidente desde la infancia, que se ha hecho más pronunciada durante el último estirón de crecimiento. El paciente refiere dolor esporádico, punzante y de corta duración localizado en la zona de la depresión esternal, así como una sensación de rendimiento físico "algo por debajo" de sus compañeros de equipo de baloncesto, aunque sigue entrenando con normalidad. Le preocupa especialmente el aspecto estético de su tórax, hasta el punto de evitar quitarse la camiseta en la piscina o en el vestuario. En la exploración física se objetiva una depresión simétrica del tercio inferior del esternón y los cartílagos costales adyacentes, sin asimetría ni rotación esternal. La auscultación pulmonar es normal y no se ausculta soplo. No hay antecedentes familiares de trastornos del tejido conectivo ni rasgos fenotípicos sugestivos de síndrome de Marfan. ¿Cuál es la actitud más adecuada a seguir por parte del cirujano torácico en este paciente?

a) Indicar cirugía de forma urgente, dado que el pectus excavatum en la adolescencia conlleva siempre un riesgo significativo de compresión cardíaca progresiva e insuficiencia cardiopulmonar si no se interviene de inmediato
b) Descartar cualquier opción quirúrgica por tratarse de una persona paciente asintomática desde el punto de vista cardiopulmonar objetivo, y orientar el caso exclusivamente hacia tratamiento psicológico para mejorar la aceptación de su imagen corporal
c) Realizar una evaluación completa (incluyendo radiografía de tórax para calcular el índice de Haller, y valorar TC/RM y ecocardiograma si hay dudas sobre compresión cardíaca o sospecha de síndrome de Marfan) e informar al paciente y su familia de las opciones terapéuticas disponibles —entre ellas el procedimiento de Nuss, dada la edad del paciente y la ausencia de contraindicaciones—, dejando que participen en la decisión final
d) Indicar de entrada el procedimiento de Ravitch en lugar del procedimiento de Nuss, ya que a los 15 años el tórax es todavía demasiado rígido para tolerar la colocación de una barra retroesternal

455. Varón de 35 años con antecedente de traqueotomía durante 6 semanas por politraumatismo hace 2 años. Consulta por disnea progresiva y estridor bifásico. La TC cervicotorácica muestra estenosis traqueal de 6 mm de diámetro en la unión cervicotorácica de 4,5 cm de longitud, con componente inflamatorio activo y tráquea en cartuchos. No hay evidencia de lesiones residuales de la traqueotomía previa. ¿Cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica más CORRECTA?

a) Resección traqueal inmediata sin evaluación adicional, dado que la longitud de 4,5 cm es resecable.
b) Dilatación broncoscópica seriada permanente como única opción terapéutica.
c) Stent de silicona definitivo sin intención de cirugía resectiva.
d) Completar la evaluación (función vocal, endoscopia, estado de la mucosa, espirometría) y, si el componente inflamatorio está activo, diferir la resección hasta su resolución; en caso de obstrucción crítica, dilatación como puente.



456. Mujer de 28 años, nadadora de competición, que consulta por dolor difuso en hombro derecho, parestesias en los dedos 4º y 5º de la mano derecha y episodios de cambio de coloración de la mano derecha tras entrenamiento. La exploración muestra hipersensibilidad en la región supraclavicular y subclavicular derechas con signo de Tinel positivo sobre el plexo braquial. La maniobra de elevación del brazo reproduce sus síntomas habituales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y cuál es el paso inicial más adecuado en el manejo?

a) Neuropatía ulnar por compresión en el codo; inicio de inmovilización con férula de codo en extensión.
b) Síndrome de estrecho torácico venoso; venograma urgente con trombólisis catéter-dirigida.
c) Síndrome del túnel carpiano bilateral; estudio de conducción nerviosa y férulas nocturnas.
d) Síndrome de estrecho torácico neurógeno; inicio de fisioterapia dirigida a corregir el acortamiento de los escalenos, la debilidad de los flexores cervicales y la respiración diafragmática inadecuada.

457. Varón de 42 años que consulta por masa anterior del hemitórax izquierdo, dura y dolorosa, de 6 meses de evolución. La TC muestra una masa lobulada de 8 cm en la unión costocondral de la 3ª costilla izquierda, con calcificaciones densas en su interior (matriz condroide). No hay metástasis pulmonares ni ganglionares. Se realiza biopsia core percutánea que informa de 'cartílago con celularidad ligeramente aumentada; no puede excluirse condrosarcoma'. ¿Cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica MÁS adecuada?

a) Repetir la biopsia core con aguja de mayor calibre para obtener tejido suficiente para el diagnóstico definitivo antes de plantear cirugía.
b) Dado que el condroma y el condrosarcoma de bajo grado son difíciles de diferenciar incluso histológicamente, y ante la presentación clínica sugestiva de malignidad, está indicada la resección quirúrgica amplia con márgenes de 2 cm (bajo grado) o 4 cm (alto grado), sin esperar confirmación histológica definitiva.
c) Derivar a radioterapia primaria porque el condrosarcoma es muy radiosensible.
d) Iniciar quimioterapia neoadyuvante con antraciclinas y esperar reducción tumoral antes de plantear la cirugía.

458. Varón de 35 años rescatado de un incendio doméstico con quemaduras del 30% de la superficie corporal (cuello, tórax y extremidades superiores). En urgencias presenta voz ronca, pelo nasal chamuscado, hollín en la orofaringe y estridor inspiratorio leve. La $SatO_2$ es 95% con mascarilla de O_2 al 50%. Gasometría: PaO_2 88 mmHg, $PaCO_2$ 38 mmHg, pH 7,38. La carboxihemoglobina (HbCO) es del 18%. ¿Cuál es la actitud diagnóstica y terapéutica inmediata más CORRECTA?

a) Cámara hiperbárica urgente como primer tratamiento, ya que la HbCO del 18% es la amenaza principal.
b) Alta a domicilio con instrucciones de vigilancia de síntomas respiratorios, ya que la $SatO_2$ y la gasometría son aceptables.
c) Broncoscopia diagnóstica como único procedimiento urgente sin intubación, monitorizando el estridor.



d) Intubación orotraqueal urgente para asegurar la vía aérea (antes de que el edema de la lengua, epiglotis y pliegues ariepiglóticos cierre la luz), oxígeno al 100% para desplazar el CO y broncoscopia diagnóstica urgente para graduar la lesión inhalatoria.

459. Mujer de 32 años con ARDS grave refractario (P/F = 65 mmHg) tras politraumatismo, en lista de espera para trasplante pulmonar bilateral. Lleva 12 días en ventilación mecánica con parámetros protectores máximos. La familia pregunta sobre opciones adicionales. El equipo valora el inicio de ECMO. La paciente permanece despierta y colaboradora. Según las tendencias actuales recogidas en el texto, ¿cuál es la posición más avanzada respecto al uso de ECMO en este contexto?

a) El ECMO venovenoso con extubación precoz (ECMO ambulatorio) es una opción factible que permite higiene oral, tos activa, comunicación y acondicionamiento muscular, con mejores resultados al ser «puente al trasplante» en pacientes potencialmente recuperables.
b) El ECMO está contraindicado en pacientes conscientes por el riesgo de auto-extubación.
c) El ECMO solo está indicado para soporte cardiocirculatorio, no para insuficiencia respiratoria aislada.
d) El ECMO solo debe usarse como último recurso cuando todos los tratamientos convencionales han fracasado.

460. Varón de 24 años, jugador de voleibol, que consulta por edema súbito e intenso de la extremidad superior derecha con cambio de coloración violácea tras un partido. Se observan venas colaterales visibles en la región pectoral y el hombro derechos. La ecografía-Doppler confirma trombosis de la vena subclavia derecha. Se realiza venograma con trombólisis catéter-dirigida. En el venograma postlisis se objetiva estenosis de alta gradiente (>80%) persistente de la vena subclavia. ¿Cuál es la actitud más adecuada ante la estenosis venosa residual tras la trombólisis?

a) Angioplastia agresiva con balón de 10 mm para resolver la estenosis definitivamente.
b) Colocación de stent intravascular de nitinol en la estenosis para mantener la permeabilidad a largo plazo.
c) Anticoagulación oral durante 3-6 meses con revisión posterior, sin intervención sobre la estenosis.
d) Descompresión quirúrgica (resección de la 1ª costilla con disección circumferencial de la cicatriz venosa), dado que la angioplastia agresiva y los stents intravasculares deben evitarse estrictamente en el VTOS.



461. Varón de 64 años, traqueostomizado hace 18 días por ARDS, que presenta de forma súbita un sangrado rutilante abundante a través y alrededor de la cánula de traqueostomía. Se sobre-infla el neumotaponamiento y el sangrado se reduce, pero no se detiene. Se tracciona cranealmente la cánula sin lograr hemostasia. El paciente entra en shock hemorrágico. ¿Cuál es la secuencia de actuación más CORRECTA en este momento?

a) Broncoscopia flexible urgente en la cama para visualizar el origen del sangrado antes de trasladar al quirófano.
b) Compresión digital del vaso contra la cara posterior del esternón (mediante dedo introducido junto a la cánula o reintubación orotraqueal con retirada de la traqueostomía para comprimir digitalmente), traslado urgente al quirófano manteniendo la compresión durante toda la preparación y el campo quirúrgico, y esternotomía media para control vascular y ligadura del tronco braquiocefálico.
c) Administración de factor VIIa recombinante y ácido tranexámico IV sin necesidad de cirugía urgente.
d) Embolización percutánea del tronco braquiocefálico por radiología intervencionista como tratamiento definitivo.

462. Una mujer de 58 años consulta por nefrolitiasis recurrente y osteoporosis. Los estudios de laboratorio muestran calcio sérico de 11,6 mg/dL y una PTH de 185 pg/mL, compatibles con hiperparatiroidismo primario. La ecografía cervical y la gammagrafía con sestamibi no identifican una lesión en el cuello. Una tomografía computarizada revela una masa de 1,8 cm localizada dentro del timo en el mediastino anterior. Durante la resección videotoracoscópica de la lesión, la PTH intraoperatoria disminuye de 190 pg/mL antes de la resección a 75 pg/mL a los 10 minutos. ¿Cuál es la interpretación más adecuada de este hallazgo:

a) La caída de la PTH es insuficiente y se debe continuar la exploración en busca de otra glándula hiperfuncionante.
b) La disminución de la PTH intraoperatoria superior al 50% indica resección exitosa de una glándula paratiroidea ectópica hiperfuncionante.
c) La PTH intraoperatoria carece de utilidad en las paratiroides ectópicas mediastínicas.
d) La persistencia de una PTH superior al límite normal confirma enfermedad multiglandular.



463. Varón de 64 años, exfumador (30 paquetes/año), que acude a consulta por tos persistente de 3 meses de evolución. En una radiografía de tórax realizada en atención primaria se observa una opacidad en el lóbulo superior derecho (LSD). Se solicitan pruebas complementarias (TAC, PET, EBUS y estudio funcional). Masa sólida de 3.5 cm en segmento apical de LSD sin contacto con pleura visceral. En el PET/TC la lesión presenta un SUV máx de 8.5. Además, se identifica captación patológica en una adenopatía de 1.5 cm en la estación ganglionar subcarinal (estación 7). No se observan metástasis a distancia en suprarrenales, hígado ni cerebro (PET/TC y RM cerebral negativos). Se realiza una EBUS-TBNA (ecoendoscopia bronquial) que confirma histológicamente metástasis de adenocarcinoma (subcarinal) y descarta afectación de otras estaciones. El paciente tiene una reserva funcional adecuada para lobectomía (FEV1 y DLCO > 80% del predicho). ¿Cuál es el estadio clínico (según 9ª edición del TNM) y la conducta terapéutica inicial más adecuada?

a) Estadio IIIA. Radioterapia estereotáxica corporal (SBRT) como tratamiento único curativo, evitando la cirugía por ser un estadio avanzado.
b) Estadio IIIA. Evaluación por un equipo multidisciplinar (comité de tumores) para considerar terapia neoadyuvante con esquema de quimioterapia o quimio-inmunoterapia en función de la determinación de PD-L1 antes de valorar una posible cirugía posterior, dado que el N2 mediastínico requiere un manejo multimodal.
c) Estadio IIIB. Evaluación por un equipo multidisciplinar (comité de tumores) para considerar terapia adyuvante con quimioterapia y radioterapia mediastínica, dado que el N2 mediastínico requiere un manejo multimodal.
d) Estadio IIB. Inmunoterapia exclusiva, ya que la afectación mediastínica (N2) excluye cualquier intento de tratamiento local.

464. Un varón de 24 años se presenta en el servicio de urgencias por disnea progresiva, tos seca y dolor torácico opresivo de dos semanas de evolución. La radiografía y la tomografía computarizada (TC) de tórax revelan una masa voluminosa, de bordes lobulados y densidad heterogénea, localizada en el mediastino anterior, que comprime de forma extrínseca la vena cava superior. Los análisis de laboratorio informan una elevación marcada en suero de la alfa-fetoproteína (AFP) y de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β-HCG). ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Mediastinitis esclerosante idiopática.
b) Síndrome linfoproliferativo.
c) Tumor de células germinales seminomatoso.
d) Tumor de células germinales no seminomatoso.

465. Varón de 24 años, previamente sano, acude a consulta por dolor en la región esternoclavicular derecha de 6 meses de evolución. Describe un dolor profundo, continuo, de intensidad progresiva, sin fiebre ni pérdida de peso. Refiere brotes intermitentes de lesiones cutáneas pustulosas en palmas y plantas desde hace 2 años, que mejoran parcialmente con tratamientos tópicos. En la exploración física se observa tumefacción dolorosa en la articulación esternoclavicular derecha, sin eritema marcado ni signos sistémicos de infección. No hay adenopatías. La piel presenta lesiones compatibles con pustulosis palmoplantar activa. Analítica: PCR discretamente elevada, leucocitos normales. Hemocultivos y resto de cultivos negativos. TC torácica: esclerosis e hiperostosis en la articulación esternoclavicular derecha. RM: edema óseo en manubrio y extremo medial de la clavícula, sin colección abscesificada. Se realiza PET-TC, que muestra hipercaptación en la articulación esternoclavicular y también leve captación en articulación sacroilíaca. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

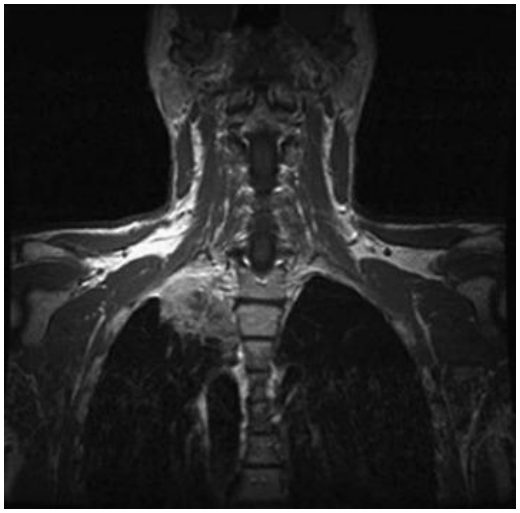
a) Artritis séptica esternoclavicular por Staphylococcus aureus.
b) Tuberculosis osteoarticular esternoclavicular.
c) Síndrome SAPHO.
d) Metástasis ósea de origen desconocido.

CASO CLINICO 1

Fumador de 45 paquetes/año, que consulta por dolor intenso en hombro derecho de 3 meses de evolución. El dolor es continuo, irradiado hacia borde cubital del brazo y mano derecha, con predominio nocturno y escasa respuesta a AINEs. En las últimas semanas presenta debilidad en la mano derecha y caída del párpado ipsilateral.

En la exploración física se objetiva:

a. Ptosis palpebral derecha.
b. Miosis derecha.
c. Anhidrosis facial derecha.
d. Atrofia de musculatura intrínseca de la mano derecha.
e. Disminución de la fuerza de flexión de dedos.





466. ¿Qué estructura explica el dolor irradiado al borde cubital del brazo?

a) Plexo braquial (raíces C8–T1).
b) Plexo braquial (raíces C6–C7).
c) Nervio cubital.
d) Nervio intercostal T1.

467. ¿Cuál es la etiología más frecuente de este tumor?

a) Adenocarcinoma.
b) Carcinoma epidermoide.
c) carcinoma neuroendocrino.
d) Carcinoma células pequeñas.

468. El estudio anatomopatológico muestra un CPNM (pT3N1M0) con resección R0. La expresión de PD-L1 es del 30%. El estudio molecular es negativo para mutaciones de EGFR y reordenamientos ALK. Completa 4 ciclos de quimioterapia adyuvante basada en cisplatino sin incidencias. ¿Cuál es la opción de tratamiento más CORRECTA?

a) Observación únicamente.
b) Durvalumab durante 1 año.
c) Atezolizumab durante 1 año.
d) Nivolumab durante 2 años.

469. En una RMN de alta resolución del opérculo torácico se identifica una masa apical derecha que presenta interfase amplía con el tronco inferior del plexo braquial (C8–T1), con contacto circunferencial parcial, sin plano graso visible en algunos cortes. Sin embargo, la secuencia T2 y las imágenes de difusión muestran preservación de la arquitectura fascicular, sin edema intraneural ni aumento de señal del plexo. ¿Cuál es la interpretación más adecuada desde el punto de vista de resecabilidad quirúrgica?

a) Invasión del plexo braquial hasta que se demuestre lo contrario, por contacto circunferencial.
b) Invasión neural confirmada por pérdida de plano graso, independientemente de la señal intraneura.
c) Contacto sin signos radiológicos de infiltración neural, compatible con posible preservación quirúrgica del plexo.
d) Hallazgos altamente sugestivos de infiltración funcional del plexo.

470. La invasión de plexo braquial C8–T1 en tumor apical se clasifica típicamente como:

a) T3.
b) T4.
c) M1a.
d) N3.

CASO CLINICO 2

Mujer de 38 años, no fumadora, que consulta por tos intermitente y episodios recurrentes de neumonía en el lóbulo medio derecho durante el último año. En los últimos meses presenta hemoptisis leve ocasional y disnea de esfuerzo leve. En la exploración no hay síndrome constitucional. Analítica sin alteraciones relevantes. TAC torácico con contraste evidencia una lesión endobronquial bien delimitada, hipervascular, que obstruye parcialmente el bronquio lobar medio. Se solicita broncoscopia, observándose una masa polipoidea rojiza muy vascularizada que sangra fácilmente al contacto.



471. ¿Cuál es la actitud más adecuada?

a) Biopsia de la lesión bajo anestesia general en el quirófano.
b) Volver a repetir broncoscopia y realizar biopsia de la lesión en la sala de fibrobroncoscopia.
c) Realizar directamente lobectomía pulmonar tras completar estudio.
d) Realizar resección endoscópica de la lesión.

472. En la biopsia endobronquial se observa tumor con patrón neuroendocrino, cromatina en "sal y pimienta", pero con 5–8 mitosis por 2 mm² y focos puntuales de necrosis. La interpretación más CORRECTA es:

a) Tumor carcinoide atípico.
b) Adenocarcinoma neuroendocrino.
c) Carcinoma de células pequeñas.
d) Tumor carcinoide típico.

473. ¿Cuál es la localización más frecuentemente afectada en un tumor carcinoide?

a) Lóbulo medio.
b) Lobulo superior derecho.
c) Lobulo inferior izquierdo.
d) Lóbulo superior izquierdo.

474. ¿Cuál es la mejor actitud en cuanto a supervivencia de un tumor carcinoide atípico de 2,5 cm con adenopatías negativas?

a) Al no tener adenopatías tiene la misma supervivencia que un tumor carcinoide típico.
b) Tiene peor supervivencia y ha de recibir tratamiento adyuvante con quimioterapia.
c) La supervivencia es parecida a la de un carcinoma de celulas pequequeñas.
d) Ninguna de las anteriores es correcta.

475. ¿Cuál es el mecanismo más probable del flushing en el síndrome carcinoide?

a) Liberación de histamina.
b) Liberación de serotonina y otros péptidos vasoactivos.
c) Secreción de catecolaminas.
d) Hipoglucemia paraneoplásica.

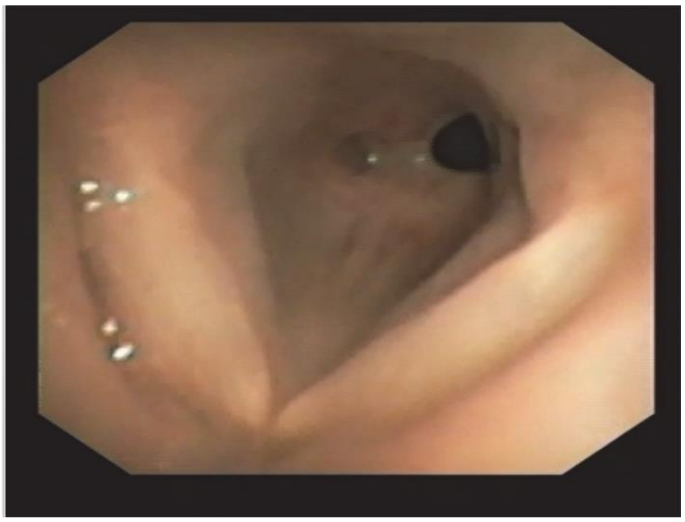
CASO CLÍNICO 3

Paciente de 70 años de edad con los siguientes antecedentes personales:

- **No hábitos tóxicos.**
- **Anemia ferropénica secundaria a proctitis con ingreso en 1998.**
- **Intervenida por obstrucción del conducto lacrimal.**
- **Cefaleas habituales que controla con paracetamol.**

Presenta cuadro de estridor y tos persistente de cuatro años de evolución estudiada por ORL de su centro de referencia por posible parálisis de cuerda vocal. Se remite al servicio de cirugía torácica tras observarse en exploración laríngea presencia de estenosis traqueal.

Se aportan imágenes diagnósticas.





476. ¿En qué tipo de estenosis la encuadramos y qué cirugía sería la adecuada?

a) TIPO I. Resección y anastomosis.
b) TIPO II. Intervención de Pearson.
c) TIPO III. Intervención de Grillo.
d) TIPO IV. Intervención de Maddaus-Pearson.

477. En cuanto a la valoración vocal de esta paciente, ¿cuál NO está indicada?

a) Valoración de parámetros perceptivos, escala GRAS.
b) Valoración de parámetros acústicos: Grabación de una /E/ sostenida.
c) Autovaloración vocal con la escala de "Voice Handicap Index".
d) Valoración aerodinámica: tiempo máximo de fonación.

478. ¿Cuál de los siguientes es un criterio de contraindicación absoluta de cirugía de resección?

a) ECOG mayor de 2.
b) Esperanza de vida inferior a dos años.
c) Índice de masa corporal mayor de 30.
d) Infección activa en el lecho quirúrgico.

479. ¿Cuál de las siguientes es indicación de colocar un tutor endotraqueal para el postoperatorio?

a) Tensión excesiva en la sutura posterior.
b) Laringofisura posterior.
c) Intervención de PEARSON.
d) Lesión esofágica yatrogénica.

480. La valoración ORL no aporta:

a) Datos sobre la movilidad de cuerdas.
b) Diagnóstico diferencial gloto/ subglótica.
c) Datos sobre la dinámica deglutoria.
d) Datos sobre la longitud de la estenosis.

CASO CLÍNICO 4

Paciente de 65 años sometido a lobectomía superior derecha por VATS por adenocarcinoma pulmonar. Postoperatorio inicial, sin incidencias, drenaje pleural con sello digital y aspiración a -20 cmH2O. En el segundo día postoperatorio, tras retirar la aspiración del drenaje, el paciente comienza a presentar cambio de voz y crepitantes al palpar el cuello.

481. ¿Cuál es la causa más frecuente de lo que le sucede al paciente?

a) Infección de la herida quirúrgica por anaerobios.
b) Fuga con drenaje insuficiente para evacuar el aire.
c) Reacción alérgica al material de sutura.
d) Trombosis venosa profunda con compresión torácica.

482. La aparición de la clínica tras retirar la aspiración sugiere principalmente:

a) Que el sistema de drenaje no está siendo capaz de evacuar adecuadamente una fuga aérea presente, que con aspiración sí se controlaba.
b) Que el sistema digital no es tan efectivo como el de sello de agua.
c) Que se ha producido una apertura del muñón bronquial.
d) Que el tubo de drenaje se ha desplazado completamente fuera del tórax.

483. Respecto al manejo inicial de esta patología, ¿cuál es la actitud más adecuada?

a) Realizar incisiones de descarga cutánea en cuello de forma sistemática.
b) Reconectar la aspiración al drenaje pleural y valorar la fuga aérea (cuantía, persistencia) mediante el sistema de drenaje digital.
c) Retirar inmediatamente el drenaje pleural y si empeora colocar uno de mayor calibre.
d) Iniciar tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro.

484. En cuanto a la fuga aérea tras resección pulmonar, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

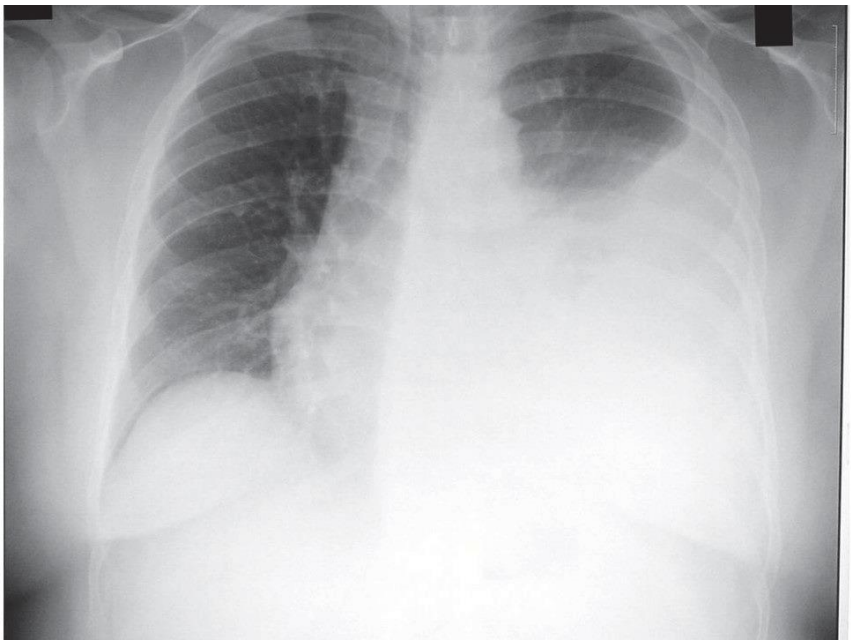
a) Las fugas aéreas prolongadas (>5 días) se asocian a mayor estancia hospitalaria y mayor riesgo de complicaciones como empiema.
b) Toda fuga aérea detectada en el postoperatorio inmediato requiere fibrobroncospia.
c) La fuga aérea no se relaciona con la calidad del parénquima pulmonar.
d) El uso de sistemas de drenaje digital no aporta ninguna ventaja sobre los analógicos en la valoración de la fuga aérea.

485. ¿Cuál es el pronóstico habitual de la fuga aérea en este contexto?

a) Es indicativo de mal pronóstico vital y requiere reintervención urgente en la mayoría de los casos.
b) Suele ser autolimitado y se resuelve progresivamente.
c) Es irreversible y deja secuelas permanentes en la mayoría de las personas pacientes.
d) Al ser de buen pronóstico no tiene sentido implementar medidas en la intervención de resección pulmonar para disminuir su tasa.

CASO CLÍNICO 5

Varón de 72 años, DM tipo I que ingresa en neumología. El paciente se encuentra con fiebre de 38 ºC y una analítica con 18.000 leucocitos y PCR de 120. Saturación de 92 %, frecuencia respiratoria de 12 rpm y frecuencia cardíaca de 82 lpm en reposo. Presenta la siguiente radiografía:



486. ¿Cuál de las siguientes sería la actitud recomendada?

a) Toracocentesis evacuadora.
b) Toracocentesis diagnóstica.
c) Ingreso en planta y esperar resultado de hemocultivo.
d) Ingreso en CMI e intubación orotraqueal.



487. ¿En cuál de los siguientes escenarios estaría indicado colocar un drenaje torácico en el paciente anterior?

a) Presencia de pus en líquido pleural.
b) pH menor de 6,8 en líquido pleural.
c) Glucosa menor de 10.
d) En todas las anteriores.

488. Si se decide colocar drenaje torácico, es cierto que:

a) Es mejor colocar un drenaje menor de 8 french.
b) No se recomienda colocar el drenaje con anestesia local debido a que puede alterar el pH del líquido pleural.
c) Se puede colocar tanto en línea medio axilar o posterior.
d) Para un correcto drenaje del líquido es preferible colocar el drenaje en el borde inferior de la costilla.

489. Si con el drenaje no mejora la radiografía, se puede instaurar tratamiento con fibrinolíticos con alguno de los siguientes medicamentos:

a) Amoxicilina.
b) Uroquinasa.
c) Bisoprolol.
d) Clindamicina.

490. ¿Cuál de las siguientes sería la situación ideal para retirar un drenaje torácico en este paciente?

a) RX expandida, débito mayor de 200 ml en 24 horas y presencia de fuga aérea.
b) RX con cámara basal, débito mayor de 200 ml en 24 horas y ausencia de fuga aérea.
c) RX expandida, débito menor de 200 ml en 24 horas y ausencia de fuga aérea.
d) RX con cámara basal, débito mayor de 200 ml en 24 horas y presencia de fuga aérea.

CASO CLÍNICO 6

Varón de 67 años, diagnosticado de adenocarcinoma de pulmón en lóbulo superior derecho con afectación ganglionar hiliar y mediastínica ipsilateral (cN2a). Tras la estadificación inicial, el caso es discutido en comité multidisciplinar y el paciente es considerado resecable, con buena reserva funcional respiratoria (FEV1 90% y DLCO 98% del valor predicho).

Se decide iniciar inmunoquimioterapia neoadyuvante. Tras 2 ciclos, la TC de reevaluación muestra aumento de los ganglios hiliares y mediastínicos ipsilaterales, además de nueva aparición de adenopatías hiliares contralaterales. Tras un tercer ciclo, la TC muestra disminución de la lesión primaria, pero persistencia/estabilidad de las adenopatías mediastínicas derechas e hiliares/mediastínicas izquierdas (figura 1).

La PET muestra una disminución de metabolismo del tumor pulmonar con aumento metabolismo de ganglios hiliares y mediastínicos (figura 2).

Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) de un ganglio del grupo 4L, que resulta negativa para malignidad.

Finalmente se realiza lobectomía superior derecha con linfadenectomía hiliar y mediastínica, con resultado de respuesta patológica completa (pCR).

Figura 1: primera columna pretratamiento, segunda columna tras 2 ciclos y tercera columna tras 3er ciclo.

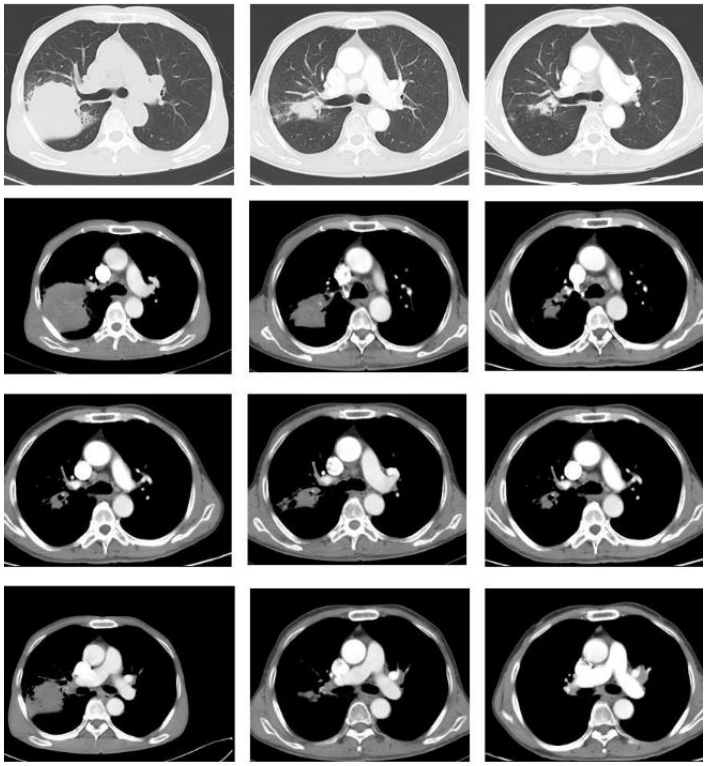
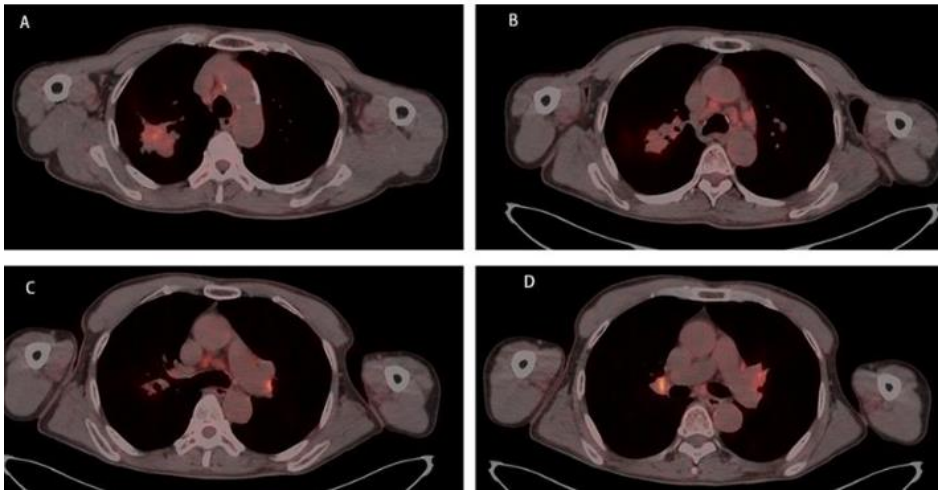


Figura 2: Hallazgos de PET/TC tras neoadyuvancia





491. Ante el aumento de adenopatías ipsilaterales y la aparición de nuevas adenopatías contralaterales tras los 2 primeros ciclos de inmuno + quimioterapia, ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Progresión tumoral real con diseminación ganglionar contralateral (N3).
b) Pseudoprogresión ganglionar relacionada con la inmunoterapia.
c) Linfadenitis tuberculosa reactivada.
d) Segunda neoplasia primaria con afectación ganglionar independiente.

492. Ante este hallazgo radiológico intermedio, ¿cuál es la actitud más adecuada?

a) Suspender el tratamiento por progresión confirmada y derivar a tratamiento paliativo.
b) Cambiar a quimioterapia de segunda línea de inmediato.
c) Continuar con un ciclo adicional de tratamiento y reevaluar antes de tomar una decisión definitiva.
d) Indicar cirugía urgente sin completar el esquema neoadyuvante previsto.

493. ¿Cómo se define la respuesta patológica mayor (MPR) tras tratamiento neoadyuvante en cáncer de pulmón?

a) Reducción radiológica del tumor primario ≥30% según RECIST 1.1.
b) Presencia de ≤10% de células tumorales viables en el tumor primario tras el tratamiento.
c) Ausencia total de células tumorales viables en tumor y ganglios (equivalente a pCR).
d) Negativización del PD-L1 en la pieza quirúrgica.

494. En pacientes con cáncer de pulmón no microcítico tratados con inmunoquimioterapia neoadyuvante que alcanzan respuesta patológica completa (pCR), ¿qué se puede afirmar sobre su pronóstico?

a) No difiere del de las perosnas pacientes sin respuesta patológica, ya que el pronóstico depende exclusivamente del estadio clínico inicial.
b) Se asocia a mayor supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global comparado con quienes no alcanzan pCR/MPR.
c) Empeora el pronóstico, ya que indica una biología tumoral más agresiva con respuesta inmunomediada exagerada.
d) Solo tiene valor pronóstico si se confirma mediante PET-TC postoperatorio a los 6 meses.



495. Supongamos que, tras la reevaluación, la extensión de la enfermedad ganglionar/hiliar hace que la resección completa solo sea posible mediante una neumonectomía derecha. ¿Cuál sería la actitud más adecuada?

a) La necesidad de neumonectomía, independientemente de la valoración previa, obliga a descartar la cirugía y optar por quimiorradioterapia definitiva.
b) Dado que el paciente ya fue considerado resecable antes de la neoadyuvancia, si mantiene una función pulmonar adecuada, puede optarse por la neumonectomía, asumiendo su mayor morbimortalidad frente a la lobectomía, pero sin que ello contraindique la cirugía.
c) La pseudoprogresión ganglionar previa contraindica por sí misma cualquier neumonectomía, aunque el paciente sea funcionalmente apto.
d) Debe valorarse la posibilidad de mutaciones EGFR para tratar con osimertinib.

CASO CLÍNICO 7

Varón de 63 años. Fumador de 30 paquetes/año. Hace 6 meses fue operado de un osteosarcoma de fémur derecho con un postoperatorio complicado con osteomielitis y con un tromboembolismo pulmonar. Acude tras síncope.

Refiere disnea progresiva de esfuerzo y algún esputo con sangre desde hace un par de meses. Exploración:

- **Edema de miembros inferiores.**
- **Auscultación cardiopulmonar: acentuación del componente pulmonar del segundo ruido cardíaco y murmullo de insuficiencia tricuspídea.**

Analítica: policitemia, alteración de enzimas hepáticas y urea elevada.

496. ¿Qué factor de riesgo no está asociado a la patología que presenta el paciente?

a) Esplenectomía.
b) Deficiencia de antitrombina.
c) Osteomielitis.
d) Terapia sustitutiva hormonal tiroidea.

497. Se realiza un electrocardiograma y una espirometría. ¿Qué dato no podrías esperar?

a) Bloqueo de rama derecha.
b) Alteración de la curva ST-T en derivaciones V1-V3.
c) Defectos restrictivos en un 42 % de los casos de espirometría.
d) Defectos obstructivos en espirometría.



498. Indica la opción INCORRECTA sobre la gammagrafía de ventilación/perfusión en esta patología:

a) Presenta una sensibilidad del 96 % y una especificidad del 90-95 %.
b) Puede diagnosticar alteraciones o enfermedades de arterias pulmonares principales, pero presenta limitaciones importantes para diagnosticar enfermedades distales de pequeño vaso.
c) Muchas veces infraestima la severidad de la obstrucción central.
d) Si es indeterminada está indicada hacer un angioTAC pulmonar (CTPA) que tiene una sensibilidad del 51% y una especificidad del 99 %.

499. Los criterios diagnósticos para la patología que presenta el paciente son:

a) Presión de arteria pulmonar media > 35mm Hg.
b) Presión de enclavamiento capilar pulmonar < 15 mmHg.
c) Resistencia vascular pulmonar >2 unidades Wood.
d) Necesidad de mínimo 3 meses de anticoagulación.

500. Sobre el tratamiento quirúrgico de la patología que presenta el paciente indica la opción INCORRECTA:

a) La colocación de un filtro de vena cava inferior no afecta la supervivencia a 1 año después de la endarterectomía pulmonar.
b) Una vez realizado el bypass cardiopulmonar hay que enfriar al paciente a una temperatura corporal central de 18-20 ºC. Hay que mantener un gradiente de temperatura de 10º entre la sangre arterial y la temperatura central (rectal o vesical) durante el enfriamiento corporal.
c) Según los estudios la terapia preoperatoria con bosentan, antagonista del receptor endotelina, mejora el resultado postoperatorio.
d) El correcto plano para realizar la endarterectomía es entre la íntima y la media. Hay que encontrar un plano con apariencia blanca nacarada y lisa.