Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A UROLOGÍA

PREGUNTAS

1. **¿Qué secuencia cronológica de hitos urológicos es correcta?**

   a) Nefrectomía de Simon - Cistoscopio de Nitze – Litotricia extracorpórea – Transplante renal exitoso.
   b) Cistoscopio de Nitze – Nefrectomía de Simon – Transplante renal exitoso – Litotricia extracorpórea.
   c) Nefrectomía de Simon – Cistoscopio de Nitze – Transplante renal exitoso – Litotricia extracorpórea.
   d) Transplante renal exitoso – Nefrectomía de Simon – Cistoscopio de Nitze – Litotricia extracorpórea.

2. **¿Quién realizó la primera prostatectomía radical asistida por robot que marcó el inicio de la adopción clínica de la cirugía robótica en urología?**

   a) Patrick Walsh.
   b) Louis Kavoussi.
   c) Mani Menon.
   d) Maximilian Nitze.

3. **El uso de herramientas de apoyo para la toma de decisiones se ha asociado con todo lo siguiente EXCEPTO:**

   a) Mayor conocimiento del procedimiento.
   b) Mejor evaluación del riesgo.
   c) Mayor participación de la persona paciente en el proceso de toma de decisiones.
   d) Mayor conflicto de decisión.

4. **El elemento del consentimiento informado que más a menudo falta es:**

   a) Descripción del problema clínico, tratamiento propuesto y alternativas.
   b) Discusión de riesgos y beneficios del tratamiento propuesto.
   c) Evaluación de la comprensión de la persona paciente sobre la información proporcionada por el personal médico.
   d) Solicitud de preferencias de la persona paciente para el tratamiento.

5. **La orquitis autoinmune se caracteriza por la presencia de:**

   a) Anticuerpos antiespermáticos (ASAs).
   b) Granulomas antiespermáticos.
   c) Microinfartos testiculares.
   d) Anticuerpos antilipídicos.



6. ¿Qué técnica se ha demostado que aumenta la tasa de éxito en la orquiectomía por dolor escrotal crónico?

a) Ligadura de las venas espermáticas.
b) Preservación de los linfáticos periféricos.
c) Ligadura de los linfáticos periféricos.
d) Incisión inguinal.

7. Los hallazgos típicos urodinámicos en la cistitis intersticial incluyen:

a) Contracciones desinhibidas del detrusor.
b) Compliance vesical anormal.
c) Capacidad disminuída e hipersensibilidad.
d) Todas las anteriores.

8. La causa más común de hematuria glomerular es:

a) Carcinoma de células transicionales.
b) Glomerulonefritis postestreptocócica.
c) Enfermedad de Berger (nefropatía inmunoglobulina A).
d) Síndrome nefrítico.

9. La enuresis está presente, ¿en qué porcentaje de los niños/as menores de 5 años?

a) 5%.
b) 15%.
c) 25%.
d) 50%.

10. ¿Qué porcentaje de pacientes con esclerosis múltiple se presentan con vejiga neurógena como primera manifestación de la enfermedad?

a) 1%.
b) 5%.
c) 10%.
d) 15%.

11. La incidencia de cáncer de vejiga en pacientes con lesión de la médula espinal con catéteres crónicos es:

a) 1%.
b) 2%.
c) 4%.
d) 6%.



12. ¿Cuál de las siguientes consideraciones es verdad en relación con la ureteroscopia?

a) El láser holmium es absorbido en 3 cm de agua.
b) Las cestillas de nitinol son más resistentes comparando con los de acero inoxidable.
c) El balón de dilatación del uréter intramural es necesario habitualmente antes de la uretroscopia.
d) El agua como irrigante es preferible para la ureteroscopia porque mejora la visibilidad.

13. En el estudio de ecografía Doppler peneana por disfunción eréctil se obtienen los siguientes parámetros: velocidad sistólica máxima de 37 cm/s y un índice de resistencia de 0.9. ¿Cuál es el diagnóstico?

a) Insuficiencia arterial.
b) Insuficiencia venosa.
c) Fuga veno-oclusiva.
d) Parámetros normales.

14. ¿Qué proteína se expresa en gran medida en el carcinoma renal de células claras, pero no en otros tipos de tumor renal y sirve como marcador para la obtención de imágenes moleculares de esta neoplasia maligna?

a) GLUT1.
b) PSMA.
c) GRPR.
d) CAIX.

15. Cuando las ondas sonoras encuentran la interfaz entre dos tejidos con grandes diferencias de impedancia, las ondas están:

a) Aumentadas en frecuencia.
b) Disminuidas en frecuencia.
c) Reflejadas.
d) Refractadas.

16. Respecto a los criterios KDIGO para la insuficiencia renal aguda (IRA), ¿cuál de las siguientes situaciones permite establecer el diagnóstico de IRA?

a) Incremento de la creatinina sérica de 0,2 mg/dL en 72 horas.
b) Diuresis inferior a 0,5 mL/kg/h durante 4 horas.
c) Incremento de la creatinina sérica mayor o igual a 0,3 mg/dL en 48 horas.
d) Descenso del filtrado glomerular estimado del 10% respecto al basal.



17. ¿Con cuál de las siguientes entidades existe un mayor riesgo de desarrollar un carcinoma de células renales?

a) Enfermedad poliquística renal autosómica dominante.
b) Esclerosis tuberosa.
c) Enfermedad de von Hippel-Lindau.
d) Espongiosis medular renal.

18. El mayor riesgo del uso de RNM con gadolinio en pacientes con enfermedad crónica renal es:

a) Nefrotoxicidad.
b) Anafilaxia.
c) Fibrosis sistémica nefrogénica.
d) Hepatotoxicidad.

19. Todos los siguientes tienen efecto tóxico obre el riñón, EXCEPTO:

a) Contrastes iodados.
b) Mioglobina.
c) Agentes de contraste basados en gadolinio.
d) Antibióticos aminoglucósidos.

20. En un hombre joven con diagnóstico de uretritis, es cierto que:

a) La presencia de diplococos intracelulares gramnegativos en la tinción de Gram se correlaciona con infección por Neisseria gonorrhoeae.
b) La presencia de leucocitos en el exudado uretral indica uretritis gonocócica.
c) Chlamydia trachomatis no es frecuente en pacientes jóvenes.
d) No se asocia la infección por Chlamydia trachomatis y Neisseria gonorrhoeae.

21. La segmentación de la próstata en resonancia magnética nuclear para la valoración PI-RADS (Prostate Imaging Reporting and Data System) ayuda a la localización de las lesiones. ¿Cuántos segmentos o secciones se consideran?

a) 21.
b) 28.
c) 35.
d) 39.

22. Los testículos descienden a nivel del anillo inguinal interno aproximadamente, ¿en qué momento de la gestación?

a) Sexta semana.
b) Tercer mes.
c) Sexto mes.
d) Noveno mes.



23. Aproximadamente el porcentaje de individuos mayores de 60 años que presentan un quiste renal identificable en TAC es:

a) 1-5%.
b) 10%.
c) 33%.
d) 75%.

24. La incidencia de agenesia renal unilateral es:

a) 1:2.500.
b) 1:4.000.
c) 1:1100.
d) 1:500.

25. ¿Cuál es el cariotipo genético más común en pacientes con síndrome de Eagle-Barret (prune-belly)?

a) Trisomía 13.
b) Monosomía 16.
c) Trisomía 18.
d) Normal.

26. ¿De dónde proviene embriológicamente la corteza de la glándula suprarrenal?

a) Endodermo.
b) Mesodermo.
c) Ectodermo.
d) Neuroectodermo.

27. En relación al uréter ectópico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) En los varones, la ectopia es supraesfinteriana.
b) En las mujeres, la desembocadura es distal al esfinter.
c) En los varones produce incontinencia de forma característica.
d) Es más frecuente en las mujeres.

28. Respecto a la cirugía antirreflujo, es FALSO que:

a) Debemos tener máximo cuidado en no lesionar el peritoneo.
b) Existe riesgo de lesionar el conducto deferente.
c) La retención urinaria tras retirar la sonda es más frecuente con la técnica de Lich-Gregoir bilateral que con el Cohen bilateral.
d) El túnel submucoso creado debe guardar una proporción al menos 1.1 respecto al calibre del uréter.



29. Los principales efectos de la obstrucción renal congénita son:

a) Glomeruloesclerosis, fibrosis intersticial y atrofia.
b) Hipoplasia y tranformación epitelial-mesenquimal aumentada.
c) Alteración de la regulación del crecimiento.
d) Crecimiento aumentado, fibrosis y atrofia tubular.

30. En el riñón obstruido el EFG (factor de crecimiento epidérmico) se ha demostrado que:

a) Reduce la apoptosis renal.
b) Reduce la esclerosis glomerular.
c) Acelera la fibrosis intersticial.
d) Reduce el recrutamiento de renina en la arteriola aferente.

31. Los hallazgos prenatales de una extrofia vesical incluyen todos los siguientes EXCEPTO uno, ¿cuál?

a) Ausencia de llenado vesical.
b) Líquido amniótico apropiado para la edad gestacional.
c) Anormalidades de la médula espinal.
d) Baja inserción del ombligo.

32. ¿Qué síndrome no va asociado a divertículos vesicales congénitos?

a) Síndrome de Ehlers-Danlos.
b) Fascia de elfo.
c) Síndrome de Menckes.
d) Síndrome de Sutcliffe-Sandifer.

33. En un niño de 2 años con criptorquidia unilateral se realiza una laparoscopia que revela un testículo intraabominal 4 cm por encima del anillo inguinal interno. La mejor opción de tratamiento es:

a) Procedimiento de Fowler-Stephens en dos etapas.
b) Procedimiento de Fowler-Stephens en una etapa.
c) Incisión inguinal y fijación escrotal.
d) Orquiectomía.

34. ¿Cuál es la presión basal o normal del uréter?

a) 0 a 5 cm de H2O.
b) 5 a 10 cm de H2O.
c) 10 a 15 cm de H2O.
d) 15 a 20 cm de H2O.



35. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la hormona paratiroidea (PTH), es FALSA?

a) La PTH aumenta la reabsorción de cslcio y fóforo en el túbulo distal.
b) La secreción de PTH aumenta por la hipocalcemia.
c) La secreción de PTH aumenta por la hiperfosfatemia.
d) Los receptores de PTH se encuentran principalmente en el hueso y el riñón.

36. En una persona paciente con shock séptico de origen urinario, ¿cuál de los siguientes parámetros forma parte de los criterios diagnósticos actuales?

a) Hipotensión que responde completamente a fluidoterapia.
b) Necesidad de vasopresores para mantener una PAM mayor o igual a 65b mmHg junto con lactato > 2 mmol/L pese a una adecuada reposición de volumen.
c) Temperatura superior a 39ºC.
d) Leucocitosis superior a 20.0000/mm3.

37. ¿Cuál de los siguientes factores se asocia con mayor riesgo de desarrollar shock séptico en una infección urinaria obstructiva?

a) Sexo femenino.
b) Litiasis ureteral distal menor de 3 mm.
c) Retraso en el drenaje de la vía urinaria.
d) Bacteriuria asintomática previa.

38. En relación con el absceso renal cortical (carbunco renal), ¿cuál es el mecanismo fisiopatológico más frecuente?

a) Diseminación hemaógena desde otro foco infecciosos.
b) Reflujo vesicoureteral congénito.
c) Litiasis coraliforme infectada.
d) Obstrucción prostática crónica.

39. ¿Cuál no es causa de uretritis sintomática en personas sexualmente activas?

a) Ureaplasma.
b) Mycoplasma hominis.
c) Mycoplasma fermentans.
d) Mycoplasma genitalium.

40. Respecto al diagnóstico de la infección por Schistosoma haematobium, ¿cuál es el método parasitológico de elección para demostrar la presencia del agente etiológico en una infección activa?

a) Identificación de trofozoitos en sedimento urinario.
b) Cultivo de orina en medio de Löwenstein-Jensen.



c) Detección de huevos con espina terminal en muestra de orina recolectada alrededor del mediodía.
d) Hemocultivo seriado durante la fase aguda.

41. La agenesia renal se puede asociar a otras anomalías genitourinarias. ¿Cuál de estas es la más frecuente?

a) Estenosis de la unión pieloureteral.
b) Reflujo vesicoureteral.
c) Estenosis vesicoureteral.
d) Duplicación ureteral.

42. La tasa de fracaso más alta en el tratamiento de la estenosis de la UPU se relaciona con:

a) Endopielotomía anterógrada.
b) Dilatación con balón.
c) Pieloplastia.
d) Incisión con balón de cauterización.

43. Todos los siguientes condicionantes son factores predisponentes para desarrollar una gangrena de Fournier EXCEPTO:

a) Obesidad.
b) Parafimosis.
c) Estenosis uretral
d) Hernirrafia.

44. Todos los siguientes se relacionan con frecuencia a testículos criptorquídicos EXCEPTO:

a) Atrofia.
b) Microlitiasis.
c) Teratoma maduro.
d) Ectasia de la rete testis.

45. La pielonefritis durante el embarazo se asocia más frecuentemente a:

a) Anemia.
b) Hipertensión.
c) Eclampsia.
d) Sepsis.



46. ¿Cuál es el subtipo de virus del papiloma humano (VPH) más frecuentemente asociado a cáncer de pene?

a) VPH-11.
b) VPH-10.
c) VPH-18.
d) VPH-21.

47. En relación con las estrategias de prevención de la infección de orina de repetición:

a) Los estrógenos vaginales reducen las infecciones de orina de repetición, pero son necesarios al menos 3 meses de tratamiento.
b) La vacuna sublingual OM-89 se ha mostrado eficaz.
c) Hay evidencia científica firme a favor de la administración de arándanos.
d) Los estrógenos vaginales se absorben ampliamente por vía sistémica.

48. En una persona paciente transplantada renal que al quinto día de la cirugía se realiza un eco-Doppler que demuestra ausencia de flujo venoso con una señal arterial anormal, con flujo diastólico inverso "en meseta", ¿cuál es el diagnóstico más probable?

a) Estenosis arterial.
b) Trambosis venosa.
c) Trambosia arterial.
d) Fístula arteriovenosa.

49. A un varón de 65 años se le realiza una biopsia de próstata por una cifra elevada de PSA de 5,4. La anatomía patológica revela inflamación extensa glandular y periglandular aguda y crónica. El siguiente paso es:

a) Administrar antiinflamatorios durante 4 semanas.
b) Observación.
c) Repetir biopsia.
d) Administrar antibióticos 4 semanas y reevaluar.

50. Una mujer de 27 años acude con antecedentes compatibles con cistitis intersticial/síndrome de vejiga dolorosa, pero ella refiere hematuria macroscópica y la cistoscopia revela importante inflamación de la pared vesical. La evaluación adicional necesaria incluye:

a) Hidrodistensión de la vejiga con fulguración de las áreas inflamadas.
b) Laparoscopia para descartar implantes de endometriosis.
c) Antecedentes de consumo de drogas.
d) Biopsia de vejiga para recuento de mastocitos.



51. Un varón de 75 años presenta dolor miccional y febrícula. El análisis de orina muestra piuria y urocultivo negativo. El patrón de la enfermedad probablemente representa:

a) Cáncer de próstata.
b) Tuberculosis prostática.
c) Prostatitis por Clamydia.
d) Prostatitis gonocócica.

52. Un hombre sexualmente activo desarrolló una adenopatía inguinal izquierda dolorosa. La piel suprayacente se volvió púrpura y adherente. Los nódulos inguinales eran palpables, apelmazadas y fluctuantes en algunas áreas, induradas en otras. El diagnóstico más probable es:

a) Sífilis primaria.
b) Condiloma plano.
c) Condiloma acuminado.
d) Linfogranuloma venéreo.

53. Una persona paciente con lesión renal aguda tiene un sodio urinario de 10 mEq/L, una osmolaridad en orina de 650, y un índice de fallo renal < 1. El análisis de orina muestra 10 a 20 hematiescampo, 3 a 5 leucocitos/campo, proteinuria ++ y cilindros de glóbulos rojos. El diagnóstico más probable es:

a) Necrosis tubular aguda.
b) Azotemia prerrenal.
c) Glomerulonefritis aguda.
d) Nefritis intersticial aguda.

54. Una mujer de 27 años tiene dolor en fosa renal derecha, y un renograma diurético demuestra estenosis de la unión piloureteral, con una función renal diferencial de 75/25 (I/D). El mejor paso siguiente a realizar es:

a) Angiografia TAC.
b) Colocacion de stent.
c) Endopielotomía.
d) Pieloplastia laparoscópica.

55. Una mujer hipertensa de 22 años presenta un aneurisma de la arteria renal de 2,7 cm. Se recomienda tratar:

a) Si el aneurisma disminuye rápidamente de tamaño.
b) Cuando la mujer ya no esté en edad fértil.
c) En este mismo momento.
d) Cuando la tensión esté bien controlada.



56. ¿Qué tipo de láser es válido para realizar una vaporización prostática?

a) Titanil fosfato de potasio.
b) Tulio.
c) Borato de Litio.
d) Todas las respuestas son correctas.

57. Se considera como fallo en el tratamiento del cáncer de próstata tras radioterapia:

a) Una elevación del PSA de 1 ng/ml por encima del PSA nadir post-tratamiento.
b) Una elevación de 0,2 ng/ml por encima del PSA nadir post-tratamiento.
c) Una elevación de 2 ng/ml por encima del PSA nadir post-tratamiento.
d) Cualquier elevación por encima del PSA nadir post-tratamiento.

58. La introducción del PSA como método para el diagnóstico del cáncer de próstata ha supuesto:

a) Una disminución del estadio patológico de la enfermedad.
b) Una disminución en la afectación de las vesículas seminales.
c) Una mejora en la supervivencia de las personas pacientes tratadas con radiación externa y cirugía.
d) Todas las respuestas son correctas.

59. Teniendo en consideracion los factores de riesgo para padecer un cáncer de próstata, qué afirmación es FALSA:

a) Los factores genéticos y los factores del ambiente son importantes en el origen y la evolución del cáncer de próstata.
b) La mayoría de los cánceres de próstata son poligénicos.
c) Los gérmenes infecciosos, virus y bacterias, no tienen ninguna importancia en la génesis del cáncer de próstata.
d) HPC1 es un gen autosómico dominante con alta penetrancia que codifica la enzima RNaseL, las variantes de esta enzima se han asociado con un aumento de riesgo para el cáncer de próstata.

60. ¿Qué factor no es considerado como predictor independiente de la progresión postoperatoria tras la prostatectomía radical por cáncer de próstata?

a) El volumen tumoral medido en la pieza de prostatectomía radical.
b) El grado tumoral.
c) El estadio tumoral.
d) Los márgenes tumorales en la pieza quirúrgica.



61. La realización de una biopsia transrectal de próstata es recomendable:

a) Para el diagnóstico de un presunto cáncer de próstata sintomático, en un paciente con metástasis óseas.
b) Para diagnosticar un fracaso de la radioterapia, antes de indicar una terapia de segunda línea.
c) Como biopsias de seguimiento tras un diagnóstico previo de neoplasia intraepitelial de alto grado o proliferación acinar atípica
d) Todas las respuestas se consideran recomendación para realización de biopsia transrectal.

62. Se considera una contraindicación para la realización de una biopsia transrectal todo lo expuesto EXCEPTO:

a) Edad mayor de 80 años.
b) Prostatitis aguda.
c) Inmunosupresión grave.
d) Trastornos anorectales dolorosos.

63. Señale le afirmación FALSA:

a) La evolución de la demografía y la evolución natural del cáncer de próstata han determinado una migración del estadio a enfermedad no palpable, clínicamente localizada (estadio T1c) y una reducción paralela de la mortalidad.
b) El PSA está ampliamente aceptado como marcador tumoral de cáncer de próstata, siendo específico de órgano y de enfermedad.
c) En suero el PSA circula en formas unidas y no unidas. Se conocen tres proteínas que se unen al PSA en sangre: ACT (alfa 1 antiquimiotripsina), A2M (alfa 2 macroglobulina) y el inhibidor de alfa 1 proteasa.
d) La semivida sérica del PSA, calculada después de la eliminación de todo el tejido prostático es de 2-3 días.

64. En la estadificación del cáncer de próstata la invasión de una o ambas vesículas seminales está catalogado como estadio:

a) T3a.
b) T3b.
c) T3c.
d) T4.

65. La presencia de tumor del fenotipo neuroendocrino en el cáncer de próstata metastásico, no está relacionada con que:

a) Pueda detectarse por la determinación de cromogranina A sérica.
b) Pueda detectarse por la determinación de cromogranina C sérica.
c) Pueda detectarse por la determinación de metabolitos urinarios de la serotonina.
d) Estos tumores son sensibles a combinaciones de platino-etopósido.



66. La cantidad de co2 absorbida durante la realización de una laparoscopia intraperitoneal a presiones habituales es equivalente a aumentar la producción basal de co2 del cuerpo en:

a) 1-2%.
b) 30-35%.
c) 5-25%.
d) No incrementa la absorción de CO2.

67. ¿Qué afirmación respecto a la malakoplakia no es correcta?

a) Es una enfermedad infecciosa que puede afectar a la vejiga, uréteres y riñones.
b) En la vejiga, se manifiesta como nódulos conformados por histiocitos.
c) Los cuerpos de Michaelis-Gutmann son inclusiones características en los histiocitos.
d) Se asocia en pacientes con infecciones crónicas o inmunodeprimidos.

68. El efecto secundario más importante del etopósido (vp-16) utilizado en el tratamiento de los tumores germinales es:

a) Insuficiencia renal.
b) Mucositis.
c) Mielosupresión.
d) Fibrosis pulmonar.

69. La criptorquidia es un factor predisponente para el desarrollo de un cáncer testicular:

a) 7-10 % de los tumores testiculares se desarrollan en testes con historia previa de criptorquidia.
b) El carcinoma embrionario es el tipo histológico que se encuentra con mayor frecuencia en estos pacientes.
c) La corrección de la criptorquidia disminuye el riesgo de sufrir un tumor si se realiza antes de los 13 años.
d) En el 5-10% de los pacientes con historia de criptorquidia, el tumor se desarrolla en el teste normalmente descendido.

70. No es cierto en los tumores de Leydig:

a) Es el tumor testicular no germinal más frecuente del testículo.
b) Presenta una frecuencia de aparición mayor entre 5-9 años y entre 25-35 años.
c) Son bilaterales 5-10%.
d) Aparecen con mayor frecuencia en testes con historia de criptorquidismo.



71. Referido a la toxina botulínica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a) La molécula de toxina botulínica no puede atravesar la barrera hemato-encefálica por lo que no produce efectos sobre el sistema nervioso central.
b) La denervación química producida por la toxina botulínica es irreversible.
c) La mayoría de estudios se han realizado en Urología con el tipo A.
d) Se han identificado siete antígenos inmunológicamente subtipos de toxina botulínica.

72. Los aneurismas de la arteria renal pueden ser producidos por:

a) Arteriosclerosis.
b) Poliarteritis nodosa.
c) Sífilis.
d) Todos son correctos.

73. En el síndrome de Klinefelter no encontramos el siguiente hallazgo:

a) Azoospermia.
b) El 90% presentan un cariotipo 47 XXY.
c) Los testes están disminuidos de tamaño.
d) Una biopsia demuestra una esclerosis y hialinización de los túbulos seminíferos con ausencia de células de Leydig.

74. ¿Cuál de los siguientes no corresponde a un criterio de Carter para el cáncer de próstata hereditario?

a) 3 o más familiares de primer grado con Ca de Próstata.
b) Ca de Próstata en tres generaciones de línea materna o paterna.
c) Existe mayor susceptibilidad a la herencia cuando el afectado es el padre frente a cuando es el hermano.
d) Dos o más parientes de primer o segundo grado con Ca de Próstata diagnosticado antes de los 55 años.

75. ¿Qué porcentaje de pacientes con esclerosis múltiple se presenta con síntomas urinarios como primera manifestación clínica?

a) 5%.
b) 10%.
c) 15%.
d) 20%.



76. La fibrosis nefrogénica sistémica es:

a) Una rara condición genética que se manifiesta con el uso de medios de contraste con gadolinio.
b) Se pone de manifiesto de forma inmediata tras la exposición a gadolinio en un 10% de las personas pacientes expuestas.
c) Fibrosis cutánea, tejido subcutáneo y musculoesquelética en pacientes con hipertensión crónica expuesta a medios de contraste con gadolinio.
d) No aparece en pacientes con filtrado glomerular mayor de 60ml/min/1.73m2.

77. En el modelo de calidad asistencial de donabedian, para valorar la estructura se incluye:

a) Habilidad interpersonal de un médico para interactuar con las personas pacientes.
b) Tasas de mortalidad peroperatoria.
c) Certificación "Board" del médico del grupo proveedor.
d) Satisfacción del usuario.

78. El germen causal más probable de infecciones cripticas en la categoría III de prostatitis es:

a) Desconocido.
b) Ureaplasma.
c) Clamidia.
d) a y b.

79. Nefrectomía radical izquierda en una persona paciente menor de un año por una gran masa renal. ¿Qué hallazgos histológicos correlacionan un peor pronóstico?

a) Tumor rabdoide de riñón estadio III.
b) Sarcoma de células claras del riñón estadio III.
c) Anaplasia difusa grado I.
d) Anaplasia focal estadio III.

80. En el prolapso uretral, ¿cuál de las siguientes condiciones no es correcta?

a) Frecuente en mujeres jóvenes de raza afroamericanas.
b) Chicas asiáticas prepuberales.
c) Mujeres postmenopáusicas de raza blanca.
d) Entidad descrita por Solinger.

81. ¿Qué porcentaje de testes no descendidos no son palpables al diagnóstico?

a) 3%.
b) 10%.
c) 20%.
d) 30%.



82. ¿En cuál de estas regiones puede la metilación afectar a la expresión fénica y jugar un papel en la carcinogénesis?

a) Codon de terminación.
b) Regiones ricas en Glicina-Citosina.
c) Región Promotora.
d) Todas las anteriores.

83. ¿Qué gen está comúnmente mutado en el carcinoma in situ vesical (CIS)?

a) CD-44.
b) RB.
c) FGFR-3.
d) HRAS.

84. ¿Qué alimento se asocia con un menor riesgo de padecer un cáncer urotelial?

a) Cítricos.
b) Cerezas.
c) Pollo.
d) Uva.

85. La piedra angular en el tratamiento de la incontinencia urinaria con urgencia miccional es:

a) Terapia conductual.
b) Solifenacina.
c) Oxibutinina.
d) Todas las anteriores.

86. ¿Cuál de los siguientes agentes inyectables requieren un test cutáneo antes de proceder a su inyección?

a) Colágeno porcino.
b) Colágeno bovino.
c) microesferas de carbón pirolítico.
d) a y b.

87. ¿Cuál es la forma más frecuente del sarcoma renal?

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



88. En el plasma seminal se encuentran altas concentraciones de todos los siguientes, EXCEPTO:

a) Ácido Cítrico.
b) Tirosin quinasa.
c) Espermina.
d) Ninguna de las anteriores.

89. Una persona paciente de 23 años llega a la urgencia con una herida de bala (calibre 22) que le ha producido una sección del 80% de la uretra bulbar. En la cistoscopia se aprecia un defecto uretral de 1 cm. ¿Cuál es el manejo más apropiado?

a) Uretroplastia terminoterminal con espatulación de bordes y sutura reabsorbible.
b) Cateterismo uretral.
c) Uretroplastia con mucosa bucal.
d) Cistostomia suprapubica y reparación tardía.

90. El músculo cremaster esta inervado por:

a) El nervio iliohipogastrio.
b) La rama genital del nervio genitofemoral.
c) El nervio ilioinguinal.
d) Ramas terminales del nervio subcostal.

91. Paciente de 70 años con un tumor vesical metastásico, es valorado por el comité "unfit" para cisplatino: ¿qué tratamiento parece menos adecuado en las guías?

a) Utilizar quimioterapia combinada con carboplatino.
b) Plantear tratamiento con nivolumab.
c) Plantear tratamiento con atezolizumab.
d) Plantear tratamiento con pembrolizumab.

92. Según las guías, ¿cuál sería el tratamiento menos eficaz en una persona paciente con dolor pélvico crónico?

a) Alfabloqueantes.
b) Tratamiento antimicrobiano.
c) Pregabalina.
d) Fitoterapia.

93. En el capítulo de las infecciones de orina es importante el despistaje de la presencia de bacteriuria asintomática y posterior tratamiento en este grupo de pacientes:

a) Pacientes mayores institucionalizadas, mejora la continencia urinaria.
b) Pacientes pendientes de cirugía protésica articular.
c) Pacientes pendientes de cirugía urológica endoscópica.
d) Todos los anteriores.



94. Paciente de 25 años de edad que presenta un tumor testicular de células germinales no seminomatoso en estadio iib, es tratado con cuatro ciclos con esquema en base a etoposido y cisplatino. El TAC toraco-abdomino-pélvico es normal. No presentaba teratoma en el tumor primario. ¿Cuál es la probabilidad de que exista un teratoma residual o tumor viable en el retroperitoneo?

a) 0%.
b) 5%.
c) 10%.
d) 20%.

95. ¿Cuál es el trastorno sexual más frecuente en la mujer?

a) Dispareunia.
b) Trastorno de deseo sexual hipoactivo.
c) Vaginismo.
d) Trastornos en el orgasmo.

96. ¿Qué causa el dolor asociado con una litiasis ureteral?

a) La obstrucción del flujo de orina asociado a una distensión de la cápsula renal.
b) La irritación de la mucosa ureteral por la litiasis.
c) Una excesiva peristalsis del uréter en respuesta a la obstrucción urinaria.
d) La extravasación urinaria por la ruptura de un fornix calicial.

97. ¿Cuál de las siguientes litiasis son infectivas?

a) Oxalato cálcico.
b) Fosfato cálcico.
c) Carbonato apatita.
d) Ácido úrico.

98. ¿Cuál de las siguientes respuestas no es correcta?

a) Monohidrato de oxalato cálcico – Whewellita.
b) Dihidrato de oxalato cálcico – Wheddelita.
c) Ac úrico - Uricita.
d) Fosfato amonio magnesio -Aragonita.

99. ¿Cuál de las siguientes correlaciones es correcta?

a) Carbonato apatita fosfato – Brushita.
b) Calcio hidrogeno fosfato – Dahllita.
c) Calcio carbonato – Aragonita.
d) Calcio hidroxil fosfato – whitlockita.



100. ¿Cuál de las siguientes enfermedades no está asociada con el riesgo de formación litiásica?

a) Hipoparatiroidismo.
b) Nefrocalcinosis.
c) Enfermedad poliquística renal.
d) Hiperparatiroidismo primario.

101. Alteraciones anatómicas que no producen aumento de riesgo de formación litiásica:

a) Ureterocele.
b) Riñón en herradura.
c) Divertículos caliciales.
d) Todas las anteriores están asociadas con aumento del riesgo de formación.

102. ¿Cuál de las siguientes litiasis es menos radioopaca?

a) Oxalato cálcico dihidrato.
b) Fosfato cálcico.
c) Xantina.
d) Cistina.

103. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta, en el contexto de una sepsis urológica secundaria a la existencia de una litiasis ureteral?

a) Es recomendable realizar descompresión urgente de la vía urinaria, bien con drenaje percutáneo o bien con catéter stent ureteral.
b) Es recomendable recoger cultivo urinario durante la descompresión urinaria.
c) Es recomendable comenzar inmediatamente con tratamiento antibiótico.
d) Es recomendable realizar sin demora el tratamiento definitivo de la litiasis causante del problema.

104. ¿Cuál de los siguientes enunciados no es una contraindicación para la realización de una nefrolitotomía percutánea?

a) Alteración de las pruebas de coagulación no corregidas previamente a la cirugía.
b) Hipertensión arterial previa.
c) Tumor urotelial en la presumible área de acceso percutánea.
d) Infección urinaria sintomática no tratada previamente.

105. ¿Cuál de los siguientes procedimientos no es un procedimiento de bajo riesgo hemorrágico según las guidelines de 2017?

a) Litotricia de litiasis intrarrenal.
b) Extracción de catéter ureteral.
c) Ureterorrenoscopia.
d) Cistoscopia.



106. ¿Cuál de las siguientes no es una contraindicación para la realización de una litotricia extracorpórea?

a) Embarazo de la paciente.
b) Alteración anatómica obstructiva proximal a la litiasis a tratar.
c) Aneurisma arterial en la vecindad de la litiasis a tratar.
d) Infección clínica no controlada ni tratada previamente a la realización de la litotricia.

107. Hoy en día, en las guidelines online en litiasis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a) Para litiasis de uréter proximal > 10 mm es preferible indicar ureterorrenoscopia que litotricia extracorpórea como primera intención de tratamiento.
b) Para litiasis de uréter distal < 10 mm es preferible indicar ureterorrenoscopia que litotricia extracorpórea como primera intención de tratamiento.
c) Para litiasis renal de cáliz superior > 20 mm es preferible indicar nefrolitotomía percutánea como primera intención de tratamiento.
d) Para litiasis renal de cáliz superior < 10 mm es preferible indicar litotricia extracorpórea que nefrolitotomía percutánea como primera intención de tratamiento.

108. En niños/as, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a) En niños/as el paso de los fragmentos por el trayecto ureteral es más fácil que en personas adultas como norma general.
b) Niños/as con litiasis renales mayores de 20 mm de diámetro (300 mm2) no son buenos candidatos/as para la realización de litotricia.
c) Ofrecer a niños/as con litiasis ureterales litotricia extracorpórea como primera línea de tratamiento.
d) Ofrecer a niños/as con litiasis ureterales ureterorrenoscopia si la litotricia extracorpórea no es posible.

109. Respecto a la dieta para prevención de la litiasis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a) La ingesta excesiva de alimentos ricos en oxalato debería ser limitada, particularmente en pacientes con eliminación elevado de oxalato en orina.
b) La ingesta de proteínas animales no debería superar los 2.0 gramos por kilo de peso, dado que un consumo excesivo tiene efectos favorecedores en la formación litiasis, incluyendo hipocitraturia, ph urinario bajo hiperoxaluria e hiperuricosuria.
c) Los requerimientos de calcio al día están en torno a los 1000-1200 mg / d.
d) La ingesta de sal (Cl Na) no debe exceder de 3-5 gramos / día.



110. Dentro de las sustancias utilizadas para la prevención de las litiasis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a) La dosis de alopurinol para ptes con hiperuricemia/hiperuricosuria es entre 100-300 mg/día.
b) La dosis de hidroclorotiazida para el tratamiento de pacientes con hipercalciuria es de 250 mg /día.
c) La dosis de piridoxina para pacientes con hiperoxaluria primaria es de 5 mg / kg/ día, con dosis máximas de 20 mg / kg / día.
d) La dosis tiopronina para la cistinuria es dosis inicial de 250 mg / día, con dosis máxima 2000 mg/día.

111. Dentro del capítulo de las litiasis infectivas, ¿cuál de los siguientes gérmenes no son productores de ureasa?

a) Proteus spp.
b) Providencia rettgeri.
c) Morganella morgagni.
d) Todos los anteriores son productores de ureasa.

112. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a) Las litiasis de cistina, representan aproximadamente el 1-2 % de todas las litiasis en personas adultas.
b) Las litiasis de cistina, representan aproximadamente el 6-8 % de todas las litiasis en niños/as.
c) Las litiasis de estruvita, representan aproximadamente entre 2-15 % de todas las litiasis enviadas a analizar.
d) La litiasis de ácido úrico, representan aproximadamente el 25 % de las litiasis renales.

113. ¿Cuál de las siguientes sustancias no forman componentes de cristales en la orina?

a) Amoxicilina.
b) Indinavir.
c) Trisilicato de magnesio.
d) Todas forman componentes de cristales en orina.

114. Con respecto a las siguientes afirmaciones, ¿cuál no es correcta según las guidelines online de la AEU?

a) Los antiinflamatorios no esteoideos son superiores a los opiaceos en el tratamiento del cólico renal.
b) Para la obstrucción por litiasis de ácido úrico la combinación de quimiolisis oral en combinación con tamsulosina es superior a la quimiolisis sola, en particular en litiasis mayores de 8 mm.
c) La ureterorrenoscopia es el tratamiento de elección para litiasis renales y ureterales en pacientes con obesidad severa.



d) El alopurinol no es beneficioso en pacientes con hiperuricosuria y litiasis de ácido úrico.

115. Con respecto a la etiología de los tumores renales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a) El carcinoma medular renal es un tumor raro, siendo aproximadamente < del 0,5 % de todos los carcinomas de células renales.
b) Los carcinomas de células renales son predominantes en varones con una relación de 1,5:1.
c) El carcinoma papilar de células renales es el tercer tumor en frecuencia dentro de los carcinomas de células renales.
d) El tumor cromófogo, no se puede gradar según el sistema de gradación de fuhrman, dada su innata nuclear atipia.

116. Respecto al angiomiolipoma, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la correcta?

a) Es más frecuente en varones.
b) Constituye aproximadamente el 5% de las masas extirpadas quirúrgicamente.
c) Es un tumor no mesenquimal que debe ir asociado a la esclerosis tuberosa.
d) Solo el angiomilipoma epiteliode es potencialmente maligno.

117. Respecto al oncocitoma renal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta?

a) El oncocitoma representa entre el 3 % y el 7 % de los tumores sólidos renales.
b) Su incidencia aumenta al 38 % cuando solo consideramos tumores de < 4 cm.
c) La mayoría de los oncocitomas progresan lentamente con un crecimiento < 14 mm al año.
d) Es un tumor sólido benigno cuyo diagnóstico por técnicas de imagen es limitado y su diagnóstico definitivo es anatomopatológico.

118. ¿Cuál de los siguientes tumores renales es considerado de bajo grado de agresividad?

a) Carcinoma de células renales tubulocístico.
b) Carcinoma de células renales con translocación Xp11.2.
c) Carcinoma medular renal.
d) Carcinoma de túbulos colectores de Bellini.

119. ¿En relación con las lesiones quísticas renales, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a) Las lesiones quísticas bosniak tipo I y II son benignas, pero requieren de seguimiento.
b) Las lesiones IIF precisan de seguimiento durante 5 años, algunas pueden malignizar.
c) En las lesiones grado IV se debe recomendar cirugía, ya que la mayoría son malignas.



d) En las lesiones quísticas bosniak IV las lesiones malignas asientan preferentemente en las paredes del quiste.

120. Según la clasificación TNM vigente para el carcinoma de células renales, ¿qué afirmación no es cierta?

a) Los tumores T1a tienen un tamaño igual o menor a 4 cms.
b) Los tumores T3c presentan afectación de la fascia de Gerota.
c) El estadio 1 de la TMN se considera un T1 N0M0.
d) Los tumores T2b tienen un tamaño mayor de 10 cm, pero limitado al riñón.

121. ¿Cuál de las siguientes respuestas no es una recomendación para el tratamiento del carcinoma renal?

a) Ofrecer cirugía con intención curativa en el cáncer renal localizado.
b) Realizar adrenalectomía ipsilateral siempre que sea posible.
c) Ofrecer nefrectomía parcial en pacientes con estadiaje TMN T1L.
d) Considerar realizar linfadenectomía en pacientes con factores clínicos adversos y con tumores de grandes dimensiones y factores de alto riego.

122. Dentro del tratamiento del carcinoma renal metastásico de células claras, ¿cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta?

a) No se debe ofrecer quimioterapia como primera línea de tratamiento a pacientes con carcinoma renal de células claras.
b) El ipilimumab + nivolumab en pacientes sin tratamientos previos se ha demostrado superior en supervivencia al sunitinib en pacientes con buen pronóstico.
c) Ipilimumab + nivolumab presentan asociados una toxicidad grado 3-5 del 15 % y un 1,5 % de muertes asociadas al tratamiento.
d) Se puede ofrecer nivolumab tras una o dos líneas de tratamiento previo con terapias dirigidas al VEGF (factor de crecimiento del endotelio vascular).

123. Referente al tratamiento del carcinoma renal metastásico de células claras, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Use sunitinib y pazopanib en pacientes sin tratamientos previos, con intermedio o desfavorables factores de riesgo.
b) El sunitinib se ha demostrado más efectivo que el interferón alfa (IFN-alfa) en pacientes sin tratamientos previos.
c) Temsirolimus en monoterapia no prolonga la supervivencia global comparado con Interferon alfa (INF-alfa) en pacientes sin tratamientos previos con factores de mal pronóstico.
d) Pazopanib no es superior a placebo en pacientes sin tratamientos previos.



124. En el contexto de una bacteriuria asintomática. ¿qué pacientes se beneficiarían de realizar un tratamiento antibacteriano?

a) Pacientes con diabetes mellitus bien reguladas.
b) Mujeres embarazadas.
c) Mujeres postmenopáusicas.
d) Pacientes con trasplante renal previo.

125. En el tratamiento de la cistitis no complicada, ¿qué aseveración no es correcta?

a) Un tratamiento de primera línea en mujeres sería fosfomicina trometamol 3 gramos monodosis.
b) Un tratamiento con trimetroprim sulfametoxazol 160/800 mg cada 12 horas durante al menos 7 días en varones es recomendable.
c) En mujeres embarazadas el trimetroprim sulfametoxazol es seguro en el tercer trimestre del embarazo.
d) En pacientes con insuficinecia renal, no es necesario ajustar la dosis de los antibíoticos mientras el filtrado glomerular sea superior a 20 ml/min, excepto en antimicrobianos con potencial efecto nefrotóxico como los aminoglucósidos.

126. En pielonefritis no complicadas, ¿cuál de los siguientes no es un régimen de tratamiento antibiótico oral adecuado?

a) Ciprofloxacino 500-750 mg cada 12 horas durante 7 días.
b) Levofloxacino 750 mg cada 24 horas durante 5 días.
c) Cefpodoxima 200 mg cada 12 horas durante 10 días.
d) Fosfomicina 500 mg cada 8 horas durante 7 días.

127. En pielonefritis no complicadas, ¿cuál de los siguientes no es un régimen de tratamiento antibiótico intravenoso adecuado?

a) Ciprofloxacino 400 mg cada 12 horas.
b) Levofloxacino 750 mg cada 24 horas.
c) Ceftriaxona 1-2 gramos cada 24 horas.
d) Todos los tratamientos descritos son adecuados para la pielonefritis no complicada.

128. Para el tratamiento de la uretritis, ¿cuál de las siguientes correlaciones no es correcta?

a) Uretritis gonocócica - ceftriaxona 1 gramo Intramuscular dosis única.
b) Uretritis No gonocócica (no patógeno identificado) - doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días.
c) Trichonoma Vaginales - azitromicina 1 gramo oral dosis única.
d) Ureplasma urealiticum – Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días.



129. Las arterias adrenales son ramas de:

a) Aorta.
b) Arterias frénicas inferiores.
c) Arteria renal.
d) Todas son correctas.

130. El riñón produce:

a) Renina.
b) Angiotensina.
c) Eritropoyetina.
d) a y c son correctas.

131. Paciente con sintomatología urinaria crónica, hematuria microscópica y urocultivos convencionales negativos repetidos. ¿Qué dato de laboratorio orienta más a la tuberculosis genitourinaria y obliga a ampliar estudios?

a) Piuria estéril persistente.
b) Nitritos positivos repetidos con mejoría completa tras 48 horas de nitrofurantoína.
c) Glucosuria aislada con sedimento normal.
d) Proteinuria nefrótica y lipiduria.

132. En sospecha de tuberculosis urinaria, ¿qué estrategia de toma de muestra incrementa más el rendimiento microbiológico para el cultivo de Mycobacterium tuberculosis?

a) Orina de primera micción de la mañana (3 muestras consecutivas), volumen amplio, con solicitud específica al laboratorio de cultivo para micobacterias.
b) Muestra de orina aleatoria de 5 mL en frasco para urocultivo estándar.
c) Recogida obligatoria de orina de 24 horas completas durante 3 días, homogeneizando el volumen total antes de extraer una alícuota para el laboratorio.
d) Obtención exclusiva de la muestra mediante sondaje vesical intermitente o aspiración suprapúbica para evitar la contaminación con micobacterias saprófitas de la uretra distal.

133. Ante diagnóstico de tuberculosis genitourinaria (GUTB) tras presentar síntomas urinarios persistentes y confirmación microbiológica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el estándar de tratamiento según las recomendaciones vigentes?

a) El manejo inicial de la GUTB exige la intervención quirúrgica inmediata para evaluar la extensión del daño, seguida de un régimen estandarizado de cuatro meses con fármacos de primera línea.
b) Se debe instaurar tratamiento médico como primera línea terapéutica. Para casos nuevos, se recomienda un esquema diario de 6 meses dividido en una fase intensiva de 2 meses (HRZE) y una fase de continuación de 4 meses (HR).



c) El tratamiento de primera línea para casos nuevos consiste en una fase intensiva de 4 meses con isoniazida y rifampicina, seguida de una fase de continuación de 2 meses con pirazinamida y etambutol.
d) Ante un aislamiento con resistencia multifarmacorresistente (MDR-TB), el régimen individualizado en la fase intensiva debe incluir un máximo de tres fármacos de segunda línea combinados obligatoriamente con isoniazida a dosis altas.

134. Dentro de las opciones de tratamiento farmacológico para el síndrome de dolor vesical primario (intersticial), la vía intravesical ofrece la ventaja de alcanzar altas concentraciones del fármaco directamente en la vejiga con pocos efectos secundarios sistémicos. Según el texto expuesto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente una de estas terapias intravesicales o una de sus limitaciones?

a) La instilación intravesical de lidocaína alcalinizada ha demostrado ofrecer un alivio sintomático sostenido por un periodo de hasta un mes.
b) El uso de ácido hialurónico y sulfato de condroitina por vía intravesical está completamente desaconsejado debido a que dañan severamente la capa de glicosaminoglicanos (GAG).
c) La principal ventaja de las instilaciones intravesicales es que evitan por completo la necesidad de realizar cateterismos intermitentes en la persona paciente.
d) La combinación de heparina con lidocaína alcalinizada empeora drásticamente la absorción del fármaco y está contraindicada por la EAU.

135. Respecto al test de Meares-Stamey (4 vasos) para diagnosticar prostatitis crónica bacteriana, ¿cuál es el criterio clásico de positividad que diferencia prostatitis de otras entidades?

a) Recuento bacteriano significativamente mayor (≥10×) en la secreción prostática expresada (VAS 3) comparado con la orina de chorro medio (VAS 2).
b) Leucocituria aislada en orina inicial sin bacteriuria significativa.
c) PSA elevado como criterio confirmatorio de prostatitis crónica.
d) Hemocultivos positivos con urocultivo negativo.

136. En prostatitis crónica-síndrome de dolor pelviano crónico, con urocultivos negativos y baja probabilidad de agente cultivable, ¿qué afirmación es más correcta sobre la etiología/microbiología?

a) Con frecuencia no hay patógeno cultivable; el diagnóstico crónico es más problemático que el agudo.
b) La mayoría de casos se confirman con hemocultivo.
c) La hibridación genómica in situ y la tipificación de subpoblaciones de linfocitos T en el estroma prostático desplazan al cultivo convencional como el estándar de confirmación diagnóstica.
d) El estudio urodinámico completo con electromiografía del esfínter estriado es la herramienta de elección para categorizar el síndrome en sus variantes inflamatoria (IIIa) y no inflamatoria (IIIb).



137. Una mujer de 35 años, sin comorbilidades ni antecedentes de importancia, acude a consulta por síntomas compatibles con cistitis aguda no complicada. En relación con las recomendaciones de la actualización de marzo de 2026 de la EAU para la elección del tratamiento antimicrobiano empírico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El cotrimoxazol (160/800 mg dos veces al día por 3 días) puede indicarse de forma preferente y generalizada en toda Europa como primera línea terapéutica debido a su bajo perfil de resistencias.
b) Las aminopenicilinas combinadas con inhibidores de betalactamasa (como amoxicilina/ácido clavulánico) se recomiendan firmemente como terapia empírica de primera elección debido a su nulo daño colateral ecológico.
c) Los esquemas de primera línea preferentes incluyen dosis única de fosfomicina trometamol (3 g), pivmecilinam (400 mg tres veces al día por 3-5 días) o nitrofurantoína (100 mg dos veces al día por 5 días).
d) Debido a las alertas de la Comisión Europea sobre efectos secundarios graves y duraderos, las fluoroquinolonas están completamente prohibidas en cualquier escenario clínico de infección urinaria, debiendo ser retiradas del mercado.

138. Una paciente de 55 años, postmenopáusica, presenta antecedentes de 4 episodios de cistitis en el último año. Tras ofrecer asesoramiento sobre modificaciones conductuales, se discuten las opciones de profilaxis no antibiótica. Basándose en la evidencia científica y los grados de recomendación expuestos por la EAU (actualización 2026), ¿cuál de las siguientes afirmaciones es metabólicamente o clínicamente correcta?

a) El uso de estrógenos por vía oral ha demostrado una alta eficacia en la prevención de la cistitis recurrente y posee un perfil de efectos secundarios sistémicos muy favorable en comparación con el placebo.
b) Un ensayo clínico aleatorizado y controlado (RCT) reciente demostró que el uso diario de polvo de D-manosa redujo de forma estadísticamente significativa la proporción de mujeres en atención primaria que experimentaron episodios subsecuentes de cistitis frente a placebo.
c) La recomendación fuerte anterior para los agentes inmunomoduladores se ha degradado a débil debido a la baja certeza de los datos agrupados, destacando clínicamente al MV140 como el que muestra los resultados más prometedores en ensayos.
d) Las instilaciones endovesicales de ácido hialurónico (HA) aislado disponen de un nivel de evidencia sustancialmente mayor y más estudios controlados aleatorizados en comparación con la terapia combinada de ácido hialurónico y condroitín sulfato (HA-CS).



139. Respecto al manejo, seguimiento y alternativas de tratamiento en la cistitis, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Al finalizar el tratamiento de un episodio de cistitis aguda en pacientes asintomáticos, se debe realizar de manera sistemática y rutinaria un uroanálisis o un urocultivo de control.
b) Si los síntomas de una paciente no se resuelven al finalizar el tratamiento, o si recurren dentro de las dos semanas posteriores, se debe asumir que el patógeno es sensible al fármaco inicial y prolongar el mismo tratamiento por 14 días.
c) El uso de terapias no antibióticas (como fitoterapia o antiinflamatorios no esteroideos) ha demostrado en los estudios analizados una reducción global del 63% en el uso de antibióticos para la cistitis.
d) La nitrofurantoína se recomienda para el tratamiento empírico en hombres jóvenes, debiendo usarse la nitrofurantoína de forma preferente incluso si no se ha podido descartar afectación prostática.

140. Durante la realización de un estudio urodinámico invasivo en una persona paciente con una lesión neurológica (por ejemplo, una lesión medular), ciertas medidas de seguridad y monitorización son obligatorias para prevenir complicaciones graves. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la preparación y ejecución de esta prueba?

a) En pacientes con riesgo de disreflexia autonómica (AD), es obligatorio monitorizar la presión arterial y la frecuencia cardíaca durante la urodinamia y cualquier otro procedimiento invasivo.
b) Para evaluar correctamente la función de llenado, la vejiga debe llenarse de forma ultra-rápida utilizando suero salino completamente frío para forzar la respuesta del detrusor.
c) La presencia de heces acumuladas en la ampolla rectal no interfiere con los resultados, por lo que no es necesario comprobar el estado del recto antes de comenzar la prueba.
d) La primera investigación urodinámica tras una lesión medular traumática debe posponerse obligatoriamente hasta que haya pasado el primer año de evolución.

141. En la disfunción neurógena de vías urinarias inferiores de riesgo moderado (con infecciones ocasionales o cambios leves en imagen) y estable, ¿qué combinación de seguimiento es la más adecuada?

a) Historia/exploración anual, función renal anual e imagen vía alta cada 1–2 años.
b) Urodinámica mensual hasta normalizar presiones.
c) Sin seguimiento si la persona paciente está asintomática.
d) Cuantificación semestral del factor de crecimiento nervioso urinario (uNGF) mediante inmunoensayo junto a cistomanometría ambulatoria continua de 24 horas.

142. Sobre profilaxis antibiótica en estudios urodinámicos (persona paciente asintomática, sin factores de riesgo), la afirmación más correcta es:

a) No se recomienda profilaxis antimicrobiana rutinaria.
b) Profilaxis obligatoria con 7 días de quinolona.



c) Profilaxis obligatoria con carbapenémico IV.
d) Solo se realiza profilaxis si hay nitritos positivos, aunque esté asintomático.

143. Ante un paciente que requiere tratamiento antibiótico empírico para una epididimitis aguda basándose en la estratificación de riesgo de la EAU. ¿Cuál de las siguientes opciones describe una pauta farmacológica que se ajusta estrictamente a los consensos y recomendaciones del panel?

a) En varones con alta probabilidad de infección gonocócica, se recomienda monoterapia oral con levofloxacino 500 mg una vez al día por un periodo de 10 a 14 días.
b) En varones sexualmente activos con bajo riesgo de gonorrea (sin uretritis ni descarga uretral), una opción aceptada es la combinación de doxiciclina (100 mg b.i.d tras dosis inicial de 200 mg) más trimetoprim-sulfametoxazol (160/800 mg b.i.d), ambos por 10 a 14 días.
c) Para varones no sexualmente activos, las guías imponen el uso obligado de ceftriaxona parenteral combinada con azitromicina en dosis múltiples para erradicar patógenos de la flora mixta entérica.
d) El uso de macrólidos orales como la azitromicina cuenta con múltiples ensayos clínicos aleatorizados específicos que respaldan su eficacia clínica superior frente a las fluoroquinolonas en el tejido epididimario inflamado.

144. En epididimitis crónica infecciosa granulomatosa, ¿cuál es la etiología más característica?

a) Mycobacterium tuberculosis.
b) Infección por virus de Epstein-Barr (VEB) con inducción de linfocitosis atípica local.
c) E. coli.
d) Reactivación del Poliomavirus BK (BKPyV) con inclusiones virales intranucleares en el urotelio de los conductos deferentes.

145. Respecto a la fisiopatología, la evaluación diagnóstica y los principios fundamentales del manejo de la Gangrena de Fournier descritos en las directrices de la EAU, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Debido a la barrera anatómica que imponen las fascias perineales, la extensión real de la necrosis interna suele ser equivalente o menor a la que sugieren los signos cutáneos externos en la evaluación inicial.
b) En hasta un 40% de los casos el inicio de la enfermedad es insidioso, manifestándose únicamente como un dolor no diagnosticado, lo que exige un alto índice de sospecha y una exploración física minuciosa, especialmente en personas pacientes obesas.
c) El pilar del tratamiento antibiótico empírico inicial consiste en monoterapia intravenosa con una fluoroquinolona de amplio espectro gracias a su excelente penetración en tejidos blandos no inflamados.
d) La derivación urinaria mediante un catéter suprapúbico y el desbridamiento quirúrgico completo se consideran medidas de segunda línea, indicadas únicamente si la persona paciente desarrolla signos manifiestos de sepsis grave o shock.



146. En sospecha de uretritis por gonococo/clamidia, ¿qué método diagnóstico es el más sensible y rápido?

a) NAAT (amplificación de ácidos nucleicos).
b) Urocultivo convencional como prueba de elección.
c) Serología IgG para gonococo.
d) Hemocultivos seriados.

147. Un joven de 22 años ha completado con éxito su tratamiento antibiótico de 7 días tras ser diagnosticado clínicamente de uretritis aguda. No presenta síntomas residuales y pregunta cuándo puede reanudar su actividad sexual y qué controles debe seguir. ¿Qué consejo médico se le debe otorgar?

a) Puede reanudar sus relaciones sexuales inmediatamente al terminar los antibióticos si ya no tiene secreción, sin necesidad de que sus parejas previas se revisen.
b) Debe aconsejar abstenerse de mantener actividad sexual durante al menos una semana tras la finalización de la terapia antibiótica, y programar una prueba de curación (test-of-cure) entre 6 y 12 semanas después.
c) Es obligatorio realizar un frotis uretral de control cada 48 horas durante el primer mes y mantener la abstinencia sexual estricta durante medio año.
d) Solo se requiere seguimiento médico o pruebas adicionales si el paciente desarrolla síntomas en otras partes del cuerpo, como dolor articular o conjuntivitis.

148. Ante la sospecha clínica de una uretritis gonocócica, ¿cuál es la respuesta correcta respecto al tratamiento empírico combinado de primera línea de acuerdo con las recomendaciones de la EAU?

a) El tratamiento consiste en una dosis única de ceftriaxona de 1-2 g (pudiendo administrarse por vía intravenosa para evitar las molestias de la inyección intramuscular) combinada con doxiciclina 100 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días.
b) La guía prohíbe estrictamente el uso de la vía intravenosa para el ceftriaxone debido a la falta absoluta de datos sobre su seguridad en infecciones urinarias bajas.
c) La combinación empírica inicial de elección debe realizarse asociando ceftriaxona con metronidazol en dosis única para cubrir obligatoriamente Trichomonas vaginalis.
d) El tratamiento de primera línea de la sospecha de GU se basa exclusivamente en monoterapia oral con ciprofloxacino 500 mg en dosis única para garantizar la adherencia de la persona paciente.

149. En trauma renal, ¿qué enunciado es más correcto según el estado hemodinámico?

a) El trauma renal estable suele tratarse sin cirugía; la inestabilidad hemodinámica exige intervención inmediata.
b) Las lesiones de alto grado (grados IV y V de la AAST) en pacientes estables, requieren exploración quirúrgica obligatoria dentro de las primeras 24 horas para prevenir el urinoma persistente.



c) El desarrollo de hipertensión arterial medida por renina (fenómeno de Page) tras un hematoma subcapsular organizado es indicación de nefrectomía inmediata.
d) La ausencia de hematuria excluye lesión renal significativa en todos los casos.

150. El manejo no quirúrgico del traumatismo renal de alto grado incluye la observación estrecha y la radiología intervencionista mediante embolización angiográfica selectiva (SAE). En relación con los criterios de éxito, predictores de fracaso y manejo de las complicaciones según las guías de la EAU, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El hallazgo simultáneo en la TC de una extravasación activa de contraste y un hematoma perirrenal grande (profundidad mayor a 25 mm) predice con alta precisión la necesidad de realizar una SAE.
b) En caso de que una primera embolización selectiva (SAE) fracase en el control del sangrado, la realización de una segunda embolización (re-embolización) está contraindicada por el riesgo crítico de infarto parenquimatoso global.
c) La presencia de una fuga urinaria persistente tras un traumatismo romo en un riñón por lo demás viable es una indicación absoluta de reconstrucción quirúrgica abierta inmediata (renorrafia).
d) El traumatismo penetrante por arma blanca es un factor de riesgo independiente para acabar en nefrectomía en las lesiones Grado 4 y 5, en comparación con las heridas por arma de fuego.

151. En el contexto de las complicaciones derivadas de un traumatismo renal y las maniobras quirúrgicas para su abordaje, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente las directrices de la EAU ante un sangrado tardío o la necesidad de una exploración abdominal de emergencia?

a) El desarrollo de una fístula arteriovenosa (AVF) es una complicación típica del traumatismo renal romo que se manifiesta habitualmente por una elevación extrema y aislada de la creatinina sérica.
b) Durante una laparotomía de emergencia por lesiones asociadas, si se descubre un hematoma perirrenal central o en expansión, este debe dejarse intacto y sin explorar bajo cualquier circunstancia.
c) La maniobra de Cattell-Braasch (rotación visceral medial derecha) se utiliza en cirugía de trauma para lograr un acceso rápido y amplio a los grandes vasos y a la vasculatura renal.
d) El tratamiento de elección preferido ante una hemorragia diferida y potencialmente mortal (que ocurre semanas después del traumatismo) es la nefrectomía abierta de urgencia inmediata.



152. Un varón de 24 años es trasladado al servicio de urgencias tras sufrir un accidente de moto a alta velocidad (mecanismo de desaceleración rápida). A su llegada, el paciente se encuentra hemodinámicamente estable (PA: 120/75 mmHg, FC: 82 lpm). En la exploración física destaca un hematoma cutáneo en el flanco derecho y dolor a la palpación abdominal. Se realiza una tira de orina que resulta negativa para hematuria. Ante el mecanismo de lesión y los signos físicos, se solicita una tomografía axial computarizada multimodal que revela una laceración del parénquima renal derecho de 1.5 cm de profundidad que no afecta a la vía colectora, acompañada de un hematoma perirrenal confinado a la fascia de Gerota. De acuerdo con las guías de la EAU, ¿cuál es la clasificación de la lesión de este paciente según la escala AAST y cuál es el manejo inicial más adecuado?

a) Lesión Grado 2. Al no presentar hematuria, se descarta una lesión renal real y el paciente puede ser alta con analgesia domiciliaria.
b) Lesión Grado 3. Al estar hemodinámicamente estable, el tratamiento de elección es no quirúrgico (conservador), basado en reposo en cama, monitorización y analíticas seriadas.
c) Lesión Grado 4. Debido a que hubo un mecanismo de desaceleración rápida, está indicado realizar una exploración quirúrgica inmediata por vía transperitoneal.
d) Lesión Grado 3. Dado que la tira de orina fue un falso negativo, se debe colocar urgentemente un catéter doble J (stent ureteral) para prevenir un urinoma.

153. ¿Cuál de las siguientes opciones describe correctamente la presentación clínica o el diagnóstico del trauma ureteral de presentación tardía (diagnóstico diferido)?

a) La tríada clásica e indispensable para el diagnóstico tardío consiste en la presencia de anuria total, hipotensión severa y hematuria macroscópica masiva.
b) Los signos característicos del diagnóstico diferido incluyen el dolor en el flanco, la fiebre, la incontinencia urinaria y la fuga de orina a través de la vagina o del drenaje.
c) Si se sospecha una lesión ureteral de forma diferida, la radiografía simple de abdomen es la prueba de elección y confirma el diagnóstico en el 90% de los casos.
d) El retraso en el diagnóstico del trauma ureteral iatrogénico no influye en el pronóstico final ni modifica la tasa de complicaciones postoperatorias de la persona paciente.

154. En el manejo reconstructivo diferido de las lesiones ureterales complejas (diagnóstico tardío), la longitud y la localización del segmento afectado determinan la técnica quirúrgica ideal. Elija la opción que asocie correctamente el escenario clínico con su tratamiento de elección o su complicación metabólica:

a) Las lesiones distales extensas se benefician de una transureteroureterostomía cruzada hacia el lado contralateral, siendo esta la técnica con menor tasa de estenosis (menor al 1%).
b) Para sustituir pérdidas de segmentos largos de uréter mediante una sustitución ileal (injerto de interposición ileal), se debe vigilar en el seguimiento la aparición de una acidosis metabólica hiperclorémica.
c) En pacientes con trauma penetrante por arma de fuego (proyectil), la anastomosis primaria término-terminal debe realizarse inmediatamente de forma estrecha, evitando el desbridamiento amplio para no perder longitud ureteral.



d) El uso de un colgajo vesical tabulado en forma de L (colgajo de Boari) es la técnica de elección ideal y rápida en el escenario de la persona paciente politraumatizada aguda e inestable con lesión del uréter medio.

155. Un cirujano solicita la valoración de Urología antes de una cirugía colorrectal robótica de alta complejidad debido a que el paciente presenta una masa tumoral que distorsiona el retroperitoneo. Basándose en la evidencia y recomendaciones respecto a la prevención y predictores de lesión ureteral iatrogénica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La colocación preoperatoria de catéteres ureterales profilácticos/luminosos ha demostrado en revisiones sistemáticas una reducción significativa en la tasa de lesiones ureterales en cirugía colorrectal.
b) La instilación retrógrada de verde de indocianina (ICG) es el único método profiláctico con un efecto preventivo firmemente demostrado para evitar la transección ureteral.
c) Un diámetro ureteral proximal menor medido en la TC preoperatoria se considera un predictor de lesión ureteral de alto grado durante la colocación de una vaina de acceso ureteral (UAS).
d) La hematuria macroscópica o microscópica es un indicador altamente sensible y precoz, cuya ausencia descarta por completo una lesión ureteral iatrogénica intraoperatoria.

156. En relación con el traumatismo vesical, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Las roturas intraperitoneales de la vejiga producidas por traumatismos romos externos (no iatrogénicos) se benefician inicialmente de un manejo conservador mediante drenaje con sonda si la persona paciente no tiene peritonitis.
b) Una perforación extraperitoneal de la vejiga complicada con colecciones extravesicales sintomáticas requiere únicamente el aumento del calibre de la sonda vesical, estando proscrita la exploración o drenaje de dicha colección.
c) Tras la reparación quirúrgica abierta o laparoscópica de una lesión vesical simple en un paciente sano, la sonda urinaria puede retirarse de forma segura entre los 5 y 10 días posteriores sin necesidad de realizar una cistografía de control.
d) La presencia de una perforación extraperitoneal inadvertida obliga a suspender el reimplante de la malla o banda si ocurre durante una cirugía de cabestrillo mediouretral por vía retropúbica.

157. En lesión uretral asociada a fractura pélvica, la medida inicial preferida suele ser:

a) Colocación de sonda suprapúbica (percutánea o abierta).
b) Realineamiento endoscópico primario asistido por fluoroscopia dentro de las primeras 24 horas del traumatismo agudo.
c) Reconstrucción abierta precoz mediante uretroplastia anastomótica término-terminal transpubiana en fase de estabilidad hemodinámica inicial (días 2 a 7).
d) Colocación de endoprótesis uretral metálica bajo guía ecográfica transperineal.



158. En el traumatismo de uretra en mujeres asociado a fracturas pélvicas por transferencia de alta energía, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente los hallazgos epidemiológicos, los métodos diagnósticos o las pautas de manejo de esta entidad?

a) La cistouretroscopia y la vaginoscopia son las modalidades diagnósticas de elección, ya que la cistouretrografía miccional por vacío omite el diagnóstico de la lesión uretral femenina en aproximadamente el 50% de los casos.
b) El retrasar la reparación quirúrgica más de siete días (reparación diferida) es la estrategia de elección debido a que minimiza el riesgo de estenosis vaginal y reduce la necesidad de derivación urinaria permanente a solo un 3%.
c) El alineamiento endoscópico temprano ofrece los mejores resultados reconstructivos a largo plazo en la mujer, con tasas de incontinencia urinaria y fístula cercanas al 0%.
d) Las lesiones que afectan a la uretra proximal y media son estructuras que se pueden dejar en una situación de hipospadias residual sin necesidad de sutura primaria, al no estar involucradas en el mecanismo del esfínter intrínseco.

159. Ante una persona paciente con un traumatismo penetrante o por mordedura en los genitales externos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente el manejo de estas lesiones según la evidencia actual?

a) En las mordeduras humanas, además de la limpieza local, se debe ofrecer profilaxis post-exposición para el VIH y la vacuna o inmunoglobulina de la Hepatitis B por el riesgo real de transmisión viral.
b) Ante una amputación peneana completa, el miembro recuperado debe sumergirse directamente en agua con hielo picado para frenar la isquemia antes de intentar la reimplantación microquirúrgica.
c) Las heridas penetrantes en el escroto dañan ambos testículos con muy poca frecuencia, reportando una tasa de afectación bilateral de apenas el 1%, idéntica a la de los traumatismos cerrados.
d) Si el paciente presenta una pérdida moderada de piel en el cuerpo del pene, la reconstrucción debe realizarse con injertos de espesor muy fino (menores a 0.2 mm) para minimizar la retracción cicatricial posterior.

160. ¿Cuál de las siguientes opciones es correcta respecto a la fractura de pene y las llamadas "falsas fracturas"?

a) El grosor de la túnica albugínea se mantiene constante tanto en estado de flacidez como de erección (aproximadamente 2 mm), siendo el aumento de la presión intracavernosa el único determinante de su rotura.
b) La presencia de un sonido de chasquido o estallido (cracking/popping sound), la detumescencia lenta del pene y la ausencia de desviación del eje son los signos más sensibles para diagnosticar una falsa fractura de pene.
c) El traumatismo cerrado sobre el pene flácido no suele desgarrar la túnica albugínea, y el hematoma subcutáneo tras el coito sin rotura asociada de dicha túnica debe manejarse de forma conservadora con analgésicos no esteroideos y hielo.
d) El manejo conservador de una fractura de pene real es la estrategia recomendada a largo plazo, ya que la cirugía inmediata duplica el riesgo de incurvación residual, fibrosis local y disfunción eréctil.



161. En el contexto del traumatismo escrotal cerrado, existen directrices claras para diferenciar las indicaciones de manejo conservador frente a la exploración quirúrgica. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Un patrón ecográfico heterogéneo del parénquima testicular acompañado de la pérdida de definición del contorno es un hallazgo radiológico altamente sensible y específico para la rotura testicular.
b) Todos los hematoceles secundarios a un traumatismo cerrado deben explorarse quirúrgicamente de urgencia dentro de las primeras 24 horas, independientemente de su tamaño en comparación con el teste contralateral.
c) El manejo no quirúrgico (conservador) de los grandes hematoceles ofrece tasas de preservación testicular idénticas a la cirugía temprana, evitando someter a la persona paciente a orquiectomías innecesarias.
d) La fuerza mínima necesaria para comprimir el testículo contra la rama púbica inferior o la sínfisis y provocar una rotura real de la túnica albugínea es de aproximadamente 5 kg.

162. En relación con la epidemiología, factores de riesgo y tasas de recurrencia de la urolitiasis, elige la opción correcta:

a) El riesgo de recurrencia está determinado por la enfermedad subyacente, estimándose una tasa de recurrencia del 26% a los cinco años para los formadores de cálculos por primera vez, mientras que una enfermedad altamente recurrente se observa en algo más del 10% de los pacientes.
b) La brecha histórica en la relación hombre:mujer se ha ampliado significativamente en la última década, estimándose de 4:1.
c) El incremento global en la prevalencia de litiasis de whewellita muestra correlación inversa con el aumento de índice de masa corporal y la diabetes mellitus tipo 2 debido al aclaramiento renal compensatorio de citrato.
d) La prevalencia de la urolitiasis en naciones industrializadas de Europa occidental y Norteamérica ha pasado a ser un fenómeno clínico excepcional (alrededor del 3-4%) debido al acceso universal a la potabilización del agua y la reducción de las jornadas laborales en ambientes de estrés térmico.

163. En la evaluación diagnóstica inicial de una persona paciente con sospecha de nefrolitiasis o cólico nefrítico agudo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se alinea con las recomendaciones de primera línea?

a) La ecografía genitourinaria debe utilizarse como modalidad de imagen inicial primaria; aunque su sensibilidad para la detección directa de litiasis ureteral es modesta (aproximadamente del 45%), posee un alto valor predictivo para identificar signos obstructivos indirectos como la ectasia pielocalicial.
b) La ecografía Doppler color de las arterias arcuatas renales permite prescindir de cualquier estudio tomográfico posterior si el índice de resistividad (IR) es inferior a 0.70, confirmando de manera específica la ausencia de obstrucción ureteral completa de más de 48 horas de evolución.
c) Resonancia magnética como primera línea para ver densidad del cálculo.
d) La tomografía computarizada helicoidal sin contraste (NCCT) es la herramienta recomendada de primera línea en la evaluación inicial de urgencias de toda paciente



gestante, debido a que los protocolos de baja dosis mitigan por completo el riesgo estocástico fetal por radiación ionizante.

164. Con respecto a estos factores de riesgo descritos en el temario, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) El padecimiento de sarcoidosis, el antecedente de lesión de la médula espinal (vejiga neurógena) y el hiperparatiroidismo están clasificados como enfermedades directamente asociadas a la formación de cálculos de alto riesgo.
b) La presencia de un riñón solitario es un factor que, por sí mismo, incrementa de manera intrínseca y directa la probabilidad fisiológica de que el paciente forme nuevos cálculos renales.
c) Ciertas anomalías anatómicas del tracto urinario, tales como el riñón en herradura, el divertículo calicial, el ureterocele y el reflujo vesicoureteral, actúan como factores predisponentes para la urolitiasis.
d) Entre los factores de riesgo de origen ambiental y laboral con evidencia documentada en las guías, se especifican la exposición crónica al plomo, cadmio y las temperaturas ambientales elevadas.

165. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe correctamente un factor metabólico implicado en la formación de estos cálculos?

a) La excreción urinaria normal de cistina se mantiene inalterada y dentro de los rangos de la normalidad siempre que los niveles en la orina de 24 horas superen los 0.125 mmol/día.
b) El hallazgo de un pH urinario persistentemente alcalino (superior a 6.5) es la condición indispensable y el motor fisiopatológico que desencadena la detención y cristalización del ácido úrico.
c) El desarrollo de un pH urinario bajo de forma mantenida (pH < 6) es una alteración estrechamente vinculada a condiciones metabólicas sistémicas como la resistencia a la insulina y el síndrome metabólico.
d) La quimioterapia y el síndrome de lisis tumoral inducido por tratamiento actúan reduciendo drásticamente la producción endógena de urato a nivel plasmático y urinario.

166. Con respecto a las condiciones fisicoquímicas urinarias y los factores microbiológicos que gobiernan la precipitación microbiana y la cristalización de los componentes de los cálculos de infección (estruvita y otros minerales), señala la opción correcta:

a) Las bacterias productoras de ureasa facultativas, tales como Proteus mirabilis y Corynebacterium urealyticum, representan más de la mitad de todas las infecciones del tracto urinario ureasa-positivas.
b) La presencia de un cálculo de estruvita mixto, con un alto porcentaje de oxalato de calcio, es indicativo de una mutación monogénica subyacente que altera el transporte de disulfuros en el túbulo contorneado proximal.
c) Cepas comunes de Escherichia coli, Pseudomonas aeruginosa y Enterococcus spp. poseen una capacidad intrínseca y constante de producción de ureasa en más del 25% de los aislamientos clínicos rutinarios.



d) El fosfato de calcio en forma de carbonato apatita inicia su proceso de cristalización a un umbral de pH urinario de 6.8, mientras que la estruvita requiere obligatoriamente un ambiente aún más alcalino, precipitando únicamente a un pH > 7.2.

167. En relación con las medidas de prevención (profilaxis) dietéticas y farmacológicas recomendadas por las guías de la EAU para evitar la recurrencia de los cálculos de cistina y ácido úrico, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) En las personas pacientes formadores de cálculos de cistina, se considera suficiente mantener una diuresis habitual con un volumen de orina de entre 1.5 y 2 litros al día.
b) Para las personas pacientes con litiasis de cistina, se aconseja una restricción de sodio en la dieta (evitando un consumo mayor a 2 gramos al día), ya que esta medida resulta más fácil de cumplir y más efectiva para reducir la cistina urinaria que limitar las proteínas.
c) El uso de agentes para acidificar la orina (como el cloruro de amonio) cuenta con una recomendación de fuerza fuerte para disolver de forma inmediata los cálculos de ácido úrico.
d) La profilaxis médica en la litiasis por ácido úrico prohíbe de forma absoluta el uso de alopurinol, debiendo alcanzarse un pH urinario superior a 8.5 en todos los pacientes mediante la dieta.

168. Con respecto a las indicaciones y selección de procedimientos para el tratamiento activo de los cálculos localizados en la pelvis renal o en los cálices superiores/medios, señala la afirmación correcta según las guías de la EAU:

a) La eficacia de la nefrolitotomía percutánea se ve drásticamente reducida a medida que aumenta el tamaño del cálculo, por lo que no se aconseja en masas litiásicas grandes.
b) Los cálculos mayores de 20 mm deben ser tratados principalmente mediante nefrolitotomía percutánea, ya que las técnicas endoscópicas retrógradas (RIRS) no se recomiendan de primera línea al asociarse a una menor tasa de éxito y requerir procedimientos en etapas.
c) Para piedras de entre 10 y 20 mm, la nefrolitotomía percutánea mínimamente invasiva ofrece menor tasa de éxito de eliminación de fragmentos que la cirugía retrógrada, aunque disminuye el riesgo de sangrado.
d) Las guías prohíben por completo combinar la técnica percutánea (PCNL) con la retrógrada (RIRS) en el manejo de cálculos complejos debido a una tasa inaceptable de mortalidad.



169. En relación con el tratamiento de los cálculos en el polo inferior renal, se conocen varios factores anatómicos y físicos que pueden impedir o dificultar el éxito de la litotricia por ondas de choque (ESWL). ¿Cuál de las siguientes opciones detalla correctamente estos factores limitantes?

a) Un ángulo infundíbulo-pélvico muy abierto (obtuso) y un infundíbulo excesivamente ancho.
b) Presentar una distancia piel-cálculo muy corta junto con un cáliz de longitud reducida.
c) Un ángulo infundíbulo-pélvico empinado-cerrado, un cáliz largo, una gran distancia piel-cálculo, un infundíbulo estrecho o que se trate de piedras resistentes (como las de cistina o brushita).
d) El desarrollo de cálculos puros de ácido úrico, ya que estos muestran una densidad tomográfica homogénea superior a las 1,500 Unidades Hounsfield (HU).

170. Tras el fracaso del tratamiento con litotricia por ondas de choque extracorpórea (ESWL) en cálculo ureteral, ¿qué estrategia escalonada es más correcta?

a) Repetir ESWL una vez o pasar a URS; tras 2 fracasos de SWL, ofrecer ureterorrenoscopia (URS) como alternativa definitiva.
b) Repetir ESWL indefinidamente hasta aclaramiento.
c) Evitar URS por completo por mayor riesgo anestésico “siempre”.
d) Pasar directamente a cistectomía.

171. De acuerdo con la evidencia y las recomendaciones actuales sobre el manejo quirúrgico del carcinoma de células renales (CCR) localmente avanzado con afectación ganglionar o afectación tromboembólica venosa, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La linfadenectomía extendida sistemática en pacientes con sospecha de afectación macroscópica (cN1) ha demostrado de forma consistente en ensayos clínicos aleatorizados prolongar significativamente la supervivencia global.
b) En pacientes programados para cirugía de CCR con trombo tumoral venoso, se recomienda realizar un estudio de imagen preoperatorio en un plazo de una a dos semanas previo a la intervención debido al riesgo de progresión rápida del trombo.
c) El abordaje robótico de la trombectomía de la vena cava inferior (VCI) se considera actualmente la técnica de elección universal para cualquier nivel de extensión del trombo (niveles I a IV de la clasificación de Mayo), superando al abordaje abierto en supervivencia global.
d) En casos de ganglios clínicamente negativos (cN-) detectados en los estudios de imagen, la linfadenectomía de estadiaje regional está fuertemente recomendada de forma sistemática con el fin de mejorar el control local de la enfermedad.



172. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe de manera correcta la correlación genotipo-fenotipo y las directrices de manejo?

a) En el síndrome de von Hippel-Lindau (VHL), la indicación de tratamiento quirúrgico se debe diferir de forma segura mediante vigilancia activa hasta que el tumor de mayor tamaño alcance los 3 cm de diámetro.
b) Los síndromes hereditarios representan entre el 15 % y el 20 % de todos los casos de carcinoma de células renales, y la mayoría de estos tumores se detectan en pacientes mayores de 60 años.
c) En el carcinoma renal con deficiencia de fumarato hidratasa (FH-deficient RCC), dada la naturaleza indolente de sus lesiones papilares, se recomienda una estrategia de vigilancia activa prolongada hasta que el diámetro tumoral supere los 4 cm.
d) El carcinoma renal papilar hereditario (HPRCC), ligado a alteraciones en el gen MET, se asocia característicamente a manifestaciones extrarrenales sistémicas graves como feocromocitomas y quistes pancreáticos.

173. ¿Cuál es la indicación prioritaria y con nivel de recomendación fuerte para la realización de una biopsia de masa renal (RMB) percutánea en el escenario de un tumor renal sólido localizado?

a) Como procedimiento histológico obligatorio previo a la ejecución de terapias de ablación térmica (crioablación o radiofrecuencia) en masas renales pequeñas, con el fin de confirmar la malignidad, determinar el subtipo histológico y estratificar el grado nuclear.
b) Como herramienta de cribado sistemático en masas corticales sólidas resecables con sospecha radiológica de benignidad (como el oncocitoma), con el objetivo de anular la indicación de una nefrectomía parcial planificada si la muestra de la biopsia inicial no evidencia atipias celulares.
c) Como abordaje diagnóstico de primera línea en masas renales sólidas localmente avanzadas o voluminosas clasificadas como cT1b o cT2, antes de la realización de una nefrectomía radical o parcial abierta o mínimamente invasiva ya programada.
d) Como técnica de confirmación molecular en lesiones quísticas complejas catalogadas como Bosniak III o IV, para asegurar la celularidad maligna y evitar la enucleación quirúrgica en quistes con sospecha de carcinoma de células claras quístico.

174. En el escenario de carcinoma renal de células claras metastásico de debut (de novo), clasificado como de riesgo intermedio o deficiente según los criterios IMDC, ¿cuál de las siguientes combinaciones se considera estándar de cuidado (standard of care) en primera línea según la actualización de las guías EAU 2026?

a) Sunitinib en monoterapia.
b) Pembrolizumab más axitinib.
c) Pazopanib en monoterapia.
d) Belzutifan más everolimus.



175. Un varón de 58 años debuta con un carcinoma renal de células claras metastásico con metástasis pulmonares y óseas bilaterales (riesgo intermedio según criterios IMDC). De acuerdo con el algoritmo de la EAU 2026, inicia tratamiento sistémico estándar con una combinación de doble inmunoterapia (nivolumab/ipilimumab). A los 6 meses de tratamiento, la TC de control muestra una excelente respuesta parcial con una reducción del 40% de la carga metastásica y estabilidad de la masa renal primaria. El paciente mantiene un ECOG 0. ¿Cuál es la recomendación actual respecto a plantear una nefrectomía citorreductora en este momento?

a) Debe desaconsejarse por completo, ya que los estudios demuestran que, una vez iniciado el tratamiento con combinaciones de inmunoterapia, la cirugía del tumor primario no aporta ningún beneficio en la supervivencia y eleva la morbilidad de forma inaceptable.
b) Está indicada de forma obligatoria e inmediata en todos los pacientes de riesgo intermedio o deficiente que alcancen la remisión completa de las lesiones metastásicas de forma exclusiva.
c) Se debe discutir y considerar la realización de una nefrectomía citorreductora diferida en aquellas personas pacientes que demuestren un beneficio clínico (estabilización o respuesta) con el tratamiento sistémico previo.
d) La nefrectomía diferida sólo se contempla si el tratamiento sistémico inicial hubiera sido monoterapia con un inhibidor de tirosina quinasa (como sunitinib), estando contraindicada si se emplearon combinaciones de inmunoterapia (IO/IO o IO/TKI).

176. Un paciente varón de 65 años presenta hematuria macroscópica. Se realiza una TC-urografía que sugiere una lesión sospechosa en el uréter distal izquierdo. La citología de la orina miccional es negativa para células neoplásicas de alto grado. Al evaluar la necesidad de realizar una ureteroscopia (URS) diagnóstica con toma de biopsia dirigida, ¿cuál de las siguientes afirmaciones se alinea con la evidencia y recomendaciones actuales?

a) La realización de una URS con biopsia concomitante es el método ideal porque aporta una estadificación de estadio clínico exacta sin alterar el riesgo de recurrencia futura.
b) La realización de una URS con biopsia concomitante incrementa de forma significativa el riesgo de posterior recurrencia intravesical, sin impactar de forma negativa en la supervivencia global (OS).
c) La toma de biopsia por URS permite determinar el grado tumoral en menos del 50% de los casos debido al tamaño reducido de las pinzas de endourología.
d) La realización de la URS aislada (inspección pura sin biopsia) está clasificada por la guía como la principal causa de metástasis extra-tracto urinario a corto plazo.



177. De acuerdo con los criterios de estratificación de riesgo de la actualización EAU 2026 para el carcinoma urotelial del tracto urinario superior (UTUC) no metastásico, ¿cuál de las siguientes combinaciones de hallazgos clínicos clasifica a un paciente incontestablemente dentro del grupo de "Alto Riesgo" (High-risk UTUC) debido a la presencia de un criterio fuerte?

a) Un tumor unifocal de la pelvis renal, de 3.5 cm de diámetro, con biopsia por ureteroscopia (URS) compatible con bajo grado y sin signos de invasión en la tomografía axial computarizada (TC).
b) Un tumor multifocal en el uréter, con un tamaño de 1.5 cm, hidronefrosis asociada y citología de orina miccional negativa para alto grado.
c) Un tumor unifocal, menor de 2 cm, con una TC-urografía que reporta una sospecha clara de invasión del tejido periureteral, a pesar de una citología negativa.
d) Un tumor unifocal en la pelvis renal, de 1.8 cm de diámetro, con citología negativa y biopsia por URS que reporta únicamente bajo grado con sospecha de obstrucción.

178. La instilación postoperatoria de quimioterapia intravesical juega un papel crucial en la prevención de la recurrencia tumoral tras el manejo quirúrgico del carcinoma urotelial del tracto urinario superior. ¿En cuál de los siguientes escenarios clínicos está indicado administrar una dosis postoperatoria única de quimioterapia intravesical?

a) Únicamente en personas pacientes con tumores de alto riesgo (High-risk UTUC) sometidas a quimioterapia neoadyuvante sistémica basada en cisplatino.
b) Como tratamiento adyuvante de rutina tras la confirmación histológica de afectación ganglionar locorregional positiva (pN+).
c) Tanto en pacientes con UTUC de bajo riesgo como de alto riesgo tras la realización de una nefroureterectomía radical (RNU).
d) Exclusivamente en pacientes que experimentan una progresión tumoral sistémica mientras reciben inmunoterapia de mantenimiento con avelumab.

179. Al analizar los datos epidemiológicos globales y europeos de las variantes de cáncer de vejiga no músculo-invasivo (NMIBC, estadios Ta, T1 y CIS), ¿cuál de las siguientes afirmaciones describe de manera exacta la distribución, tendencias o características de prevalencia de esta patología?

a) Las personas pacientes jóvenes menores de 40 años presentan una proporción de enfermedad confinada a la mucosa o submucosa (Ta, T1 o CIS) significativamente inferior al 75% reportado en la población general.
b) En la Unión Europea, la tasa de incidencia estandarizada por edad (por cada 100,000 personas/año) es de 9.3 para los hombres y de 2.4 para las mujeres, igualándose a las tasas globales.
c) El descenso en la incidencia y mortalidad por cáncer de vejiga observado en países de Asia, Oceanía y las Américas se atribuye metodológicamente al aumento del uso de cigarrillos de bajo contenido de alquitrán.
d) Las personas pacientes con estadios Ta, T1 y CIS presentan una alta prevalencia de la enfermedad debido a su supervivencia a largo plazo y a un menor riesgo de mortalidad específica por cáncer en comparación con los estadios T2-4.



180. Con los datos consolidados en la literatura, ¿cuál de las siguientes opciones describe correctamente la asociación patogénica de uno de estos factores?

a) Los cigarrillos de bajo contenido de alquitrán (low-tar cigarettes) reducen el riesgo relativo de desarrollar cáncer urotelial a la mitad en comparación con el tabaco clásico.
b) La vía metabólica de detoxificación celular gobernada principalmente por la enzima glutatión S-transferasa 1 (GSTM1) ejerce un papel clave en la susceptibilidad genética de la enfermedad.
c) Las personas trabajadoras de la industria química de países desarrollados mantienen hoy en día una incidencia significativamente superior de cáncer de vejiga respecto a la población general debido a los hidrocarburos clorados.
d) El consumo regular de té en la población masculina ejerce un efecto protector biológico intrínseco y directo, completamente independiente del historial de tabaquismo del sujeto.

181. Un varón de 59 años, exfumador intensivo y con antecedentes de exposición laboral a gases de escape de motores diésel, es sometido a una resección transuretral de una masa vesical (RTU-V). El patólogo remite un informe definitivo detallando la presencia de un carcinoma urotelial con un 8% de un componente de diferenciación micropapilar. El tumor compromete la mucosa y se observa infiltración focal del tejido conectivo subepitelial (lámina propria), sin afectación de la capa muscular propia en la muestra analizada. De acuerdo con la clasificación TNM (UICC 9.ª edición) y los criterios anatomopatológicos de la OMS 2022, ¿cómo debe ser clasificado y manejado formalmente este tumor?

a) Estadio T1, bajo grado (LG), dado que la variante micropapilar representa menos del 10% del espécimen histológico total escindido.
b) Estadio Ta, alto grado (HG), debiéndose emplear obligatoriamente el término clínico de "cáncer de vejiga superficial de alto riesgo" en el informe médico.
c) Estadio T1, alto grado (HG), ya que la OMS 2022 establece que todas las variantes arquitecturales/subtipos se consideran de alto grado si superan el 5% de componente HG.
d) Estadio T2a, bajo grado (LG), requiriendo de forma inmediata una cistectomía radical por invasión histológica aberrante de la lámina submucosa.

182. ¿Qué ajustes son los preferidos para tratar una litiasis ureteral con láser holmio?

a) 0.6J 6Hz.
b) 0,6J 10Hz.
c) 1.0J 10Hz.
d) 1.2J 10Hz.

183. ¿Qué porcentaje de neonatos/as con un mielomeningocele tiene un tracto urinario superior normal en la ecografía al mes de nacer?

a) 45%.
b) 60%.
c) 75%.



d) 85%.

184. Una mujer de 76 años presenta sangrado uretral intermitente y una masa de 0,7 cm. En el meato uretral. La biopsia es positiva para carcinoma de células escamosas en estadio a. No existen adenopatías inguinales y una ulterior evaluación metastásica resulta negativa. El tratamiento más apropiado es:

a) Exenteración pélvica anterior con derivación urinaria.
b) Resección transuretral de la lesión y radioterapia adyuvante.
c) Uretrectomia parcial y linfadenectomia inguinal bilateral.
d) Uretrectomia parcial.

185. ¿Cuál de los siguientes enunciados confirma el diagnóstico de esclerosis tuberosa?

a) Angiomiolipoma renal, múltiples quistes renales.
b) Polipos hamartomatosos rectales y adenomas sebáceos cutáneos.
c) Múltiples quistes renales, fibrosis hepática y feocromocitoma.
d) Angiomiolipoma renal y rabdomioma cardiaco.

186. En personas pacientes neonatas con riñón multiquístico unilateral, ¿cuál es la incidencia de reflujo vesicoureteral contralateral?

a) Entre un 7 y un 15%.
b) Entre un 18 y 43%.
c) Entre 50 al 67%.
d) 0% al 7%.

187. Un varón de 63 años con historia prolongada de estenosis de uretra, presenta un absceso periuretral de gran tamaño. El absceso y los tejidos circundantes se desbridan hasta la uretra bulbar profunda. El estudio anatomopatológico demuestra inflamación aguda y crónica. El paciente es continente, sin embargo, cuando micciona se moja el lecho del absceso. Después de tres semanas, existe un tejido de granulación mínimo. El siguiente paso debiera ser:

a) Uretroplastia con implantación de colgajo.
b) Sonda uretral permanente y reevaluación.
c) Colgajo miocutáneo de cobertura.
d) Cistostomia suprapúbica y biopsias repetidas.

188. "Watchful waiting" en el cáncer de próstata, es una opción apropiada para varones con:

a) Edad igual o mayor a 70 años.
b) Nivel de PSA menor de 10ng/ml.
c) Tener una esperanza de vida ≤10 años y un cáncer de próstata bien o moderadamente diferenciado.
d) Todas las anteriores.



189. De cara a una recuperación precoz de la continencia. ¿Qué factor es más importante tras la cirugía radical prostática?

a) Edad de la persona paciente.
b) Cirugía con neuropreservación de bandeletas.
c) Preservación de cuello.
d) Todas.

190. En relación con el "PSA bounce" podemos afirmar que:

a) Debe tratarse de forma inmediata con deprivación androgénica.
b) Se asocia al tratamiento con Radioterapia externa.
c) No puede exceder a un valor de PSA > 1 ng/ml tras radioterapia.
d) Ocurre durante los dos primeros años tras la radioterapia.

191. El riñón normal de un adulto varón de mediana edad pesa aproximadamente:

a) 1.200 g.
b) 150 g.
c) 50 g.
d) 300 g.

192. Una lobulación fetal persistente localizada en el riñón de una persona paciente adulta indica:

a) Una anomalía congénita.
b) Indica una secuela de infección renal en la infancia.
c) Se observa exclusivamente en la uropatía obstructiva de bajo grado.
d) Es un hallazgo normal.

193. ¿Cuál es la causa más frecuente de hematuria macroscópica en una persona paciente mayor de 50 años?

a) Expulsión de un cálculo.
b) Neoplasia del tracto urinario.
c) Prostatitis.
d) Hiperplasia benigna de Próstata.

194. ¿Cuál es la causa más frecuente de pérdida continua de orina, en todo momento y en todas las posiciones?

a) Fistula entero-vesical.
b) Hiperreflexia del Detrusor.
c) Fistula vesico-vaginal.
d) Incompetencia esfinteriana.



195. Un varón de 45 años con litiasis de oxalato muestra en orina de 24 h valores de 1,8 mml/día de oxálico. El tratamiento que emplearías es:

a) Piridoxina.
b) Citrato potásico únicamente, más incremento de líquidos.
c) Hidroclorotiazida más clortalidona.
d) Esos valores de oxaluria están en el rango de la normalidad y no permiten tomar decisiones.

196. Los valores en orina de 24 h de una persona paciente con litiasis de repetición de oxalato indican una calciuria de 6 mmol/d y citrato de 1,2 mmol/d:

a) Iniciaría tratamiento con ingesta abundante de líquidos y citrato potásico.
b) Iniciaría tratamiento con ingesta abundante de líquidos, citrato potásico e hidroclorotiazida.
c) Piridoxina a la dosis de 5 mg/kg/día.
d) Mantendría en vigilancia con tratamiento sintomático.

197. En una persona paciente con litiasis de carbonato de apatita, la orina de 24 h muestra unos valores de calciuria normales, con calcio en sangre normal y un pH urinario de 6,8:

a) Iniciaría tratamiento con citrato potásico e hidroclorotiazida.
b) Descartaría un hiperparatiroidismo y, de ser así, iniciaría tratamiento con hidroclorotiazida y clortalidona.
c) Descartaría acidosis tubular renal e iniciaría tratamiento con L-metionina, hasta1.500 mg/día.
d) Iniciaría tratamiento con alopurinol más citrato potásico.

198. Una mujer de 54 años, sometida a cirugía bariátrica hace 4 años, presenta crisis renoureterales de repetición, demostrándose la presencia de una hiperoxaliuria en orina de 24 h. Lo más correcto es:

a) Acidificar la orina para reducir la precipitación oxalocálcica.
b) Incluir en la dieta verduras de hoja verde.
c) Reducir la ingesta de grasa, aumentar líquidos y emplear suplementos cálcicos en las comidas.
d) a) y c) son correctas.

199. Señala la respuesta correcta en relación con el estudio de orina de 24 h:

a) Se requiere de la obtención de dos muestras consecutivas de orina de 24 h.
b) Es imprescindible mantener las muestras a menos de 8 ºC para evitar el sobrecrecimiento bacteriano.
c) Está indicada su realización después del primer episodio de crisis renoureteral en todos los casos.
d) a) y b) son ciertas.



200. ¿Cuál de los siguientes factores no predispone a la formación de litiasis de estruvita?

a) Vejiga neurógena.
b) Duplicidad pieloureteral incompleta sin reflujo vesicoureteral.
c) Derivación urinaria continente.
d) Cistocele.

201. ¿Cuál de los siguientes tipos de litiasis no se relaciona en su origen con las infecciones urinarias?

a) Carbonato cálcico.
b) Fosfato cálcico.
c) Fosfato amónico magnésico.
d) Urato amónico.

202. Diferentes fármacos son capaces de inducir el desarrollo de litiasis. ¿Cuál de los siguientes es capaz de cristalizar en la orina y formar un cálculo?

a) Quinolonas.
b) Digoxina.
c) Metronidazol.
d) Simvastatina.

203. Una mujer de 28 años, embarazada de 2 meses, acude a urgencias por un cólico nefrítico bilateral, con fiebre de 38 ºC y alteración de la función renal (Cr 2,5 mg%). En este caso, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La primera exploración de imagen a realizar será una ECO abdominal y genitourinaria.
b) Podríamos emplear la RNM como exploración alternativa antes de practicar una derivación urinaria.
c) Se puede emplear un TAC simple de baja dosis en caso de que las alternativas previas no fueran suficientes.
d) Todas las respuestas anteriores son correctas.

204. En pacientes con un trastorno hemorrágico no corregido o que reciben terapia antitrombótica, los siguientes procedimientos se asocian con un riesgo elevado de hemorragia o hematoma perirrenal, con EXCEPCION de:

a) Cirugía intrarrenal retrógrada.
b) Nefrolitotomía percutánea.
c) Litofragmentación extracorpórea.
d) Colocación de una nefrostomía percutánea.



205. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es cierta en relación con el carcinoma urotelial de la uretra prostática?

a) En pacientes con carcinoma no invasivo o carcinoma in situ de la uretra y los conductos prostáticos, el tratamiento es la resección transuretral e instilaciones de BCG.
b) En pacientes con carcinoma uretral no invasivo o carcinoma in situ, es precisa una RTU de la próstata antes del tratamiento con BCG, para mejorar la respuesta.
c) En pacientes sin respuesta a un primer ciclo de BCG, un segundo ciclo permite el rescate del 30 % de los casos.
d) Los pacientes con invasión estromal o de los ductos prostáticos precisan de cistoprostatectomía radical con linfadenectomía pelviana extendida.

206. Una lesión urotelial vesical que infiltra la capa muscular superficial en la RTU y que presenta dos ganglios, de 1,8 y 2,3 cm de eje corto en la iliaca común derecha en el TAC, se corresponde con un estadio:

a) T2aN3M0.
b) pT2bN2Mx.
c) pT2aN2M0.
d) T2aN2M0.

207. Una de las siguientes lesiones no está incluida en los subtipos aceptados para el carcinoma urotelial:

a) Carcinoma urotelial micropapilar.
b) Carcinoma urotelial macrotubular.
c) Variedad plasmocitoide.
d) Variante microquística anidada.

208. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al manejo de los tumores vesicales musculoinfiltrantes (TVMI) no es correcta?

a) La terapia neoadyuvante tiene un impacto claro en la supervivencia global, especialmente en pacientes que muestran respuesta completa (pT0N0).
b) La terapia neoadyuvante se ha de ofrecer en pacientes T2-4a cN0-1 M0, y ha de basarse en el uso de cisplatino.
c) No se ha de ofrecer terapia adyuvante a pacientes no aptos para la terapia de cobinación con cisplatino.
d) La inmunoterapia adyuvante se puede emplear en pacientes seleccionados.



209. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto al manejo de los tumores vesicales musculoinfiltrantes metastásicos no es correcta?

a) La quimioterapia basada en platino, en pacientes con buen "performance status" y afectación nodal consigue supervivencias superiores al año en el 15 % de los casos.
b) Enfortumab vedotin tras quimioterapia previa con platino y la inmunoterapia con inhibidores de puntos de control no ha demostrado un beneficio de supervivencia significativo en comparación con la quimioterapia.
c) No hay un esquema estándar de tratamiento con quimioterapia para las personas pacientes "unfit".
d) Avelumab ha demostrado un beneficio significativo en la SG en pacientes 1b que logran al menos una enfermedad estable con quimioterapia de primera línea basada en platino.

210. Uno de los siguientes es un criterio de exclusión para el tratamiento conservador electivo de los tumores de vía urinaria:

a) Localización en uréter medio.
b) Lesión papilar de bajo grado de 2 cm.
c) Citologías selectivas de alto grado.
d) Localización calicial.

211. En relación con la realización de una nefroureterectomía por un tumor urotelial piélico de 18 mm, con citologías de alto grado y aspecto infiltrante en URO-TAC, señala la respuesta INCORRECTA:

a) El procedimiento de desinserción endoscópica del uréter demuestra similares resultados oncológicos a los obtenidos con la escisión del rodete vesical.
b) No está indicada la realización de linfadenectomía hiliar.
c) Los resultados de la técnica laparoscópica, robótica y abierta parecen converger en términos de evolución oncológica.
d) Es necesario mantener el principio quirúrgico de evitar abrir la vía urinaria, excepto cuando se realiza una escisión del manguito de la vejiga y solo después de un clampaje previo del uréter y drenaje completo de la vejiga.

212. Una mujer de 62 años es diagnosticada de un carcinoma urotelial papilar TaG3 en enero de 2019. Se inicia un ciclo de inducción de BCG, que se completa, y un esquema de mantenimiento trimestral. A los 17 meses del primer diagnóstico se documenta una recidiva vesical de alto grado. Estamos ante un caso de:

a) Refractariedad a la BCG (BCG refractory).
b) Intolerancia a BCG (BCG intolerance).
c) Reincidencia precoz (early relapsing).
d) Reincidencia tardía (late relapsing).



213. ¿Cuál de los siguientes son los mejores candidatos para la reconstrucción uretral con conservación de los vasos bulbares?

a) Hombre joven con estenosis de uretra bulbar proximal de menos de 2 cm.
b) Reconstrucción anterior de uretra bulbar fallida.
c) Estenosis de uretra bulbar proximal en pacientes previamente reconstruídos con hipospadias.
d) b) y c).

214. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) En pacientes con tumores de riesgo intermedio y alto, la BCG intravesical después de la RTU reduce el riesgo de recurrencia del tumor; es más eficaz que la TURB sola o la TURB y la quimioterapia intravesical.
b) Para una eficacia óptima, BCG debe administrarse en un programa de mantenimiento.
c) El mantenimiento de tres años es más efectivo que el de un año para prevenir la recurrencia en pacientes con tumores de alto riesgo, pero no en pacientes con tumores de riesgo intermedio.
d) Todas son correctas.

215. Paciente con cáncer renal metastásico y riesgo de IMDC (Consorcio Internacional de la Base de Datos de CCR metastásico) intermedio, ¿cuál de estos tratamientos no está recomendado en primera línea?

a) Nivolumab/cabozantinib.
b) Pembrolizumab/axitinib.
c) Nivolumab/ipilimumab.
d) Sunitinib.

216. Una persona paciente de 38 años es diagnosticada de un seminoma puro con metástasis hepáticas múltiples, una metástasis cerebral y LDH de 3800 ULN se corresponde con:

a) Persona paciente encuadrada en el grupo de buen pronóstico.
b) Persona paciente encuadrada en el grupo de pronóstico intermedio.
c) Persona paciente en el grupo de mal pronóstico.
d) Ninguno de los anteriores.

217. Una de las siguientes afirmaciones no es correcta:

a) En el estadiaje del tumor de testículo se recomienda la realización de un TAC toraco abdominopélvico con contraste antes de la orquiectomía o inmediatamente después de la misma.
b) El PET-TAC con deoxiglucosa se está comenzando a emplear como un estándar en el estadiaje inicial del tumor testicular en detrimento del TAC.
c) Se recomienda el empleo de RNM escrotal cuando el estudio ecográfico no sea concluyente.



d) La alfafetoproteína sérica (AFP), la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (β-hCG) y la LDH deben ser determinadas antes y después de la orquidectomía.

218. Una de las siguientes afirmaciones no es correcta en relación con los tumores de células de Leydig:

a) Se suelen presentar como tumores metastásicos de inicio.
b) Se suelen acompañar de manifestaciones hormonales, incluida la ginecomastia.
c) No es preciso tratamiento adyuvante, aunque la tasa de recaída local es del 7 %.
d) La supervivencia de los varones con enfermedad metastásica es escasa, pero se han comunicado respuestas ocasionales al tratamiento quirúrgico y sistémico.

219. Una persona paciente de 27 años es diagnosticada de un tumor no seminomatoso con afectación retroperitoneal múltiple. Tras la orquiectomía, se inicia tratamiento con BEP, que es completado con buena tolerancia. Al mes del inicio del último ciclo, se aprecia en el TAC de control una masa residual de 15 mm en el eje mayor. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta?

a) La probabilidad de tumor viable es del 6 %, por lo que es necesario cirugía exclusivamente de la masa residual, que de modo ideal se realizará entre 6 y 8 semanas del último ciclo.
b) La probabilidad de tumor viable es del 6 %, por lo que es posible iniciar una estrecha vigilancia con PET-FDG para evaluar viabilidad, antes de proponer una cirugía.
c) Es necesario la realización de una linfadenectomía retroperitoneal que puede ser ipsilateral, que de modo ideal se realizará entre 6 y 8 semanas del último ciclo.
d) Es precisa la realización de una linfadenectomía retroperitoneal bilateral, que de modo ideal se realizará entre 6 y 8 semanas del último ciclo.

220. Cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta respecto a las recomendaciones de la biopsia prostática:

a) Realizar la biopsia de próstata a través del abordaje transperineal debido al menor riesgo de complicaciones infecciosas.
b) Utilizar asepsia de rutina para la piel perineal en la biopsia transperineal.
c) Utilizar lavado rectal con iodopovidona en los hombres antes de la biopsia de próstata transrectal.
d) Utilizar fluoroquinolonas para la biopsia de próstata de acuerdo con la decisión final EMEA/H/A-31/1452 de la Comisión Europea.

221. En cuanto al estado de salud y esperanza de vida en el cáncer de próstata, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) Utilizar esperanza de vida individual, estado de salud y comorbilidad en el manejo del CaP.
b) Utilizar las herramientas de Geriatric-8, mini-COG y la escala de fragilidad clínica para la detección del estado de salud.



c) Realizar una evaluación geriátrica completa de especialista en pacientes con un puntaje G8 >14.
d) Ofrecer terapia dirigida a síntomas exclusiva a pacientes frágiles.

222. La persistencia de PSA después de la prostatectomía radical, viene definida en la mayoría de los estudios como:

a) Igual o mayor de 0,1 ng/mL de 4 a 8 semanas de la cirugía.
b) Igual o mayor de 0,2 ng/mL de 4 a 8 semanas de la cirugía.
c) Igual o mayor de 0,3 ng/mL de 4 a 8 semanas de la cirugía.
d) Igual o mayor de 0,4 ng/mL de 4 a 8 semanas de la cirugía.

223. En la vigilancia activa (VA) por cáncer de próstata, ¿cuál es INCORRECTA?

a) Ofrecer VA a pacientes con una esperanza de vida > 10 años y enfermedad de bajo riesgo.
b) Los pacientes con histología intraductal y cribiforme en la biopsia pueden ser incluidos en la VA.
c) Realizar una RM antes de una biopsia confirmatoria si no se ha hecho una RM antes de la biopsia inicial.
d) Tomar una biopsia tanto dirigida (de cualquier lesión PI-RADS ≥ 3) como sistemática si se realiza biopsia confirmatoria.

224. En la clasificación TNM para el estadiaje del cáncer de próstata, la invasión de las vesículas seminales, se corresponde con:

a) pT2a.
b) pT2b.
c) pT3a.
d) pT3b.

225. Un varón de 65 años con carcinoma de urotelio metastásico y una mutación confirmada en el gen FGFR3 progresa tras tratamiento de primera línea con enfortumab vedotin y pembrolizumab. Según los resultados del ensayo THOR (Cohorte 1) citados en las guías de la EAU de 2026, ¿cuál es la opción terapéutica que ofrece un beneficio demostrado en supervivencia global en este escenario específico?

a) Quimioterapia con Vinflunina.
b) Platino/Gemcitabina.
c) Erdafitinib.
d) Sacituzumab govitecan.



226. Un niño de 3 años es evaluado por una masa en el flanco izquierdo. La TC revela una masa intrarenal que desplaza los vasos del hilio renal sin invadirlos ni rodearlos completamente. Se sospecha tumor de Wilms. ¿Qué característica radiológica diferenciaría este hallazgo del diagnóstico de neuroblastoma?

a) El neuroblastoma típicamente no presenta calcificaciones.
b) El neuroblastoma tiende a envolver y desplazar los grandes vasos de la línea media en lugar de solo desplazarlos lateralmente.
c) El tumor de Wilms siempre invade la vena cava inferior en el momento del diagnóstico.
d) El tumor de Wilms es típicamente extrarenal.

227. En la evaluación de una persona paciente con disfunción del tracto urinario inferior de origen neurológico tras una lesión medular completa a nivel de T6, se observa durante la cistometría una elevación brusca de la presión arterial sistólica acompañada de bradicardia al alcanzar una capacidad de 200 mL. Este fenómeno se define como:

a) Reflejo miccional exacerbado.
b) Síndrome de hipersensibilidad vesical.
c) Disreflexia autonómica.
d) Síncope vasovagal por llenado vesical.

228. En la revisión anatomopatológica de una pieza de cistectomía radical pT2, el patólogo informa de la presencia de invasión venosa y linfática peritumoral. Según las recomendaciones de la EAU 2026, ¿cuál es el valor de este hallazgo?

a) No tiene valor pronóstico en el estadio pT2.
b) Es un criterio absoluto para indicar radioterapia de rescate.
c) Posee una significación pronóstica independiente para la progresión y supervivencia.
d) Obliga a la reclasificación a estadio pT3a.

229. Una persona paciente de 69 años presenta un carcinoma de urotelio con metástasis óseas y viscerales. Su filtrado glomerular es de 35 mL/min y presenta una neuropatía periférica grado 2. Según el algoritmo de tratamiento de primera línea de 2026, ¿cuál es la opción preferente?

a) Gemcitabina más carboplatino seguido de mantenimiento con avelumab.
b) Monoterapia con pembrolizumab (si PD-L1 es positivo).
c) Enfortumab vedotin en combinación con pembrolizumab.
d) Vinflunina en combinación con mejor tratamiento de soporte.



230. Durante un estudio urodinámico en una persona paciente con lesión medular traumática, se registra una presión de punto de fuga del detrusor (DLPP) de 55 cm H2O. De acuerdo con los principios de neuro-urología establecidos en las fuentes, este hallazgo se traduce en:

a) Un riesgo bajo de complicaciones debido a la baja presión registrada.
b) Indicación de entrenamiento vesical mediante micción refleja.
c) Un riesgo drásticamente elevado de daño renal irreversible en el tracto superior.
d) Necesidad de tratamiento exclusivo con bloqueadores alfa-adrenérgicos.

231. Tres días después de una cistectomía radical con neovejiga ileal, una persona paciente presenta signos de peritonitis. Una TC confirma una fuga en la anastomosis ileal. Se interviene de urgencia bajo anestesia general para realizar una ileostomía de descarga. Según la escala Clavien-Dindo para complicaciones quirúrgicas, ¿qué grado le corresponde?

a) Grado II.
b) Grado III-a.
c) Grado III-b.
d) Grado IV-a.

232. Una persona paciente de 46 años presenta una masa suprarrenal incidental de 4.5 cm con sospecha bioquímica de feocromocitoma. Según la clasificación de la OMS, ¿cuál es el criterio actual de benignidad para este tumor?

a) Tumores con tamaño menor a 5 cm.
b) Ausencia de atipia celular en la biopsia por punción.
c) Se ha eliminado el término "benigno"; todos se consideran con potencial maligno.
d) El score de PASS (Pheochromocytoma of the Adrenal Gland Scaled Score) menor a 4.

233. Un varón de 70 años con síntomas de HBP toma dutasterida de forma ininterrumpida desde hace 4 meses. Su PSA actual es de 2.8 ng/mL. Para interpretar este valor en el contexto de un cribado oncológico, el clínico debe considerar que el valor real ajustado es:

a) 2.8 ng/mL (sin ajuste necesario).
b) 1.4 ng/mL.
c) 5.6 ng/mL.
d) 3.8 ng/mL.



234. Una persona paciente joven presenta una masa testicular y se le realiza una orquiectomía radical. El estudio anatomopatológico reporta un seminoma puro, pero la analítica preoperatoria mostraba una Alfafetoproteína (AFP) de 450 ng/mL. ¿Cuál es la interpretación correcta según los criterios oncológicos genitourinarios?

a) Se confirma el diagnóstico de seminoma puro con marcador elevado.
b) El diagnóstico de seminoma puro queda excluido; debe tratarse como un tumor de células germinales no seminomatoso.
c) La elevación de AFP es irrelevante para la estadificación clínica.
d) Es un seminoma estadio I que requiere vigilancia únicamente.

235. En la estadificación del cáncer de próstata resistente a la castración (CRPC) que presenta una duplicación rápida de PSA pero gammagrafía ósea y TC negativos, ¿cuál es el nivel de testosterona sérica que define obligatoriamente el estado de castración?

a) < 20 ng/dL.
b) < 50 ng/dL.
c) < 100 ng/dL.
d) < 10 ng/dL.

236. Tras una cistectomía radical y derivación tipo conducto ileal por carcinoma vesical musculo invasivo, ¿con qué frecuencia se recomienda medir los niveles de vitamina B12 para detectar deficiencias relacionadas con la derivación intestinal?

a) Cada 3 meses.
b) Únicamente si el paciente presenta anemia macrocítica.
c) Anualmente.
d) Cada 5 años tras la cirugía.

237. Un varón de 28 años presenta una lesión plana, rojiza y brillante en el glande que no afecta al prepucio. El informe de patología indica un carcinoma epidermoide in situ. ¿Cómo se denomina específicamente esta lesión?

a) Enfermedad de Bowen.
b) Eritroplasia de Queyrat.
c) Balanitis de Zoon.
d) Condiloma acuminado gigante.

238. Según las recomendaciones actuales para el cáncer de vejiga músculo-invasivo, ¿qué beneficio de supervivencia global (OS) a cinco años ofrece la quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino?

a) Una mejora del 2%.
b) Una mejora del 5%.
c) Una mejora del 8%.
d) No ofrece mejora en la supervivencia global, solo en el control local.



239. ¿A partir de qué edad se recomienda iniciar el cribado de PSA en hombres con un riesgo elevado por ser portadores de mutaciones en el gen BRCA2?

a) 40 años.
b) 45 años.
c) 50 años.
d) 55 años.

240. Según los principios de la neuro-urología, ¿cuál es el objetivo prioritario en el manejo de la disfunción neurógena del tracto urinario inferior?

a) Lograr la continencia social perfecta.
b) Restaurar la función sexual.
c) La protección del tracto urinario superior.
d) Evitar el uso de cateterismos intermitentes.

241. En tumores vesicales no músculo-invasivos de bajo riesgo, ¿cuál es la estrategia inicial recomendada tras la resección transuretral completa?

a) BCG intravesical de inducción y mantenimiento 1-3 años.
b) Una única instilación intravesical de quimioterapia inmediata post-RTU.
c) Cistoprostatectomía parcial.
d) RTU repetida a las 2 semanas en todos los casos.

242. ¿Cuál de los siguientes es un factor de riesgo establecido para carcinoma de próstata?

a) Tabaquismo activo.
b) Dieta rica en vitamina C.
c) Ascendencia africana.
d) Infección crónica por VPH.

243. En hiperplasia benigna de próstata con síntomas moderados y volumen prostático >40 ml, el fármaco o combinación con mejor evidencia para reducir progresión (retención/ cirugía) a largo plazo es:

a) Alfa-bloqueante en monoterapia.
b) Inhibidor de 5-alfa reductasa en monoterapia o combinado con alfa-bloqueante.
c) Antimuscarínico en monoterapia.
d) Inhibidor PDE5 en monoterapia.

244. ¿Cuál de las siguientes situaciones presenta menor rendimiento diagnóstico incremental del PET-PSMA?

a) Recidiva bioquímica con PSA 0,25 ng/ml.
b) Estadificación inicial de tumor de muy alto riesgo.
c) Detección de metástasis ganglionares menores de 3 mm.



d) Evaluación de progresión en CPRC metastásico.

245. ¿Cuál es el factor histopatológico que más se correlaciona con metástasis ganglionares ocultas en carcinoma epidermoide de pene clínicamente N0?

a) Tamaño tumoral.
b) Grado histológico y presencia de invasión linfovascular.
c) Presencia de HPV (Papilomavirus humano).
d) Localización prepucial.

246. Una persona paciente con seminoma clásico estadio I presenta invasión de rete testis y tumor de 5,5 cm. ¿Cuál es actualmente la estrategia preferida?

a) Radioterapia paraaórtica.
b) Linfadenectomía retroperitoneal.
c) Vigilancia activa.
d) Dos ciclos de BEP obligatorios.

247. Durante adrenalectomía laparoscópica por feocromocitoma aparece hipertensión súbita de 260/140 mmHg tras manipulación tumoral. El tratamiento intraoperatorio más adecuado es:

a) Noradrenalina.
b) Fenilefrina.
c) Nitroprusiato sódico intravenoso.
d) Atropina.

248. En una persona paciente con lesión medular suprasacra, el patrón urodinámico más frecuente es:

a) Acontractilidad detrusoriana.
b) Hipoactividad detrusoriana.
c) Hiperactividad detrusoriana con disinergia detrusor-esfinteriana.
d) Función normal.

249. Un paciente presenta adenocarcinoma prostático ISUP 5, PSA 32 ng/ml y cT3b en RM multiparamétrica. PET-PSMA negativo para adenopatías. Se programa prostatectomía radical. Respecto a la linfadenectomía pélvica:

a) El PET-PSMA negativo permite omitir la linfadenectomía.
b) Debe realizarse únicamente si existen adenopatías visibles intraoperatoriamente.
c) La linfadenectomía extendida sigue siendo el método más sensible para detectar afectación ganglionar microscópica.
d) La linfadenectomía limitada ofrece resultados equivalentes a la extendida en cuanto a la información de estadiaje.



250. En un paciente con carcinoma epidermoide de pene pT1b G3 y exploración ganglionar negativa (cN0), ¿qué actitud es la más adecuada?

a) Estadificación ganglionar quirúrgica.
b) PET-TC de control semestral
c) Observación clínica exclusiva.
d) Linfadenectomía pélvica bilateral inmediata.

251. Una persona paciente presenta seminoma estadio clínico IIA con adenopatía retroperitoneal única de 1,5 cm y marcadores negativos. ¿Cuál es una opción aceptada actualmente por las guías?

a) Vigilancia.
b) Linfadenectomía retroperitoneal abierta obligatoria.
c) Orquiectomía contralateral profiláctica.
d) Radioterapia o quimioterapia basada en cisplatino.

252. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la colposacropexia laparoscópica es correcta?

a) Continúa considerándose el estándar de referencia para corrección del prolapso apical en mujeres seleccionadas.
b) Está contraindicada en pacientes sexualmente activas.
c) Ha demostrado peores resultados anatómicos a largo plazo.
d) Presenta tasas de recurrencia apical superiores a la cirugía vaginal nativa.

253. Paciente de 63 años, PSA 6,8 ng/ml, próstata 55 cc, RM PIRADS 4 de 8 mm. Biopsia dirigida: ISUP 2 con patrón 4 del 4% en un cilindro. ¿Cuál es la afirmación más correcta?

a) Está formalmente excluido de vigilancia activa.
b) La presencia de ISUP 2 excluye cualquier estrategia conservadora
c) Podría considerarse vigilancia activa en centros con experiencia tras adecuada selección
d) Debe recibir prostatectomía radical o radioterapia obligatoriamente.

254. Paciente con CPRC metastásico tratado con ADT + docetaxel en fase hormonosensible. Tras progresión recibe abiraterona y posteriormente progresa nuevamente. ¿Cuál de las siguientes opciones presenta mayor evidencia de beneficio global?

a) Cambio a enzalutamida.
b) Cambio a apalutamida.
c) Cabazitaxel.
d) Bicalutamida.



255. ¿Cuál es la principal razón por la que el ganglio centinela dinámico ha sustituido en muchos centros a la linfadenectomía inguinal modificada para estadificación de pacientes cN0?

a) Mayor supervivencia global demostrada.
b) Menor morbilidad manteniendo alta sensibilidad diagnóstica.
c) Menor coste.
d) Mayor sensibilidad para metástasis pélvicas.

256. Respecto a los estudios genéticos en feocromocitoma y paraganglioma:

a) Sólo están indicados en pacientes menores de 30 años
b) Deben reservarse para enfermedad bilateral.
c) Actualmente se recomienda considerar estudio genético en todos los pacientes.
d) Carecen de implicaciones pronósticas.

257. Varón de 64 años. PSA preoperatorio 12 ng/ml. pT3aN1R0 tras prostatectomía radical y linfadenectomía extendida. Un único ganglio obturador positivo de 2 mm. PSA ultrasensible indetectable a las 8 semanas. ¿Cuál es la estrategia más respaldada actualmente?

a) Hormonoterapia inmediata de por vida.
b) Radioterapia adyuvante más hormonoterapia obligatoria.
c) Observación estrecha con PSA seriado.
d) Quimioterapia adyuvante con docetaxel.

258. Persona paciente con CIS aislada que presenta persistencia histológica 6 meses después de recibir inducción y mantenimiento adecuados con BCG. ¿Cuál es la afirmación más correcta?

a) La persona paciente cumple criterios de BCG-unresponsive.
b) Un nuevo ciclo de BCG ofrece tasas elevadas de curación
c) Debe repetirse RTU antes de cualquier decisión.
d) La progresión muscular es excepcional.

259. ¿Cuál es el principal obstáculo para considerar la terapia focal prostática como estándar para el tratamiento del adenocarcinoma prostático?

a) Toxicidad urinaria superior a cirugía
b) Falta de tecnologías de ablación eficaces.
c) Imposibilidad de realizar un tratamiento de rescate adecuado posterior.
d) Ausencia de estudios aleatorizados con seguimiento oncológico robusto a largo plazo.



260. Según las Guías EAU 2026 sobre cáncer de próstata, un paciente con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración (mCRPC) está siendo valorado para tratamiento con Lu-177-PSMA. ¿Cuál de los siguientes criterios es imprescindible para considerar su administración?

a) Presencia exclusiva de metástasis óseas.
b) Demostración de expresión suficiente de PSMA en las lesiones tumorales mediante PET-PSMA
c) Ausencia de tratamiento previo con taxanos.
d) PSA superior a 20 ng/mL.

261. ¿Qué mutación se asocia con mayor riesgo metastásico en los feocromocitomas?

a) Mutaciones en RET.
b) Mutaciones en VHL.
c) Pacientes con Neurofibromatosis tipo 1.
d) Mutaciones germinales del gen SDHB.

262. ¿Cuál es actualmente la técnica quirúrgica con mayor evidencia para Incontinencia de orina de esfuerzo femenina?

a) Técnica de Burch abierta o laparoscópica.
b) TVT retropúbico.
c) Inyección periuretral con Poliacrilamida hidrogel.
d) Colposuspensión laparoscópica o robótica.

263. Una mujer de 45 años portadora de mutaciones en los genes BRCA1/2 debe someterse a una cistectomía radical por un tumor vesical pT2. Además del procedimiento urológico estándar, ¿qué intervención adicional recomiendan las fuentes para minimizar riesgos oncológicos sistémicos?

a) Linfadenectomía retroperitoneal extensiva hasta la arteria mesentérica inferior.
b) Mastectomía profiláctica simultánea.
c) Cistectomía con preservación exclusiva de la cúpula vaginal.
d) Salpingo-oforectomía profiláctica.

264. ¿Qué mutaciones en genes reparadores del daño al ADN (DDR) se han asociado con una mayor probabilidad de lograr una respuesta patológica completa tras la quimioterapia neoadyuvante basada en cisplatino en el cáncer de vejiga musculo invasivo?

a) ATM, RB1, ERCC2 y FANCC.
b) FGFR3 y TP53.
c) KRAS y HRAS.
d) PTEN y PIK3CA.



265. En el contexto del carcinoma in situ (CIS) de la uretra detectado tras una cistectomía radical, ¿qué tasa de éxito se reporta para el tratamiento con instilaciones uretrales de BCG? A. 50%. B. 65%. C. 83%. D. Menos del 20%, considerándose la uretrectomía el único estándar. Referencia: EAU Guidelines (2026), Sección 8.4.

a) Menos del 20%, considerándose la uretrectomía el único estándar.
b) 49%.
c) 61%.
d) 83%.

266. ¿Cuál de las siguientes alteraciones moleculares no pertenece al grupo de genes de reparación por recombinación homóloga?

a) PALB2.
b) RAD51D.
c) PTEN.
d) BRCA1.

267. Según la actualización 2026 de la EAU, la cistectomía radical está firmemente indicada en pacientes con carcinoma vesical no musculo invasivo (NMIBC) que presentan el siguiente escenario clínico respecto al BCG:

a) Intolerancia leve tras la primera dosis.
b) Persistencia de tumor Ta de bajo grado tras un ciclo de inducción.
c) Enfermedad refractaria a BCG, recaída tras BCG o NMIBC no respondedor.
d) Deseo del paciente tras una única recidiva de bajo riesgo.

268. Un paciente de 52 años presenta un incidentaloma suprarrenal derecho de 4.8 cm. En el TAC, la masa muestra una atenuación basal de 35 Unidades Hounsfield y un lavado absoluto del 32% a los 10 minutos. Estos hallazgos son altamente sugestivos de:

a) Adenoma suprarrenal rico en lípidos.
b) Mielolipoma con alto componente estromal.
c) Carcinoma corticosuprarrenal.
d) Quiste hemorrágico simple.

269. Una mujer de 41 años presenta síntomas de virilización de rápida evolución asociados a un síndrome de Cushing clínico. La analítica revela niveles elevados de cortisol libre en orina de 24 h y una elevación masiva de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S). El TAC muestra una masa de 8 cm en la glándula suprarrenal izquierda con áreas de necrosis central. ¿Cuál es el diagnóstico más probable según la correlación clínico-bioquímica?

a) Adenoma secretor de cortisol (Síndrome de Cushing puro).
b) Carcinoma corticosuprarrenal
c) Feocromocitoma productor de andrógenos



d) Hiperplasia suprarrenal macronodular.

270. Durante una cirugía de resección de una masa suprarrenal de 10 cm con sospecha de carcinoma, el cirujano observa que el tumor está íntimamente adherido al polo superior del riñón ipsilateral, pero no presenta invasión macroscópica evidente de los grandes vasos. Siguiendo los principios de cirugía oncológica radical, ¿cuál es la conducta recomendada?

a) Realizar una disección cuidadosa del plano entre el tumor y el riñón para preservar el órgano.
b) Realizar una nefrectomía en bloque con la adrenalectomía para asegurar márgenes negativos.
c) Suspender la cirugía y derivar para quimioterapia neoadyuvante.
d) Biopsiar la cápsula renal y solo extirpar el riñón si la biopsia por congelación es positiva.

271. Un varón de 45 años con un carcinoma cortico-adrenal estadio III es intervenido mediante adrenalectomía radical con márgenes negativos. Debido al alto riesgo de recurrencia, se decide iniciar terapia adyuvante con mitotano. Según los estándares, ¿cuál es el rango terapéutico del nivel sérico de mitotano que debe mantenerse para maximizar la eficacia y minimizar la toxicidad?

a) 5 - 10 mg/L.
b) 14 - 20 mg/L.
c) 25 - 35 mg/L.
d) > 40 mg/L.

272. En la evaluación de pacientes con HBP, se ha determinado que la protrusión prostática intravesical (IPP) es un parámetro clínico crítico. Según la evidencia integrada en las guías clínicas, ¿cuál es la implicación diagnóstica de una IPP significativa?

a) No guarda correlación con la severidad de la obstrucción del flujo de salida
b) Se asocia exclusivamente con el volumen de la zona periférica.
c) Contraindica de forma absoluta cualquier intervención mínimamente invasiva.
d) Es un factor de riesgo independiente para la formación de cálculos vesicales y predice una menor tasa de éxito con el tratamiento médico.

273. En pacientes con hiperplasia benigna de próstata que presentan litiasis vesical secundaria, se ha evaluado la eficacia del tratamiento médico tras la fragmentación del cálculo. Según los estudios observacionales citados, ¿qué parámetro es el mejor predictor de la necesidad de una futura cirugía desobstructiva a pesar de la medicación?

a) Un volumen prostático grande y un residuo postmiccional basal elevado (> 190 ml).
b) El valor de la puntuación IPSS inicial.
c) La presencia de divertículos vesicales pequeños (< 1 cm).
d) El pH urinario constantemente superior a 7.0.



274. Respecto a la farmacoterapia combinada evaluada en el estudio MTOPS, ¿cuál es el beneficio demostrado de la combinación de un bloqueador alfa y un 5-ARI (finasteride) frente a la monoterapia con bloqueadores alfa?

a) Mejora más rápida de los síntomas en las primeras 2 semanas.
b) Menor incidencia de eyaculación retrógrada comparado con la monoterapia.
c) La combinación es la única forma de mejorar el flujo máximo.
d) Una reducción significativa a largo plazo en el riesgo de progresión clínica, definida como retención urinaria aguda y necesidad de cirugía relacionada con HBP.

275. Al comparar los dos principales inhibidores de la 5-alfa reductasa disponibles, ¿cuál es la diferencia farmacodinámica fundamental entre la dutasterida y la finasteride?

a) La finasteride tiene una vida media mucho más larga (semanas).
b) La dutasterida inhibe de forma competitiva las isoenzimas tipo 1 y tipo 2 de la 5-alfa reductasa, mientras que la finasteride es selectiva para la tipo 2.
c) Solo la finasteride es capaz de reducir el riesgo de hematuria de origen prostático.
d) La dutasterida no afecta los niveles de dihidrotestosterona intraprostática.

276. En el estudio urodinámico (flujo-presión) para el diagnóstico de la obstrucción de la salida vesical (BOO), ¿qué umbral del índice de obstrucción de la salida vesical (BOOI = Presión del detrusor en el momento del flujo máximo (PdetQmax) − 2 × Flujo urinario máximo (Qmax)) confirma de forma inequívoca la presencia de obstrucción?

a) < 20.
b) 20 – 40.
c) > 40.
d) > 60.

277. Se ha descrito una complicación oftalmológica específica en personas pacientes tratadas con alfa-1 bloqueantes (especialmente tamsulosina) que se someten a cirugía de cataratas, ¿Cómo se denomina este fenómeno, que puede persistir durante meses tras el tratamiento médico?

a) Glaucoma post-alfa bloqueante.
b) Síndrome de Iris Flácido Intraoperatorio (IFIS).
c) Retinopatía por tamsulosina.
d) Edema macular quístico post-urológico.

278. En relación con las terapias mínimamente invasivas (MIST), el procedimiento Rezum utiliza vapor de agua para inducir necrosis celular. ¿Cuál es una de sus principales ventajas respecto al sistema UroLift según las guías de LUTS masculino?

a) Es el único que no produce ningún síntoma irritativo postoperatorio
b) Permite el tratamiento efectivo del lóbulo medio (lóbulo intravesical).



c) No requiere ningún tipo de anestesia, ni siquiera local.
d) Es la técnica con mayor tasa de preservación de la eyaculación anterógrada (100%).

279. Anatómicamente, la hiperplasia benigna de próstata se desarrolla de forma predominante en una de las zonas descritas por McNeal. ¿Cuál es?

a) Zona periférica (donde se originan el 70% de los cánceres).
b) Zona de transición.
c) Zona central.
d) Área subcapsular anterior.

280. ¿Cuál es el principal factor etiológico implicado en la incontinencia urinaria de esfuerzo en el varón adulto?

a) La resección transuretral de próstata (RTUp) por patología benigna en más del 50% de los casos.
b) La lesión del esfínter uretral estriado distal durante una prostatectomía radical.
c) La obstrucción crónica del cuello vesical con retención crónica.
d) La denervación del músculo detrusor secundaria a diabetes mellitus de larga evolución.

281. ¿Qué hallazgo urodinámico define la existencia de una disinergia detrusor-esfínter (DDE)?

a) Contracción del detrusor acompañada de un cese completo de la actividad electromiográfica del suelo pélvico.
b) Ausencia de contracción del músculo detrusor durante un intento de micción voluntaria.
c) Contracción involuntaria del esfínter uretral estriado o del cuello vesical simultánea a una contracción del detrusor.
d) Pérdida involuntaria de orina en ausencia de una elevación de la presión del detrusor.

282. ¿Cuál es la complicación a largo plazo más grave y prioritaria a evitar en el manejo urológico de una persona paciente con lesión medular suprasacra?

a) La incontinencia urinaria de urgencia intermitente.
b) El desarrollo de eyaculación retrógrada persistente.
c) El deterioro del tracto urinario superior por transmisión de presiones vesicales elevadas (reflejo vesicoureteral e insuficiencia renal).
d) La formación de litiasis vesicales aisladas de estruvita.



283. ¿Qué fármaco o grupo farmacológico se considera de primera línea para disminuir la presión intravesical por hiperactividad neurogénica del detrusor?

a) Alfa-bloqueantes selectivos como la tamsulosina.
b) Inhibidores de la 5-alfa reductasa como el finasteride.
c) Antimuscarínicos (ej. solifenacina, oxibutinina) o agonistas beta-3 adrenérgicos (mirabegrón).
d) Colinérgicos directos como el betanecol.

284. Al implantar un esfínter urinario artificial (AMS 800) en un paciente varón post-prostatectomía sin cirugías uretrales previas, ¿cuál es la localización estándar del manguito (cuff)?

a) Alrededor del cuello vesical por abordaje retropúbico.
b) Alrededor de la uretra bulbar.
c) En el interior de los cuerpos cavernosos proximales.
d) Alrededor de la uretra membranosa proximal al diafragma urogenital.

285. Si una persona paciente portadora de un esfínter urinario artificial presenta incontinencia urinaria recurrente pasados unos meses de la cirugía, y en el estudio endoscópico se observa un adelgazamiento del tejido uretral bajo el manguito sin perforación, ¿a qué complicación nos enfrentamos?

a) Erosión uretral aguda.
b) Atrofia uretral sub-manguito.
c) Rotura del balón regulador de presión
d) Migración de la bomba de control escrotal.

286. ¿Cómo se define formalmente la enuresis nocturna primaria monosintomática?

a) Emisión involuntaria de orina durante el sueño en niños/as mayores de 5 años que nunca han logrado la continencia nocturna por al menos 6 meses, sin síntomas en el tracto urinario inferior durante el día.
b) Escapes de orina diurnos y nocturnos asociados a micción entrecortada e infecciones en niños/as de cualquier edad.
c) Pérdida de orina nocturna que aparece de nuevo tras un periodo mínimo de 2 años de continencia completa.
d) Incontinencia urinaria exclusivamente diurna debida a malformaciones del labio menor o meato ectópico.

287. ¿Cuál es el tratamiento conductual/médico de elección inicial para un/a niño/a de 7 años con enuresis nocturna monosintomática debida a poliuria nocturna, con capacidad vesical normal?

a) Restricción de líquidos y administración de oxibutinina por las mañanas.
b) Colocación urgente de un catéter intermitente nocturno.
c) Medidas higiénico-dietéticas asociadas a desmopresina por las noches.
d) Implante de un dispositivo de estimulación del nervio tibial posterior.



288. En la evaluación de la incontinencia urinaria transitoria en la persona paciente mayor vulnerable, ¿qué causa representa la letra "I" en la regla mnemotécnica clásica DIAPPERS?

a) Incompetencia del esfínter intrínseco.
b) Infección urinaria sintomática.
c) Impactación fecal masiva.
d) Inestabilidad idiopática del detrusor.

289. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico primario de la incontinencia por rebosamiento en la persona paciente anciana institucionalizado?

a) Hiperactividad severa del músculo detrusor con fallo en el cierre esfinteriano.
b) Fístula vesicovaginal difusa post-neoplásica.
c) Hipoactividad o acinesia del músculo detrusor combinada o no con una obstrucción infravesical orgánica o funcional crónica.
d) Disminución brusca de la distensibilidad vesical por radioterapia pélvica.

290. ¿Cuál es la prueba diagnóstica fundamental para determinar la longitud, localización y número de estenosis en la uretra anterior del varón?

a) Ecografía transrectal con sonda lineal.
b) Tomografía Computarizada de alta resolución con reconstrucción tridimensional.
c) Uretrografía retrógrada y miccional combinada.
d) Cistoscopia flexible aislada sin contraste.

291. Ante una estenosis de uretra bulbar de 3.5 cm de longitud de etiología idiopática, ¿cuál es la técnica quirúrgica uretroplástica con mejores tasas de éxito a largo plazo?

a) Uretrotomía interna endoscópica bajo visión directa (Sachse).
b) Uretroplastia término-terminal (anastomótica).
c) Uretroplastia de sustitución utilizando un injerto de mucosa bucal.
d) Dilatación uretral seriada con bujías metálicas de Beniqué.

292. ¿Qué defecto anatómico no forma parte de la tríada clásica del hipospadias congénito?

a) Localización ectópica ventral del meato uretral.
b) Incurvación ventral del pene (cuerda).
c) Defecto del prepucio en su cara ventral con distribución dorsal ("capuchón").
d) Presencia constante de reflujo vesicoureteral bilateral Grado V.



293. ¿Cuál es la razón principal por la que se desaconseja de forma absoluta realizar la circuncisión rutinaria en un neonato con sospecha de hipospadias?

a) El alto riesgo de hemorragia masiva debido a anomalías vasculares asociadas.
b) El tejido del prepucio es esencial y se utiliza de forma habitual para la reconstrucción de la uretra en la cirugía definitiva (uretroplastia).
c) Se puede inducir una estenosis del meato ectópico de forma inmediata.
d) El prepucio dorsal ejerce una tracción que contrarresta de forma espontánea la curvatura del pene.

294. ¿Cuál es la técnica diagnóstica inicial de elección ante una sospecha de varicocele clínico?

a) Flebografía retrógrada de la vena espermática.
b) Resonancia magnética nuclear con contraste pélvico.
c) Exploración física minuciosa en bipedestación combinada con maniobra de Valsalva, apoyada por Eco-Doppler escrotal.
d) Termografía cutánea escrotal.

295. ¿Qué abordaje quirúrgico para el tratamiento del varicocele se asocia a menores tasas de persistencia/recidiva y menor tasa de formación de hidrocele iatrogénico?

a) Varicocelectomía alta retroperitoneal (Técnica de Palomo).
b) Varicocelectomía laparoscópica con clipado de arteria y vena.
c) Varicocelectomía subinguinal o inguinal microquirúrgica (con preservación de arteria y linfáticos).
d) Embolización percutánea con alcohol absoluto exclusivamente.

296. Un hidrocele idiopático de la persona adulta que causa molestias físicas o estéticas notables debe ser tratado definitivamente mediante:

a) Punción y aspiración repetida con aguja fina en la consulta.
b) Cirugía abierta por abordaje escrotal mediante técnicas de resección o plicatura de la túnica vaginal (ej. técnicas de Lord, Jaboulay o Winkelmann).
c) Administración profiláctica de esclerosantes como la tetraciclina intraescrotal.
d) Extirpación radical de la túnica albugínea y del epidídimo.

297. En una persona paciente con síndrome de escroto agudo, ¿qué signo clínico apoya fuertemente el diagnóstico de torsión testicular frente al de orquiepididimitis?

a) Ausencia de reflejo cremastérico en el lado afecto y signo de Prehn negativo (el dolor no alivia o empeora al elevar el testículo).
b) Signo de Prehn positivo (el dolor calma ostensiblemente al elevar el escroto).
c) Presencia de fiebre alta, disuria y piuria franca en el sedimento urinario.
d) Palpación de un cordón espermático engrosado pero blando, indoloro en su totalidad.



298. ¿Cuál es el manejo inmediato obligado ante una sospecha clínica firme de torsión testicular de 4 horas de evolución?

a) Solicitar una Ecografía-Doppler y esperar los resultados analíticos antes de tomar decisiones.
b) Iniciar tratamiento antibiótico de amplio espectro endovenoso y revaluar a las 24 horas.
c) Exploración quirúrgica urgente por vía escrotal con destorsión y orquidopexia bilateral (fijación del testículo contralateral).
d) Intentar destorsión manual externa en la consulta y dar de alta al paciente si cede el dolor.

299. ¿Cuál es el mecanismo de acción molecular de los fármacos de primera línea (como sildenafilo, tadalafilo o avanafilo) para la disfunción eréctil?

a) Estimulación directa de los receptores alfa-adrenérgicos del cuerpo cavernoso.
b) Inhibición selectiva de la enzima fosfodiesterasa tipo 5 (PDE5), lo que eleva los niveles de GMPc y promueve la relajación del músculo liso vascular.
c) Bloqueo de la recaptación de dopamina a nivel del centro espinal de la erección.
d) Antagonismo de los receptores de endotelina-1 en las arterias helicinas.

300. ¿Qué opción representa el tratamiento quirúrgico de tercera línea para pacientes con disfunción eréctil de causa orgánica severa que no responden a fármacos orales ni a inyecciones intracavernosas?

a) Revascularización microquirúrgica de la arteria pudenda interna.
b) Neurotización del nervio dorsal del pene con injerto sural.
c) Implante de una prótesis de pene (maleable o hidráulica de tres componentes).
d) Plicatura de la túnica albugínea según técnica de Nesbit.

301. ¿Cuál es el síntoma guía y el hallazgo exploratorio físico característico de la enfermedad de Peyronie (fibrosis del pene) en su fase inicial o activa?

a) Dolor en el pene durante la erección, aparición de una incurvación peneana progresiva y palpación de una placa fibrosa indurada en la túnica albugínea.
b) Priapismo intermitente no isquémico acompañado de úlceras mucosas en el glande.
c) Pérdida de la sensibilidad térmica cutánea en el cuerpo del pene de forma aislada.
d) Secreción uretral purulenta asociada a acortamiento del frenillo.

302. ¿En qué momento evolutivo de la enfermedad de Peyronie está indicada la realización de un tratamiento quirúrgico reparador (plicatura o injerto) para corregir la incurvación?

a) De forma inmediata tras palpar la placa, independientemente de la presencia de dolor.
b) Únicamente durante las primeras 4 semanas del inicio de los síntomas inflamatorios.
c) Cuando la enfermedad está en fase estable (ausencia de dolor por al menos 3 a 6 meses y estabilización de la deformidad) y la curvatura impide el coito.



d) Solo si se asocia a la presencia de calcificación masiva intrauretral confirmada por biopsia.

303. Un varón acude a estudio de infertilidad y el seminograma muestra un volumen de eyaculado normal con ausencia completa de espermatozoides tanto en fresco como tras centrifugación. Presenta un volumen testicular normal, caracteres sexuales secundarios conservados y niveles de FSH, LH y testosterona dentro de rangos estrictamente normales. ¿Qué sospecha diagnóstica es la más probable?

a) Azoospermia secretora por fallo testicular primario irreversible.
b) Azoospermia obstructiva (ej. agenesia unilateral/bilateral de deferentes o secuela post-infecciosa).
c) Hipogonadismo hipogonadotropo de origen hipofisario.
d) Maduración espermática detenida a nivel de espermatocito primario.

304. ¿Cuál es la causa genética conocida más frecuente de fallo testicular primario no obstructivo causante de infertilidad masculina?

a) Microdeleciones completas de la región AZFa del cromosoma Y.
b) Fibrosis quística con mutación del gen CFTR.
c) Síndrome de Klinefelter (cariotipo 4, XXY).
d) Síndrome de Kallmann asociado a anosmia.

305. ¿Cuál de las siguientes alteraciones en los parámetros del seminograma define correctamente a la "teratozoospermia"?

a) Concentración de espermatozoides inferior a 15 millones/mL.
b) Porcentaje de espermatozoides con movilidad progresiva inferior al 32%.
c) Porcentaje de espermatozoides con morfología normal inferior al 4% (criterios estrictos de Kruger).
d) Ausencia total de fructosa en el plasma seminal con pH ácido.

306. ¿Cuál es el mecanismo fisiopatológico por el cual una estenosis significativa de la arteria renal genera hipertensión arterial sistémica severa?

a) Activación del sistema parasimpático sacro con retención de potasio.
b) Hipoperfusión del aparato yuxtaglomerular, lo que estimula una secreción masiva de renina, aumentando la producción de angiotensina II y aldosterona.
c) Destrucción directa de las células de la médula suprarrenal con liberación de adrenalina.
d) Supresión de la síntesis intrarenal de óxido nítrico y prostaglandinas vasodilatadoras exclusivamente.



307. ¿Qué patrón lesional angiográfico en la arteria renal es patognomónico de la displasia fibromuscular (variedad fibroplasia medial) que afecta a mujeres jóvenes?

a) Estenosis concéntrica localizada exclusivamente en el ostium de la arteria renal.
b) Imagen en "rosario" o "collar de cuentas" que afecta típicamente a los dos tercios distales de la arteria renal.
c) Oclusión completa de la arteria renal principal con neovascularización colateral perihiliar difusa.
d) Calcificación de la pared arterial con placas ulceradas irregulares proximales.

308. Un paciente varón de 65 años con sospecha de estenosis ateroesclerótica bilateral de la arteria renal inicia tratamiento con un IECA. ¿Qué complicación analítica o clínica nos obligaría a suspender de inmediato el fármaco y sospechar estenosis crítica?

a) Aparición de microhematuria asintomática persistente.
b) Elevación aguda y significativa de los niveles de creatinina sérica (superior al 30% respecto al valor basal).
c) Descenso de las cifras de tensión arterial por debajo de 120/80 mmHg.
d) Desarrollo de hipernatremia grave con poliuria osmótica.

309. ¿Cuál de las siguientes condiciones clínicas se considera hoy en día una contraindicación urológica absoluta para la aceptación de un órgano procedente de un/a donante cadáver para trasplante renal?

a) Presencia de anatomía vascular compleja (arterias renales múltiples).
b) Antecedente de litiasis renal única de 4 mm ya expulsada.
c) Presencia de un tumor maligno urotelial activo o carcinoma de células claras renales no tratado en el riñón a extraer.
d) Edad de la persona donante superior a 65 años (donante con criterios expandidos).

310. ¿Cuál es la complicación inmunológica inmediata que ocurre en el quirófano a los pocos minutos o horas de realizar las anastomosis vasculares del injerto renal, mediada por anticuerpos preformados contra el sistema HLA o ABO de la persona donante?

a) Rechazo agudo celular.
b) Rechazo crónico mediado por linfocitos T de memoria.
c) Rechazo hiperagudo.
d) Toxicidad aguda por inhibidores de la calcineurina.



311. Durante la extracción multiorgánica en una persona donante en muerte encefálica, ¿con qué fin se realiza la perfusión in situ de los órganos con soluciones de preservación frías (como la solución de la Universidad de Wisconsin o Celsior)?

a) Para inducir una dilatación máxima de la arteria renal mediante componentes adrenérgicos.
b) Para esterilizar el parénquima renal eliminando posibles focos bacterianos de forma absoluta.
c) Para conseguir un enfriamiento rápido que disminuya el metabolismo celular y proteger los órganos frente a la lesión por isquemia caliente.
d) Para fijar las uniones celulares evitando la descamación del epitelio urotelial durante el transporte.

312. ¿Cuál es el límite máximo aceptado de tiempo de isquemia fría para un injerto renal conservado en preservación estática simple sobre hielo antes de comprometer severamente su viabilidad y aumentar la tasa de retraso en la función del injerto?

a) 2 horas.
b) 6 horas.
c) De 24 a 36 horas.
d) 72 horas de forma estricta.

313. ¿Cuál es la modalidad quirúrgica de elección para el implante de un injerto renal en una persona receptora adulta estándar?

a) Trasplante ortotópico en fosa renal nativa izquierda con nefrectomía previa.
b) Trasplante heterotópico extraperitoneal en fosa ilíaca (habitualmente la derecha) con anastomosis a los vasos ilíacos del receptor.
c) Trasplante intraperitoneal difuso fijado al epiplón mayor.
d) Implante inguinal subcutáneo con anastomosis a vasos femorales comunes.

314. En la técnica de trasplante renal, la anastomosis ureteral (ureteroneocistostomía) de tipo Lich-Gregoir se caracteriza por ser:

a) Una técnica transvesical que requiere una cistotomía anterior amplia para fijar el uréter al trígono.
b) Una técnica extravesical donde el uréter del injerto se anastomosa a la mucosa vesical a través de un túnel detrusoriano antirreflujo.
c) Una anastomosis directa término-terminal entre el uréter del injerto y el uréter nativo previamente seccionado.
d) Una derivación cutánea directa del uréter del injerto hacia la pared abdominal.



315. Un receptor de trasplante renal presenta a las 3 semanas de la cirugía un deterioro progresivo de la función renal acompañado de una colección líquida peri-injerto de gran tamaño que comprime el uréter causando hidronefrosis. Se punciona la colección y el análisis muestra niveles de creatinina y potasio similares a los séricos y niveles de proteínas elevados. ¿De qué complicación quirúrgica se trata?

a) Fístula urinaria o urinoma por necrosis ureteral.
b) Linfocele peri-injerto (por sección de vasos linfáticos ilíacos no ligados).
c) Hematoma expansivo agudo de la anastomosis arterial.
d) Absceso perirrenal secundario a pielonefritis del injerto.

316. ¿Cuál es el marco legal básico que regula el principio de "consentimiento presunto" para la donación de órganos en España según la legislación vigente?

a) Se requiere una autorización notarial expresa firmada por el ciudadano antes de su fallecimiento; de lo contrario, la donación es ilegal.
b) Se permite la extracción de órganos de cualquier ciudadano/a fallecido/a de forma automática sin consultar ni informar en ningún caso a los familiares.
c) Toda persona fallecida se considera donante potencial a menos que haya manifestado expresamente su oposición en vida, realizándose siempre una entrevista familiar para constatar dicha voluntad.
d) La donación de donante cadáver está prohibida si el fallecimiento ocurre fuera de una unidad de cuidados intensivos.

317. ¿Cuál es la causa etiológica más frecuente de fístula vesicovaginal en los países industrializados occidentales?

a) El traumatismo obstétrico prolongado durante partos domiciliarios no instrumentados.
b) La lesión iatrogénica inadvertida de la pared posterior vesical durante una histerectomía benigna (abdominal o vaginal).
c) La afectación directa por un carcinoma de cérvix avanzado en estadio IV.
d) La necrosis tisular secundaria a braquiterapia pélvica de rescate.

318. Durante la evaluación en consulta de una paciente con sospecha de fístula tras cirugía ginecológica, se realiza el "test de las tres gasas" introduciendo azul de metileno en la vejiga. Tras la deambulación, se objetiva que las gasas vaginales están mojadas con líquido claro, pero ninguna de ellas está teñida de color azul. ¿Qué diagnóstico orienta este resultado?

a) Fístula vesicovaginal pura de pequeño calibre.
b) Fístula uretrovaginal distal.
c) Fístula ureterovaginal.
d) Incontinencia urinaria de esfuerzo genuina sin fístula.



319. ¿Cuál es la causa más frecuente de fístula colovesical en el varón adulto de edad avanzada?

a) La enfermedad diverticular del colon (diverticulitis perforada en vecindad vesical).
b) El adenocarcinoma de próstata avanzado con infiltración rectal.
c) La enfermedad de Crohn con afectación ileocecal extensa.
d) El traumatismo abdominal cerrado con rotura vesical intraperitoneal cronificada.

320. ¿Qué combinación de síntomas clínicos es patognomónica y altamente específica de una fístula vesico-intestinal activa?

a) Hematuria macroscópica terminal asociada a eyaculación dolorosa.
b) Incontinencia urinaria continua nocturna combinada con rectorragia masiva.
c) Neumaturia (salida de gas con la orina) y fecaluria (presencia de restos fecales en la micción).
d) Dolor lumbar sordo bilateral acompañado de tenesmo rectal aislado.

321. En relación con la profilaxis de la trombosis venosa profunda (TVP) en cirugía urológica pélvica mayor oncológica (ej. cistectomía radical o prostatectomía radical abierta), ¿cuál es la pauta profiláctica estándar recomendada por consenso?

a) Administración de aspirina 100 mg oral el día de la cirugía sin necesidad de otras medidas.
b) Uso exclusivo de medias de compresión elástica durante el ingreso sin asociar fármacos anticoagulantes.
c) Combinación de métodos mecánicos (compresión neumática intermitente) y farmacológicos (heparina de bajo peso molecular), iniciados de forma perioperatoria y prolongados habitualmente hasta 28 días post-cirugía.
d) Inserción profiláctica de un filtro de vena cava inferior antes de la incisión quirúrgica.

322. ¿Cuál es la vía de abordaje quirúrgico abierto de elección para realizar una nefrectomía radical o parcial por un tumor renal de gran tamaño en el polo superior, que permite un control vascular temprano y excelente exposición de la cavidad abdominal y el retroperitoneo?

a) Lumbotomía subcostal simple extraperitoneal.
b) Incisión de Pfannenstiel modificada.
c) Laparotomía media o incisión subcostal anterior (chevron / laparotomía transversa anterior).
d) Abordaje perineal profundo transanorectal.



323. Al utilizar sistemas de energía bipolar avanzados (ej. Ligasure, EnSeal) en cirugía urológica, ¿qué ventaja técnica principal ofrecen frente al bisturí eléctrico monopolar convencional?

a) Permiten el corte de estructuras óseas pélvicas sin desgaste del instrumental.
b) El flujo de corriente se limita exclusivamente al tejido atrapado entre las mordazas del instrumento, reduciendo el daño térmico lateral y logrando un sellado seguro de vasos sanguíneos de hasta 7 mm.
c) No requieren que el paciente esté conectado a un monitor de anestesia.
d) Eliminan la necesidad de realizar nudos de sutura en la aponeurosis de la pared abdominal.

324. ¿Qué característica física define a una sutura monofilamento absorbible de larga duración como la Polidioxanona (PDS) y la hace idónea para la reconstrucción de la vía urinaria o anastomosis del cuello vesical?

a) Posee una altísima capilaridad que favorece la fijación de antibióticos locales.
b) Mantiene su fuerza tensil durante varias semanas, induce una mínima reacción tisular y se absorbe por hidrólisis sin dejar material permanente que pueda inducir la formación de litiasis calcificantes.
c) Es un material no reabsorbible que debe ser retirado mediante cistoscopia a los 10 días de la cirugía.
d) Está compuesta por seda trenzada tratada con aceites vegetales.

325. ¿Cuál es el principal riesgo iatrogénico inmediato derivado del uso accidental de soluciones antisépticas con alto contenido de alcohol en la preparación de la piel del periné antes del uso de fuentes de energía electroquirúrgica monopolar?

a) Desarrollo de insuficiencia renal aguda por absorción cutánea del antiséptico.
b) Pérdida de la fuerza de contracción del detrusor por neurotoxicidad refleja.
c) Riesgo de incendio o quemaduras graves por ignición de los vapores alcohólicos acumulados en los campos quirúrgicos al activar el bisturí.
d) Interferencia electromagnética con el funcionamiento del esfínter artificial si estuviera previamente implantado.

326. Durante una cirugía abierta de próstata, ¿cuál de los siguientes agentes hemostáticos locales de tipo matriz o esponja ejerce su acción expandiéndose al absorber fluidos y activando la cascada de coagulación intrínseca por contacto mecánico superficial?

a) Solución de nitrato de plata al 50%.
b) Esponja de gelatina absorbible purificada (ej. Gelfoam) o celulosa regenerada oxidada (ej. Surgicel).
c) Adhesivo sintético de cianoacrilato de alta densidad.
d) Polvo de talco estéril purificado combinado con lidocaína.



327. Para el cáncer de próstata de riesgo intermedio, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) Los pacientes con enfermedad de grupo de grado ISUP 3 se deberán excluir de los protocolos de vigilancia activa.
b) Ofrecer prostatectomía radical a pacientes con enfermedad de riesgo intermedio y una esperanza de vida > 10 años.
c) Ofrecer braquiterapia de tasa de dosis baja a pacientes con buena función urinaria y enfermedad de riesgo intermedio favorable.
d) Todas son correctas.

328. Después de una prostatectomía radical con linfadenectomía pélvica extendida (RGPe), ¿cuál es la opción de manejo si el paciente es N1?

a) Ofrecer terapia de privación androgénica (TPA) adyuvante.
b) Ofrecer TPA (terapia de privación androgénica) adyuvante con radiación de intensidad modulada (IMRT/VMAT) más radiación guiada por la imagen (IGRT).
c) Ofrecer observación (manejo expectante) al paciente después de una RGPe con ≤ 2 ganglios con invasión microscópica y PSA < 0,1 ng/mL.
d) Todas son correctas.

329. ¿Cuál no es una opción de tratamiento para un paciente con cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico y con un PSA double time de 5 meses?

a) TDA (terapia de privación androgénica) más abiraterona más prednisona.
b) TDA más apalutamida.
c) TDA más darolutamida.
d) TDA más enzalutamida.

330. Entre las siguientes recomendaciones para el cáncer renal, ¿cuál es FALSA?

a) Utilizar el sistema de clasificación actual de Tumor, nódulos, metástasis (TNM).
b) Utilizar sistemas de graduación OMS/ISUP y clasificar el tipo de CCR.
c) Utilizar sistemas pronósticos en el escenario metastásico.
d) Utilizar marcadores moleculares de rutina para evaluar pronóstico.

331. Factores de riesgo pronósticos del cáncer renal metastásico según IMDC (International Metastatic Renal Cancer Database Consortium. ¿Cuál no es correcta?

a) Karnofsky PS < 80 %.
b) Hemoglobina menor del límite normal.
c) Calcio corregido menor del límite normal.
d) Neutrófilos por encima del límite normal.



332. ¿Cuál es la correcta respecto a la clasificación de grupos de riesgo pronósticos en el cáncer renal metastásico?

a) 0 factores, riesgo favorable; 1-2 factores, riesgo intermedio; 3-5 factores, riesgo desfavorable.
b) 0-1 factores, riesgo favorable; 2-3 factores, riesgo intermedio; 4-5 factores, riesgo desfavorable.
c) 0-2 factores, riesgo favorable; 3-4 factores, riesgo intermedio; 5 factores, riesgo desfavorable.
d) 0-3 factores, riesgo favorable; 4 factores, riesgo intermedio; 5 factores, riesgo desfavorable.

333. En cuanto al carcinoma renal cromófobo, ¿cuál es la respuesta correcta?

a) La mayoría son hereditarios.
b) El pronóstico es malo.
c) No se pueden clasificar mediante el sistema de clasificación OMS/ISUP.
d) Todas son correctas.

334. Con respecto a las recomendaciones para la evaluación genética en el caso de CCR, ¿cuál es la respuesta correcta?

a) Realizar una evaluación genética a pacientes de ≤36 años con tumores bilaterales o multifocales y/o un familiar de primer o segundo grado con CCR y/o un familiar de sangre cercano que tenga una variante patogénica y/o características histológicas específicas que sugieran la presencia de una forma hereditaria de CCR.
b) Realizar una evaluación genética a pacientes de ≤46 años con tumores bilaterales o multifocales y/o un familiar de primer o segundo grado con CCR y/o un familiar de sangre cercano que tenga una variante patogénica y/o características histológicas específicas que sugieran la presencia de una forma hereditaria de CCR.
c) Realizar una evaluación genética a pacientes de ≤56 años con tumores bilaterales o multifocales y/o un familiar de primer o segundo grado con CCR y/o un familiar de sangre cercano que tenga una variante patogénica y/o características histológicas específicas que sugieran la presencia de una forma hereditaria de CCR.
d) Realizar una evaluación genética a pacientes de ≤66 años con tumores bilaterales o multifocales y/o un familiar de primer o segundo grado con CCR y/o un familiar de sangre cercano que tenga una variante patogénica y/o características histológicas específicas que sugieran la presencia de una forma hereditaria de CCR.

335. En cuanto a la biopsia del tumor renal, ¿cuál es la recomendación correcta?

a) No realizar una biopsia del tumor renal antes de la terapia ablativa.
b) Utilizar una técnica coaxial cuando se realice una biopsia de tumor renal.
c) Utilizar una técnica de aspiración por aguja fina en lugar de biopsia por aguja de corte para la caracterización histológica de tumores renales sólidos.
d) Todas son correctas.



336. La nefrectomía parcial está indicada de forma electiva en:

a) Estadio T1a.
b) Estadio T1b.
c) Estadio T2.
d) a) y b) son correctas.

337. En cuanto a la nefrectomía citorreductora en el cáncer renal metastásico, ¿cuál es la correcta?

a) La nefrectomía citorreductora para pacientes con resección completa simultánea de una metástasis única u oligometástasis puede mejorar la supervivencia y retrasar la terapia sistémica.
b) Los pacientes de alto riesgo MSKCC o IMDC (≥ 4 factores de riesgo) se benefician de la terapia local.
c) Realizar nefrectomía citorreductora (NC) en pacientes de alto riesgo MSKCC.
d) El sunitinib exclusivo es inferior comparado con la NC seguida de sunitinib en pacientes con riesgo MSKCC intermedio y alto que requieran terapia sistémica con inhibidores de tirosincinasa (TKI) de factor de crecimiento vascular endotelial (VEGF) (VEGFR-TKI).

338. Cáncer de testículo (CT), ¿cuál de las afirmaciones es INCORRECTA?

a) La histología predominante es Tumor de Células Germinales no seminoma (TCGNS).
b) El pico de incidencia es en la tercera década de la vida para el no seminoma (NS) y los TCGs mixtos, y la cuarta década para el seminoma puro.
c) Los factores de riesgo epidemiológicos para el desarrollo de CT son componentes del síndrome de disgenesia testicular.
d) Factores de riesgo son CT en familiares de primer grado y la presencia de tumor contralateral.

339. Recomendación correcta para el tratamiento de los tumores de células germinales metastásicos:

a) En el tumor de células germinales no seminoma (TCGNS) metastásico de pronóstico intermedio, tratar con cuatro ciclos de BEP estándar.
b) Realizar resección quirúrgica de las masas residuales visibles (>1 cm) después de la quimioterapia para el TCGNS cuando los niveles séricos de marcadores tumorales estén normales o hacia la normalización.
c) Tratar a los tumores de células germinales no seminoma (TCGNS) de bajo volumen estadio IIA/B con marcadores elevados como IGCCCG de pronóstico bueno a intermedio, con tres a cuatro ciclos de cisplatino, etopósido, bleomicina (BEP).
d) Todas son correctas.



340. ¿Cuál de las siguientes lesiones premalignas no se relaciona con hasta un tercio de transformarse en cáncer epidermoide de pene?

a) Condiloma gigante (Buschke-Löwenstein).
b) Enfermedad de Bowen.
c) Liquen escleroso.
d) Todas se relacionan.

341. ¿Cuál no es una opción de tratamiento en el cáncer de pene en estadio Ta, T1a (G1, G2)?

a) Tratamiento tópico con 5-fluorouracilo o imiquimod.
b) Ablación láser con dióxido de carbono (CO2).
c) Ablación con láser neodimio (Nd:YAG).
d) Radioterapia para lesiones < 4 cm.

342. En el manejo de los ganglios regionales en el tratamiento del cáncer de pene, ¿cuál es la respuesta correcta cuando los ganglios inguinales son palpables (cN1/N2)?

a) Quimioterapia neoadyuvante seguida de linfadenectomía inguinal radical.
b) Linfadenectomía inguinal radical.
c) Radioterapia.
d) Cualquiera es una opción válida.

343. En lo que se refiere al estudio urodinámico, señale la FALSA:

a) Artefactos comunes como actividad rectal, picos bifásicos en prueba de tos o una respuesta insuficiente en presión abdominal durante el esfuerzo, pueden ser aceptados.
b) Los artefactos afectan la interpretación de los hallazgos urodinámicos y podrían conducir a un diagnóstico erróneo. Los cambios de presión con una pendiente constantemente escalonada o prolongada implican una causa no fisiológica (p.ej. movimiento, bloqueo desconexión, o fuga de un catéter), que debe resolverse.
c) Después de la contracción de vaciado, la aparición de una presión continua, ascendente o nueva del detrusor inmediatamente después finalizar el flujo, hay que considerar si se produce por colapso de la vejiga sobre las paredes de la sonda. Esta puede ser la razón por la cual algunos pacientes sienten que tienen una sensación de urgencia/dolor al final del vaciado y es reflejada como onda post miccional.
d) Una señal que no responde (señal muerta de presión vesical o presión abdominal) con cambios escalonados en la presión o presiones negativas, puede interpretarse permitiendo que los trazados sean valorables y puede no ser repetido el estudio.



344. Señalar la respuesta FALSA, respecto el control de calidad técnica y clínica del estudio urodinámico. Los siguientes criterios forman las recomendaciones mínimas para garantizar el control de calidad de los registros de presión:

a) Valores de reposo para presión abdominal, intravesical y detrusor con presiones en un rango típico.
b) Las señales de presión abdominal e intravesical "in vivo" pueden tener pequeñas variaciones causadas por respirar o hablar similares para ambas señales, sin embargo, estas variaciones no deberían aparecer en la presión del detrusor.
c) Se deben emplear tos u otras maniobras de aumento de la presión abdominal, incluso antes y después de orinar, para garantizar que las señales de presión abdominal e intravesical responden igual y controlar la plausibilidad del registro. Esto es porque la calidad del registro de presión puede deteriorarse rápidamente durante una prueba y puede llevar a sacar conclusiones erróneas si no se identifican.
d) Los rangos típicos para Presión vesical y Presión abdominal son en supino de 30-50 cmH2O; sentado 15-40 cmH2O; de pie 30-50 cmH2O. Por lo general, ambas presiones registradas son casi idénticas y no deben ser cero, de modo que la Presión del detrusor inicial está comprendida siempre entre −5 y +5 cmH2O en la mayoría de los registros.

345. Respecto a las infecciones urinarias en pacientes con disfunción neurógena vesicouretral y al grado de recomendación de las Guías clínicas, señalar el precepto FALSO:

a) No evaluar ni tratar la bacteriuria asintomática en pacientes con trastornos neuro urológicos, el grado de recomendación es fuerte.
b) Evite el uso de antibióticos a largo plazo para las infecciones recurrentes del tracto urinario (ITU). Grado recomendación débil.
c) En pacientes con ITU recurrentes, optimizar el tratamiento de los síntomas neuro urológicos y eliminar cuerpos extraños (p. ej., cálculos, catéteres permanentes) del tracto urinario. Grado recomendación fuerte.
d) Individualizar la profilaxis de las ITU en pacientes con trastornos neuro urológicos ya que no existe medida profiláctica óptima disponible. Grado recomendación fuerte.

346. En lo que se refiere a la cistopatía intersticial (CI) puede ser CI-Hunner o CI-no Hunner. Señalar la respuesta INCORRECTA:

a) La anatomía patológica de la lesión de CI-Hunner es completamente distinta a la CI-no Hunner, mostrando severa inflamación con células linfoplasmocíticas, edema estromal y aumento de la vascularización. La denudación epitelial es otro rasgo de CI-Hunner, siendo raro en CI-no Hunner y otros tipos de cistopatía crónica. Esta denudación se aprecia en zonas aparentemente sanas.
b) La lesión de Hunner, es una inflamación intensa que conduce a menudo a una vejiga de escasa capacidad, fibrótica, pudiendo comprometer la función del tracto urinario superior. Este tipo de progresión no se observa en la forma no ulcerosa.
c) Realizar una clasificación significativa de la cistitis intersticial y las afecciones relacionadas, como el SDV, es obligatorio para el progreso clínico y de investigación. Pacientes con lesiones de Hunner difieren en términos de histopatología, expresión génica y manejo clínico.



d) Las glomerulaciones actualmente son un criterio básico y esencial para el diagnóstico de síndrome de dolor vesical.

347. En lo que se refiere al nivel de evidencia respecto a los fármacos anticolinérgicos, sabiendo que resultan útiles para mejorar los síntomas de la vejiga hiperactiva para disminuir los episodios de incontinencia urinaria de urgencia, disminuir episodios diarios de urgencia, frecuencia y aumento de los volúmenes evacuados medios, señale la opción FALSA:

a) Los fármacos anticolinérgicos causaron más eventos adversos que el placebo, incluida la sequedad de boca, trastornos cognitivos y el estreñimiento. 1a.
b) No se ha demostrado que la darifenacina, la fesoterodina, la solifenacina y el trospio causen trastornos cognitivos disfunción en mujeres de edad avanzada en estudios a corto plazo.1b.
c) Las formulaciones de una vez al día de liberación modificada se asocian con tasas más bajas de eventos adversos en comparación con IR preparativos.1b.
d) Hay diferencias entre los fármacos anticolinérgicos, siendo algunos claramente superiores a otros para curar o mejorar la vejiga hiperactiva/incontinencia urinaria de urgencia.

348. Para el tratamiento con toxina botulínica de los síntomas del tracto urinario inferior femenino no neurogénicos, como refiere la actualización limitada de marzo de 2023 de las Guías de la EAU, señalar la FALSA:

a) Una sola sesión de tratamiento con toxina botulínica intravesical (100 U) inyectada en la pared de la vejiga es más eficaz que placebo para curar y mejorar los síntomas de UUI/OAB y mejorar la calidad de vida. 1a.
b) Hay evidencia de que las inyecciones repetidas de toxina botulínica intravesical reducen la eficacia con las veces que se aplica, pues la tasa de interrupción es alta.
c) Existe riesgo de disfunción miccional, aumento del volumen residual post miccional e ITU con las inyecciones de toxina botulínica intravesical. 1a.
d) El riesgo de bacteriuria después de la inyección de toxina botulínica intravesical (100 U) es alto, pero la importancia clínica de esta permanece incierta. 1b.

349. Para las fístulas vesico-vaginales, las siguientes recomendaciones y su evidencia científica, señale la INCORRECTA:

a) Al informar sobre los resultados después de la reparación de la fístula, debemos hacer una distinción clara entre las tasas de cierre de la fístula, las tasas de incontinencia urinaria postoperatoria y el tiempo en que se programó el seguimiento de la paciente.
b) Se deben emplear rutinariamente stents ureterales como profilaxis contra lesiones durante la cirugía de rutina ginecológica.
c) Sospeche lesión ureteral o fístula en pacientes después de una cirugía pélvica si hay una fuga de líquido o después de la operación, o si el líquido de drenaje contiene altos niveles de creatinina.
d) Fístula post radiación Las tasas de éxito son más bajas para las fístulas irradiadas que para las fístulas no irradiadas.



350. Respecto a la terapia con láser vaginal, señalar la FALSA:

a) Hay estudios que evalúan uso de láseres vaginales en el tratamiento de la VH en estudios a corto plazo detallando mínimas mejora, no se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados, la calidad de los estudios informados fue débil y la seguridad a largo plazo no se había establecido.
b) La terapia con láser vaginal muestra una mejora mínima de los síntomas de vejiga hiperactiva a corto plazo, con mínimas complicaciones, sin embargo, faltan datos de eficacia y seguridad a largo plazo.
c) No debemos ofrecer terapia vaginal con láser para tratar los síntomas de la vejiga hiperactiva fuera de un marco bien regulado o ensayo de investigación clínica.
d) El láser vaginal es de gran utilidad para el tratamiento de la incontinencia femenina en todas sus modalidades, siempre ayuda.

351. Respecto a los factores que afectan la medición de la acomodación vesical, durante el estudio urodinámico en la terminología actual de la ICS, influyen decisivamente, señalar la INCORRECTA:

a) La velocidad de llenado de la vejiga: la vejiga se debe llenar lentamente de forma preferible ante la sospecha de baja acomodación. El llenado rápido puede reducir artificialmente la acomodación de la vejiga. Este artefacto puede depurarse cuando el llenado es interrumpido o repetido con velocidad más lenta.
b) Es factor decisivo la distensibilidad y propiedades elásticas del detrusor (acomodación disminuida): la pared vesical puede reducir su distensibilidad, por ejemplo, por radiación pélvica o quimioterapia limitando su elasticidad. La obstrucción de la salida de la vejiga puede producir en el músculo detrusor hipertrofia, incremento del colágeno intramural, deposición de elastina y contribuir a reducir su acomodación.
c) Factores que afectan la acomodación vesical (aumento de acomodación): vejiga con divertículos y también pseudo divertículos, reflujo vesico-ureteral.
d) La determinación adecuada de la acomodación vesical casi nunca requiere repetir el estudio urodinámico, aunque haya discrepancia entre los datos clínicos de la historia y los datos urodinámicos.

352. Respecto a la evaluación adicional de la pareja masculina para tratamiento de reproducción asistida, señalar la FALSA:

a) Debe considerarse en parejas con infertilidad inexplicada y en parejas en las que hay un factor femenino tratado e infertilidad persistente.
b) Es costo-efectivo hacer una exploración por el urólogo en todos los hombres que acuden a una clínica de infertilidad, en lugar de hacerla solo después de los hallazgos anormales en el análisis de semen y / o una historia sexual y reproductiva anormal.
c) La evaluación inicial solo debe hacerse si el análisis del semen es anormal en el hombre, si es el caso se somete a una historia más completa y una exploración física, aunque varones con condiciones médicas importantes se perderán por este enfoque si es así de limitada.
d) Las guías clínicas recomiendan considerar una evaluación completa masculina (incluida E.F.) en aquellas parejas con infertilidad inexplicada o aquellos que



permanecen infértiles después de la corrección de factores femeninos.

353. Señalar la correcta:

a) La azoospermia secretora siempre se asocia con testes de tamaño disminuido.
b) La azoospermia secretora supone el 70 % de casos frente a la obstructiva.
c) La azoospermia secretora tiene disminuida la FSH.
d) El S. de Klinefelter tiene que ser tratado con testosterona para revertir la línea germinal y obtener espermatozoides.

354. La realización de biopsia testicular, señalar la FALSA:

a) Indicada para diagnóstico diferencial entre azoospermia excretora/secretora con fin reproductivo cuando FSH normal.
b) La PAAF testicular proporciona espermatozoides en más del 80 % de pacientes vasectomizados con descendencia suya previa 15 años después.
c) El PAAF testicular tiene menor morbilidad que la biopsia.
d) La elevación de la FSH dos veces su valor hace que en la biopsia no encontremos espermatozoides y por eso no la haremos.

355. Se define la vejiga hiperactiva refractaria aquella con:

a) Contraindicación para tratamiento farmacológico.
b) Falta de eficacia de los tratamientos.
c) Intolerancia a efectos secundarios.
d) Todas las anteriores.

356. Señale la respuesta INCORRECTA:

a) La LH regula y estimula la biosíntesis de testosterona en las células de Leydig, localizadas en el intersticio testicular.
b) La FSH estimula la espermatogénesis al actuar sobre las células de Sertoli, localizadas en los túbulos seminíferos.
c) La función exocrina es controlada y estimulada por la FSH hipofisaria que, al actuar sobre los receptores específicos de las células de Sertoli, localizados en los túbulos seminíferos, dará lugar al proceso de producción de espermatozoides.
d) Debido a la estimulación de la adenohipófisis (FSH), y por diferentes factores hormonales, esta función no se desarrolla durante la vida sexual activa (pasados los 80 años no hay actividad).

357. ¿Es beneficioso el tratamiento de la bacteriuria asintomática? Señale la opción FALSA:

a) El tratamiento de la bacteriuria asintomática no es beneficioso en las siguientes condiciones: mujeres sin factores de riesgo, pacientes con diabetes mellitus bien controlada y mujeres postmenopáusicas.
b) Es beneficioso en pacientes mayores institucionalizados.



c) El tratamiento de la bacteriuria asintomática es perjudicial en pacientes con infecciones recurrentes del tracto urinario. 1b
d) El tratamiento de la bacteriuria asintomática es beneficioso antes de los procedimientos urológicos que infrinjan la mucosa urotelial.

358. Respecto a el tratamiento de las infecciones urinarias señale la premisa FALSA:

a) El 11 de marzo de 2019, la Comisión Europea implementó condiciones regulatorias estrictas con respecto al uso de las fluoroquinolonas debido a sus efectos secundarios incapacitantes y potencialmente duraderos. Esta decisión es legalmente vinculante y es aplicable en todos los países de la UE. Se ha instado a las autoridades nacionales a hacer cumplir esta sentencia y a tomar todas las medidas apropiadas para promover el uso correcto de esta clase de antibióticos.
b) En la cistitis no complicada a La fluoroquinolona solo debe usarse cuando se considere inapropiado usar otros agentes antibacterianos que se recomiendan comúnmente para el tratamiento de estas infecciones.
c) La cistitis en el embarazo puede tratarse con tratamientos cortos de antimicrobianos para el tratamiento de la cistitis en el embarazo, pero no todos los antimicrobianos son adecuados durante el embarazo. En general, penicilinas, cefalosporinas, fosfomicina.
d) La cistitis en hombres sin afectación de la próstata es poco frecuente y no debe clasificarse como infección complicada, por lo tanto, se necesita tratamiento con antimicrobianos que penetran en el tejido prostático en hombres con síntomas de ITU. Se recomienda una duración del tratamiento de 3 días, preferiblemente con trimetoprima sulfametoxazol, o una fluoroquinolona si está de acuerdo con las pruebas de susceptibilidad.

359. En lo que respecta a las infecciones urinarias recurrentes, señale la FALSA:

a) Se ha demostrado que la profilaxis inmunoactiva es más eficaz que el placebo en pacientes de sexo femenino con infecciones urinarias recurrentes en varios ensayos aleatorios con un buen perfil de seguridad. 1a.
b) Usar profilaxis antimicrobiana continua o poscoital para prevenir la IU recurrente cuando las intervenciones han fracasado, aconsejando a las personas pacientes sobre los posibles efectos secundarios tiene una recomendación fuerte.
c) Probióticos que contienen L. rhamnosus GR-1, L. reuteri B-54 y RC-14, L. casei shirota o L. crispatus CTV-05 son efectivos para la restauración de la flora vaginal y han mostrado una tendencia hacia la prevención de las infecciones urinarias recurrentes. 1b
d) La evidencia científica actual sobre la eficacia de los productos de arándano en la prevención de las r ITU es muy concluyente.



360. En lo que se refiere a la infección urinaria y a su evidencia y recomendaciones para la evaluación diagnóstica en pacientes con infección urinaria en personas portadoras de catéter urinario, señale la FALSA:

a) Las personas pacientes con catéteres permanentes o suprapúbicos se convierten en personas portadoras de bacteriuria asintomática, si son tratados con antibióticos no obtienen ningún beneficio.
b) Para el tratamiento antimicrobiano ante sospecha de infección urinaria en personas portadoras de catéter urinario, se debe obtener una muestra de orina para cultivo antes de iniciar la terapia antimicrobiana para la supuesta infección, debido al amplio espectro de posibles organismos infecciosos y la mayor probabilidad de resistencia antimicrobiana.
c) Los microorganismos en infección urinaria en personas portadoras de catéter urinario no son comparables con los microorganismos causantes en otras infecciones urinarias, por lo tanto, la infección urinaria en personas portadoras de catéter urinario sintomáticas, deben tratarse de otro modo diferente a las recomendaciones para ITU complicadas.
d) Siete días es la duración recomendada del tratamiento antimicrobiano para pacientes con infección urinaria en personas portadoras de catéter urinario que tienen una pronta resolución de los síntomas, y se recomiendan catorce días de tratamiento para aquellos con una respuesta tardía, independientemente de que la persona paciente permanezca o no cateterizada.

361. No es un inhibidor de la fosfodiesterasa 5, uno de los siguientes:

a) Sildenafilo.
b) Vardenafilo.
c) Alprostadilo.
d) Tadalafilo.

362. ¿Cuál de los siguientes IPDE5 tiene menos probabilidad de producir cefalea?

a) Tadalafilo.
b) Sildenafilo.
c) Vardenafilo.
d) Avanafilo.

363. No se recomienda para el diagnóstico de Hipogonadismo masculino según la EAU:

a) Determinar si existen enfermedades concomitantes, así como la toma de fármacos o sustancias que puedan interferir en la producción de testosterona.
b) Determinar los niveles de prolactina si existe bajo deseo sexual y los niveles de testosterona son normales o bajos.
c) Determinar los niveles de testosterona por la mañana y sin ayuno entre las 7:00 y las 11:00.
d) Solicitar RMN cerebral en el hipogonadismo secundario si la PRL está elevada y existen síntomas de masa hipofisaria.



364. No se recomienda para el tratamiento de la eyaculación precoz según la EAU:

a) Anestésico tópico.
b) Dapoxetina.
c) Terapia psicoconductual.
d) Colagenasa del Clostridium histolyticum.

365. El varicocele palpable y no visible en reposo, se considera un grado:

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

366. La cirugía del varicocele en infertilidad puede aportar beneficios en:

a) Varicocele subclínico.
b) Seminograma normal.
c) Infertilidad por factor masculino inexplicada.
d) Mujer de > 36 años con estudio de fertilidad alterado.

367. Es la causa genética más frecuente de azoospermia no obstructiva:

a) Síndrome 46 XX masculino.
b) Síndrome de Noonan.
c) Síndrome de Klinefelter.
d) Síndrome 47 XYY.

368. ¿Qué tanto por ciento de volumen seminal secretan las vesículas seminales?

a) 5 %.
b) 30 %.
c) 80 %.
d) 10 %.

369. De los siguientes, es recomendación en el tratamiento conservador de la enfermedad de Peyronie según la EAU, EXCEPTO uno:

a) Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5.
b) Antiinflamatorios no esteroideos.
c) Corticoides intralesionales.
d) Dispositivo de vacío.



370. No es un tratamiento intralesional para la enfermedad de Peyronie uno de los siguientes:

a) Verapamilo.
b) Interferón alfa.
c) Tamoxifeno.
d) Colagenasa de Clostridium histolyticum.

371. ¿Cuál de las siguientes opciones de cirugía de extracción renal en una persona donante viva sería la más conveniente en un centro hospitalario estándar?

a) Nefrectomía simple laparoscópica.
b) Nefrectomía simple abierta.
c) Nefrectomía laparoscópica por orificios naturales.
d) Nefrectomía simple robótica.

372. ¿En cuál de las siguientes opciones puede ser útil la utilización de las máquinas de perfusión hipotérmica tras una extracción renal?

a) Extracción de donante cadáver estándar.
b) Extracción de donante cadáver con criterios expandidos.
c) Extracción de donante en asistolia controlada.
d) Todas las opciones anteriores son correctas.

373. Con respecto a la anastomosis de la vía urinaria en el trasplante renal, ¿cuál de las siguientes opciones es correcta?

a) La utilización de doble J está desaconsejada porque se asocia a mayor tasa de complicaciones.
b) El uso del uréter nativo de la persona paciente es la más aconsejada porque se preserva mejor el recorrido natural de la vía urinaria.
c) Las técnicas extravesicales se han asociado a mayor tasa de estenosis a largo plazo y deben realizarse técnicas transvesicales.
d) Todas las respuestas anteriores son incorrectas.

374. Con respecto a las complicaciones del trasplante renal, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?

a) La ecografía es la técnica de imagen de inicio en el manejo de las complicaciones del trasplante renal.
b) El manejo inicial del linfocele sintomático o compresivo es mediante drenaje percutáneo.
c) En caso de sospecha de trombosis arterial en la ecografía, se debe realizar arteriografía con fibrinólisis como primera elección.
d) Cuando existe una fístula urinaria del injerto renal, el manejo inicial puede ser conservador con doble J, sonda vesical y/o nefrostomía percutánea.



375. La prevalencia estimada de reflujo vesicoureteral en niños/as con infección del tracto urinario es:

a) 1 %.
b) 3 %.
c) 5 %.
d) 30 %.

376. La obstrucción postoperatoria temprana puede ocurrir después de un reimplante ureteral debido a:

a) Edema.
b) Sangrado subtrigonal.
c) Coágulo de sangre.
d) Todo lo anterior.

377. Los conceptos clave en la reconstrucción peneana en un niño con epispadias incluyen todos los siguientes EXCEPTO:

a) Corrección de chordee ventral.
b) Reconstrucción uretral.
c) Reconstrucción de glande.
d) Cobertura de la piel del pene.

378. Todos los siguientes hallazgos en las imágenes prenatales deben despertar la sospecha de válvulas uretrales posteriores, EXCEPTO:

a) Pared vesical engrosada.
b) Genitales ambiguos.
c) Oligohidramnios.
d) Uretra posterior dilatada, signo del ojo de cerradura.

379. La causa más común de mortalidad neonatal temprana en un bebé afectado por válvulas de uretra posterior es:

a) Sepsis urinaria.
b) Enfermedad renal terminal no susceptible de diálisis.
c) Hipoplasia pulmonar.
d) Ascitis urinaria por rotura del cáliz forniceal.

380. ¿Cuál de los siguientes aumenta el riesgo de desarrollar litiasis en el tracto urinario inferior en niños/as con ampliación vesical?

a) Uso del segmento ileal y vaciado espontáneo parcial.
b) Irrigación rutinaria de la vejiga con agua o solución salina.
c) Uso de un antimuscarínico.



d) Cateterismos intermitentes por uretra, en lugar de un estoma abdominal.

381. ¿Con cuál de las siguientes está asociada la disfunción del tracto urinario inferior en niños/as?

a) Estreñimiento.
b) Trastornos neuropsiquiátricos.
c) Infección del tracto urinario.
d) Todo lo anterior.

382. ¿Cuál de los siguientes órganos está implicado en la patogénesis de la enuresis?

a) Vejiga.
b) Cerebro.
c) Riñón.
d) Todo lo anterior.

383. Con respecto a la continencia después de la reconstrucción de lesión uretral por fractura pélvica, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?

a) La ubicación de la lesión a lo largo del curso de la uretra membranosa no se asocia con continencia posoperatoria.
b) La continencia se puede predecir con precisión mediante estudios de contraste.
c) La continencia se predice mejor por la visualización del cuello de la vejiga en la endoscopia.
d) La continencia se trata mejor después de realizar un procedimiento para restablecer la continuidad uretral.

384. En la valoración diagnóstica inicial de una estenosis uretral masculina anterior no complicada, ¿cuál de las siguientes exploraciones es la menos útil?

a) Resonancia magnética pélvica.
b) Ultrasonografía uretral de alta resolución.
c) Estudios con contraste.
d) Uretroscopia.

385. En relación con la evaluación preoperatoria de la persona paciente candidata a cirugía por hiperplasia benigna de próstata señale la respuesta INCORRECTA:

a) La cistoscopia es especialmente útil para identificar lóbulo medio obstructivo, estenosis uretral o tumor vesical.
b) La ecografía, la TC o la RM) son más adecuadas que la cistoscopia para estimar con precisión el volumen prostático.
c) En una persona paciente con PSA elevado debe evaluarse y excluirse cáncer de próstata clínicamente significativo antes de indicar cirugía desobstructiva por HBP).



d) La presencia de un residuo posmiccional elevado aislado constituye por sí solo indicación de cirugía prostática, aunque la persona paciente este asintomática y sin factores de riesgo.

386. Respecto al UroLift®, señale la respuesta correcta:

a) El implante se despliega mediante una aguja de 19 G y habitualmente se utilizan 4-6 implantes desde cuello vesical hasta ápex.
b) El implante se despliega mediante una aguja de 22 G y habitualmente se utilizan 1-2 implantes de forma principal en el lóbulo medio.
c) El componente uretral es de nitinol y la pestaña capsular es de acero inoxidable.
d) Los implantes contraindican de forma absoluta la realización posterior de RM de 1,5 o 3 teslas.

387. En relación con el Rezum®, señale la combinación correcta:

a) Aguja de 18 G, penetración fija de 10,25 mm, inyección de vapor a 103ºC durante 9 segundos y liberación de 540 calorías por gramo de tejido.
b) Aguja de 19 G, penetración fija de 5 mm, inyección de vapor a 65ºC durante 20 segundos y liberación de 120 calorías por gramo de tejido.
c) Aguja de 21 G, penetración variable de 15 mm, inyección de vapor a 80ºC durante 30 segundos y energía total de 250 kJ por procedimiento.
d) Aguja de 18 G, penetración fija de 10,25 mm, inyección de vapor a 44ºC durante 9 segundos y liberación de 4 calorías por gramo de tejido.

388. Respecto a la eficacia funcional y retratamiento tras RTUP monopolar, señale la combinación correcta:

a) Mejoría de Qmax del 62 %, reducción de IPSS del 40 %, reducción de QoL (quality of life, calidad de vida) del 30 % y retratamiento del 15 % al año.
b) Mejoría de Qmax del 162 %, reducción de IPSS del 70 %, reducción de QoL del 69 % y reducción de residuo posmiccional del 77 %.
c) Mejoría de Qmax del 49 %, reducción de IPSS del 48 %, reducción de QoL del 45 % y retratamiento quirúrgico del 4,4 %.
d) mejoría de Qmax del 14 %, reducción de IPSS del 27 %, reducción de QoL del 11 % y reducción de residuo posmiccional del 30 %.

389. En relación con la RTUP bipolar frente a la RTUP monopolar, señale la combinación correcta de complicaciones perioperatorias:

a) Complicaciones globales 15,5 % frente a 28,6 %, transfusión 1,5 % frente a 7,3 %, retención por coágulos 7,9 % frente a 18,2 % y síndrome post resección transuretral 0 % frente a 2,1 %.
b) Complicaciones globales 28,6 % frente a 15,5 %, transfusión 7,3 % frente a 1,5 %, retención por coágulos 18,2 % frente a 7,9 % y síndrome post resección transuretral 2,1 % frente a 0 %.



c) Complicaciones globales 12 % frente a 18,7 %, transfusión 4 % frente a 17,9 %, retención por coágulos 0 % frente a 2,1 % y síndrome post resección transuretral 7,9 % frente a 18,2 %.
d) Complicaciones globales 26 % frente a 42 %, transfusión 0,8 % frente a 3,9 %, retención por coágulos 1 % frente a 11 % y síndrome post resección transuretral 5 % frente a 0 %.

390. En cistectomía radical robótica con linfadenectomía extendida y eventual derivación intracorpórea, señale la combinación correcta de colocación de puertos:

a) Cámara 5-7 cm por encima del ombligo; dos puertos robóticos derechos al mismo nivel separados 9-10 cm; puerto robótico izquierdo 14-16 cm lateral al ombligo y ligeramente por encima de su nivel; puerto asistente de 12 mm entre cámara y puerto robótico izquierdo; puerto asistente de 15 mm lateral al puerto robótico izquierdo.
b) Cámara umbilical; puertos robóticos derechos separados 5 cm; puerto robótico izquierdo suprapúbico; puerto asistente único de 5 mm en hipocondrio izquierdo.
c) Cámara subxifoidea; puertos robóticos en semicírculo periumbilical; puerto asistente de 15 mm suprapúbico para extracción de pieza.
d) Cámara infraumbilical; todos los puertos robóticos en línea media; puerto asistente de 12 mm en fosa ilíaca derecha.

391. En relación con la linfadenectomía pélvica en cistectomía radical, valore las siguientes afirmaciones:
a) La plantilla estándar incluye como límites el nervio genitofemoral lateralmente, la arteria ilíaca interna medialmente, el ligamento de Cooper inferiormente y el cruce ureteral sobre la arteria ilíaca común superiormente.
b) La linfadenectomía extendida incluye en determinadas plantillas el paquete ilíaco común completo y el presacro.
c) La extensión cefálica hasta el paquete preaórtico a nivel de la arteria mesentérica inferior no ha demostrado aportar información adicional clara frente a la disección desde las ilíacas comunes hacia distal.
d) El nervio obturador constituye el límite posterior absoluto de la disección obturatriz, por lo que se evita resecarse tejido lateral o posterior al nervio. Señale la respuesta correcta:

a) Son correctas a y d.
b) Son correctas a, b y c.
c) Son correctas b, c y d.
d) Todas son correctas.



392. En relación con cifras de linfadenectomía y calidad quirúrgica en cistectomía radical, señale la combinación correcta:

a) Extracción de al menos 10 ganglios asociada a mejoría de supervivencia a 5 años de 44 % a 61 %; en pacientes pN+, mediana de supervivencia global de 13 meses si se resecan 1-5 ganglios y 23 meses si se resecan 10 o más.
b) Extracción de al menos 20 ganglios asociada a descenso de supervivencia a 5 años de 61 % a 44 %; en pN+, mediana de supervivencia de 23 meses si se resecan 1-5 ganglios.
c) En enfermedad no músculo-invasiva sometida a cistectomía, el rendimiento ganglionar no se asocia a recurrencia pélvica ni supervivencia.
d) La positividad ganglionar en cistectomía por enfermedad no músculo-invasiva es prácticamente nula, inferior al 1 %, por lo que la linfadenectomía puede omitirse.

393. En cistectomía radical femenina con intención de preservar función sexual o realizar neovejiga ortotópica, señale la respuesta correcta:

a) La exenteración pélvica anterior completa es rutinaria en pacientes con cT2 con cT2, aunque no exista afectación de cuello vesical, uretra ni vagina anterior.
b) La preservación uretral y vaginal se contempla en enfermedad de bajo estadio, sin afectación de cuello vesical ni uretra, y requiere margen uretral intraoperatorio negativo si se plantea neovejiga ortotópica.
c) La preservación ovárica está contraindicada en mujeres posmenopáusicas, porque no existe producción androgénica ovárica residual.
d) La neovejiga ortotópica femenina no requiere soporte de pared vaginal anterior, por lo que la resección vaginal amplia no condiciona el resultado funcional.

394. Respecto al abordaje robótico transperitoneal renal, señale la respuesta correcta:

a) En configuración de tres brazos, los trocares robóticos se colocan habitualmente en línea media, porque la triangulación se consigue por la articulación EndoWrist.
b) En configuración de tres brazos, la cámara puede colocarse en región periumbilical y dos trocares robóticos en línea axilar anterior, uno supracrestal y otro subcostal, manteniendo separación suficiente para evitar colisión.
c) La distancia mínima recomendada entre brazos es mayor en Xi que en Si, aproximadamente 8 cm frente a 6 cm.
d) El puerto de asistencia de 12 mm debe evitarse en procedimientos que puedan requerir suturas, clips, grapadoras, succión o retracción.

395. Respecto a las cifras técnicas de separación entre brazos robóticos en cirugía renal transperitoneal, señale la opción correcta:

a) 4 cm en Si y 3 cm en Xi.
b) 6 cm en Si y 8 cm en Xi.
c) 8 cm en Si y 6 cm en Xi.
d) 10 cm en Si y 12 cm en Xi.



396. En relación con las complicaciones viscerales en cirugía renal laparoscópica, señale la respuesta INCORRECTA:

a) La lesión intestinal no reconocida puede debutar con dolor persistente o creciente en un punto de trocar, distensión abdominal, febrícula, náuseas, diarrea, anorexia y leucocitos normales o bajos.
b) La lesión térmica intestinal suele manifestarse de forma más tardía que la lesión no térmica.
c) Ante sospecha de lesión intestinal no reconocida, la TC con contraste oral es una prueba inicial adecuada.
d) La lesión intestinal inadvertida suele producir leucocitosis franca inmediata y eritema purulento en el trocar afecto, por lo que el diagnóstico clínico temprano es sencillo.

397. En cálculos ureterales proximales menores de 2 cm tratados mediante ureteroscopia o litotricia extracorpórea, ¿qué tasas libres de litiasis a los 3 meses se describen para ureteroscopia y litotricia extracorpórea, respectivamente?

a) 86,6 % y 82,2 %.
b) 82,2 % y 86,6 %.
c) 91 % y 21 %.
d) 78 % y 79 %.

398. Respecto a la durabilidad de los ureteroscopios flexibles reutilizables, señale la combinación correcta:

a) Tasa de reparación del 6,5 %, equiparable a 15 procedimientos antes de reparación, con coste medio de reparación de 6.808 dólares.
b) Tasa de reparación del 15 %, equiparable a 6,5 procedimientos antes de reparación, con coste medio de reparación de 441 dólares.
c) Tasa de reparación del 10,7 %, equiparable a 9 procedimientos antes de reparación, con coste medio de reparación de 2.852 dólares.
d) Tasa de reparación del 3,2 %, equiparable a 27 procedimientos antes de reparación, con coste medio de reparación de 6.808 dólares.

399. En relación con los ureteroscopios flexibles digitales de un solo uso, señale la respuesta correcta:

a) Son de forma sistemática más coste-efectivos que los reutilizables, independientemente del volumen anual del centro.
b) En centros con menos de 99 procedimientos anuales, se consideran más coste-efectivos que los reutilizables.
c) Su coste por caso se ha descrito como claramente inferior al de los reutilizables, con independencia de los costes de reprocesamiento.
d) Su principal limitación es la ausencia de deflexión superior a 180 grados.



400. En un uréter estrecho o de difícil acceso durante una ureteroscopia, señale la respuesta correcta:

a) La imposibilidad de acceso ureteral seguro se sitúa aproximadamente en el 8-11 % pese a la miniaturización de los ureteroscopios.
b) La imposibilidad de acceso ureteral seguro es inferior al 1 % en las series contemporáneas.
c) La colocación previa de stent ureteral debe prolongarse más de 5 semanas para maximizar la tasa libre de litiasis.
d) La ureteroscopia diferida tras colocación previa de stent ureteral obtiene mejores resultados si se realiza antes de los 14 días.

401. Respecto al uso de alfabloqueantes antes de ureteroscopia electiva, señale la respuesta correcta:

a) Se ha descrito una reducción de la necesidad de dilatación intraoperatoria de aproximadamente el 61 %, junto con una reducción media del tiempo operatorio de unos 6 minutos.
b) Se ha descrito una reducción de la necesidad de dilatación intraoperatoria de aproximadamente el 16 %, sin efecto sobre el acceso al cálculo.
c) Su utilidad se limita a litiasis renales tratadas con ureteroscopio flexible, sin efecto en litiasis ureterales.
d) Su uso aumenta la fuerza necesaria para insertar vainas 12/14 Fr, aunque reduce los síntomas posoperatorios del catéter.

402. En relación con la extracción de cálculos o fragmentos mediante cesta durante ureteroscopia, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Durante la extracción deben visualizarse el cálculo y la pared ureteral para evitar atrapamiento o lesión ureteral.
b) Es recomendable mantener el cálculo aproximadamente 5-10 mm alejado de la punta del ureteroscopio durante la extracción.
c) La extracción “a ciegas” con cesta es aceptable si el cálculo se localiza por debajo del reborde pélvico.
d) Si existe duda sobre la posibilidad de extracción segura, es preferible fragmentar el cálculo antes de intentar retirarlo.

403. Respecto a la litotricia neumática ureteral, señale la combinación correcta de éxito a las 2 semanas según la localización:

a) 96,9 % por encima del reborde pélvico, 93,8 % a nivel del reborde pélvico y 80,3 % por debajo.
b) 80,3 % por encima del reborde pélvico, 93,8 % a nivel del reborde pélvico y 96,9 % por debajo.
c) 93,8 % por encima del reborde pélvico, 96,9 % a nivel del reborde pélvico y 80,3 % por debajo.
d) 80,3 % por encima del reborde pélvico, 96,9 % a nivel del reborde pélvico y 93,8 % por debajo.



404. Respecto a la evolución natural de las litiasis renales asintomáticas, señale la respuesta correcta:

a) La prevalencia de litiasis renal asintomática en poblaciones cribadas es aproximadamente del 2 %, y el riesgo de evento sintomático a 5 años es inferior al 10 %.
b) La prevalencia de litiasis renal asintomática en poblaciones cribadas es aproximadamente del 10 %, y la probabilidad de evento sintomático a 5 años se aproxima al 48,5 %.
c) La prevalencia de litiasis renal asintomática en poblaciones cribadas es aproximadamente del 20 %, y la probabilidad de evento sintomático a 5 años es del 77 %.
d) La litiasis renal asintomática debe tratarse de forma sistemática de entrada, con independencia de tamaño, localización, antecedentes y preferencias del paciente.

405. En relación con los fragmentos residuales tras tratamiento ureteroscópico de litiasis renal, señale la respuesta correcta:

a) Los fragmentos residuales de hasta 8 mm pueden considerarse clínicamente irrelevantes si la persona paciente está asintomática.
b) Los fragmentos residuales menores de 10 mm no se asocian a crecimiento, complicaciones ni necesidad de reintervención.
c) Los fragmentos residuales mayores de 4 mm se asocian a mayor riesgo de crecimiento, complicaciones y necesidad de reintervención.
d) La definición de éxito tras ureteroscopia renal no depende del tamaño del fragmento residual ni de la técnica de imagen utilizada.

406. En relación con la miniaturización del tracto en nefrolitotomía percutánea, señale la clasificación correcta:

a) Mini-PCNL 8-10 Fr; ultra-mini: 15-22 Fr; microperc: 24-34 Fr; estándar: 11-14 Fr.
b) Mini-PCNL: 15-22 Fr; ultra-mini: 11-14 Fr; microperc: menor de 10 Fr; estándar: 24-34 Fr.
c) Mini-PCNL: 24-34 Fr; ultra-mini: menor de 10 Fr; microperc: 15-22 Fr; estándar: 11-14 Fr.
d) Mini-PCNL: 11-14 Fr; ultra-mini: 24-34 Fr; microperc: 15-22 Fr; estándar: menor de 10 Fr.



407. En relación con los criterios WPATH SOC8 (World Professional Association for Transgender Health Standards of Care version 8) para cirugía genital de afirmación de género, valore las siguientes afirmaciones:
a) En personas adultas, puede ser suficiente una única evaluación por un profesional competente en salud transgénero.
b) Para gonadectomía debe considerarse un mínimo de 6 meses de tratamiento hormonal, si es coherente con los objetivos de la persona.
c) SOC8 (Standards of Care version 8) abandona la exigencia rígida de 12 meses de transición social o "experiencia en rol" antes de la intervención.
d) La presencia de la comorbilidad psiquiátrica activa se considera criterio independiente para hace improbable la cirugía hasta su resolución completa.
Señale la respuesta correcta:

a) Son correctas a y b.
b) Son correctas b y d.
c) Son correctas a, b y c.
d) Todas son correctas.

408. En relación con la proporción de las personas transgénero y género-diversas, señale la combinación correcta:

a) Estudios basados en sistemas sanitarios: 2,5-8,4 %; estudios mediante encuestas: 0,01-0,1 %; encuestas en infancia y adolescencia: 0,3-4,5 %.
b) Estudios basados en sistemas sanitarios: 0,3-4,5 %; estudios mediante encuestas: 2,5-8,4 %; encuestas en infancia y adolescencia: 0,01-0,1 %.
c) Estudios basados en sistemas sanitarios: 1-2 %; estudios mediante encuestas: 5-10 %; encuestas en infancia y adolescencia: 10-15 %.
d) Estudios basados en sistemas sanitarios: 0,01-0,1 %; estudios mediante encuestas: 0,3-4,5 %; encuestas en infancia y adolescencia: 2,5-8,4 %.

409. En relación con síntomas urinarios tras vaginoplastia por inversión peneana, señale la combinación correcta:

a) Cambios miccionales posoperatorios 5,6 %; empeoramiento sintomático 1-4 %; nocturia 0-4 %.
b) Cambios miccionales posoperatorios 80 %; empeoramiento sintomático 60 %; nocturia 75 %.
c) Cambios miccionales posoperatorios 4-16 %; empeoramiento sintomático 5,6-33 %; nocturia 1-6 %.
d) Cambios miccionales posoperatorios 32,2 %; empeoramiento sintomático 19,3 %; nocturia 41,2 %.



410. Respecto al revestimiento del canal, labioplastia y cierre cutáneo tras vaginoplastia, valore las siguientes afirmaciones:
a) El injerto debe mantenerse en contacto con el tejido circundante del canal para favorecer su integración.
b) Una incisión en la línea media de la piel peneana invertida facilita la exteriorización del clítoris y el flujo urinario no interrumpido.
c) El tejido escrotal rugoso debe resecarse para optimizar el resultado estético.
d) La incisión debe situarse a menos de 0,5 cm del pliegue inguinal para disminuir la dehiscencia. Señale la respuesta correcta:

a) Son correctas a y d.
b) Son correctas a, b y c.
c) Son correctas b, c y d.
d) Todas son correctas.

411. En relación con la hormonoterapia previa a cirugía genital masculinizante, señale la combinación correcta:

a) Se recomiendan al menos 6 meses de testosterona; el crecimiento clitoriano se satura al año.
b) Se recomiendan al menos 12 meses de testosterona; el crecimiento clitoriano se satura aproximadamente a los 2 años.
c) Se recomiendan al menos 24 meses de testosterona; el crecimiento clitoriano se satura a los 6 meses.
d) La testosterona no modifica la técnica de metoidioplastia ni la dificultad de la vaginectomía.

412. En la transferencia sensitiva y fijación clitoriana durante la faloplastia, señale la respuesta correcta:

a) Deben disecarse ambos nervios dorsales del clítoris al menos 8-10 cm para asegurar sensibilidad protectora.
b) El nervio dorsal del clítoris se localiza a las 6 horas y se anastomosa sistemáticamente a la arteria radial.
c) Puede disecarse un nervio dorsal del clítoris durante unos 2-3 cm, localizado en torno a las posiciones de la 1 y las 11 horas, para conectarlo posteriormente a un nervio cutáneo del colgajo.
d) La fijación del clítoris a la sínfisis púbica debe evitarse porque impide el vaciado uretral y aumenta el riesgo de fístula.



413. En relación con las complicaciones uretrales tras faloplastia, valore las siguientes afirmaciones:
a) Hasta un 60 % de pacientes presentan complicaciones uretrales.
b) La fístula uretral temprana se describe aproximadamente en el 5-60,3 %.
c) Las fístulas pequeñas tienen una posibilidad de cierre espontáneo del 19-54 %.
d) Si una fístula persiste más de 3 meses, se considera permanente y suele requerir reparación quirúrgica. Señale la respuesta correcta:

a) Son correctas a, b y c.
b) Son correctas a y d.
c) Son correctas b, c y d.
d) Todas son correctas.

414. En relación con la elección del segmento intestinal para reconstrucción urinaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El yeyuno es el segmento de elección habitual por su bajo riesgo de alteraciones electrolíticas.
b) El estómago es una alternativa útil en pacientes con disfunción renal grave porque no produce acidosis metabólica hiperclorémica como otros segmentos intestinales.
c) El colon se excluye de forma sistemática en pacientes irradiados, aunque el segmento elegido se encuentre fuera del campo de radioterapia.
d) El íleon no se utiliza en derivaciones urinarias por su escasa movilidad y su irrigación inconstante.

415. En relación con las complicaciones metabólicas de las derivaciones urinarias intestinales, señale la opción correcta:

a) En pacientes con filtrado glomerular inferior a 35 mL/min, incapacidad para acidificar la orina por debajo de 5,8 o incapacidad para concentrar por encima de 600 mOsm/kg, deben utilizarse segmentos intestinales limitados; el íleon y el colon se asocian a acidosis metabólica hiperclorémica.
b) En pacientes con filtrado glomerular inferior a 35 mL/min, el colon es el segmento preferente porque produce alcalosis metabólica hipoclorémica y menor absorción urinaria de amonio.
c) En pacientes con gastrocistoplastia, la complicación metabólica característica es la acidosis metabólica hiperclorémica, sobre todo en pacientes con gastrina baja y reservorios infradistendidos.
d) La interposición de intestino en la vía urinaria reduce la toxicidad de los quimioterápicos al disminuir el tiempo de contacto urinario con la mucosa intestinal.



416. En cuanto al reflujo ureterointestinal y la preservación del tracto urinario superior, señale la afirmación correcta:

a) El reflujo en un uréter normal, sin obstrucción, se ha demostrado como causa independiente de deterioro renal progresivo en adultos con conducto ileal.
b) La anastomosis antirreflujo evita la colonización bacteriana de la pelvis renal y por ello elimina el riesgo de pielonefritis ascendente.
c) El deterioro renal se relaciona especialmente con reflujo asociado a mala peristalsis ureteral, bacteriuria u obstrucción; el daño por reflujo aislado en un uréter adulto normal y no obstruido no está establecido.
d) Las técnicas antirreflujo presentan, globalmente, menor riesgo de estenosis que las técnicas refluyentes, por lo que deben preferirse en todo reservorio de baja presión.

417. Sobre las anastomosis intestinales en reconstrucción urinaria, señale la opción correcta:

a) Las suturas o grapas tienen tasas de complicaciones similares si la técnica es correcta; las grapas no reabsorbibles deben evitarse en intestino expuesto a orina por riesgo de litiasis.
b) La anastomosis grapada debe preferirse para cerrar reservorios urinarios porque reduce la formación de cálculos frente a la sutura reabsorbible.
c) La dehiscencia anastomótica se asocia sobre todo a exceso de inversión serosa, cierre del mesenterio y uso de sutura reabsorbible.
d) La anastomosis ileoileal laterolateral grapada es excepcional en urología porque aumenta el íleo paralítico y disminuye el calibre luminal.

418. Con respecto al prolapso de órganos pélvicos, la PVdR (paravaginal defect repair, reparación del defecto paravaginal), señale la respuesta correcta:

a) Corrige el defecto central mediante plicatura exclusiva de la fascia pubocervical en la línea media.
b) Reancla la fascia rectovaginal al ligamento sacroespinoso mediante suturas apicales bilaterales.
c) Reancla la fascia pubocervical al arco tendinoso de la fascia pélvico mediante aproximadamente 5-7 suturas no absorbibles separadas 1 cm.
d) Sustituye la colporrafia anterior en los defectos centrales aislados sin necesidad de disección lateral.

419. En relación con la suspensión vaginal alta a los ligamentos uterosacros, señale la respuesta correcta:

a) La distancia entre uréter y ligamento uterosacro aumenta desde aproximadamente 0,9 cm cerca del sacro hasta 4 cm cerca del cérvix.
b) La colocación más segura de las suturas se sitúa en el segmento sacro del ligamento uterosacro, por encima de la espina isquiática.
c) Las suturas se colocan de medial a lateral para reducir el riesgo de inclusión ureteral.
d) La distancia entre uréter y ligamento uterosacro disminuye desde aproximadamente 4 cm cerca del sacro hasta 0,9 cm cerca del cérvix.



420. En relación con la activación de la inmunidad innata por BCG intravesical, valore las siguientes afirmaciones:
a) Los patrones moleculares asociados a patógenos son reconocidos por receptores tipo Toll.
b) Los peptidoglicanos de la pared celular de BCG pueden actuar como patrones moleculares asociados a patógenos y activar TLR2.
c) Los neutrófilos constituyen aproximadamente el 60 % de los leucocitos circulantes y son característicos de la inflamación aguda.
d) Los neutrófilos son las principales células encargadas de migrar al ganglio linfático y presentar antígeno a linfocitos T vírgenes. Señale la respuesta correcta:

a) Son correctas a y d.
b) Son correctas b y d.
c) Son correctas a, b y c.
d) Todas son correctas.

421. Respecto a la secuencia inmunológica inducida por BCG intravesical, señale la respuesta correcta:

a) La instilación introduce aproximadamente 1-5 × 10^8 micobacterias viables; una fracción se adhiere al urotelio mediante proteína de unión a fibronectina, y la respuesta progresa desde inmunidad innata hacia respuesta adaptativa CD4 de perfil Th1.
b) La instilación introduce aproximadamente 1-5 × 10^4 micobacterias viables y actúa mediante citotoxicidad directa, sin activación inmunitaria relevante.
c) La respuesta inicial depende de linfocitos B productores de anticuerpos, seguida de activación de neutrófilos al cabo de varias semanas.
d) La eficacia de BCG depende principalmente de una respuesta Th2 mantenida con producción de IL-4, IL-5, IL-10 e IL-13.

422. En relación con inmunoterapia en cáncer de próstata resistente a la castración metastásico, señale la respuesta correcta:

a) Pembrolizumab obtiene respuestas objetivas mayoritarias en cáncer de próstata resistente a la castración metastásico no seleccionado.
b) Pembrolizumab puede considerarse en tumores MSI-H o dMMR tras progresión a tratamientos previos, aunque este subtipo representa una minoría de los cánceres de próstata.
c) La indicación de pembrolizumab en cáncer de próstata depende exclusivamente de la expresión de PD-L1 en células tumorales.
d) La ausencia de PD-L1 en la mayoría de células prostáticas tumorales descarta cualquier beneficio de inmunoterapia en todos los subgrupos moleculares.



423. En relación con los neurotransmisores y neuromoduladores descritos en el control de la eyaculación masculina en el temario, señale cuál no se incluye entre ellos:

a) Dopamina.
b) GABA (ácido gamma-aminobutírico).
c) NO (óxido nítrico).
d) Glutamato.

424. Respecto a la cefalea orgásmica primaria, valore las siguientes afirmaciones:
a) La prevalencia poblacional descrita se sitúa aproximadamente entre 1-1,6 %.
b) La edad media de inicio se sitúa en torno a 30-40 años.
c) La migraña se ha descrito hasta en un 30 % de las personas pacientes afectadas.
d) La indometacina se administra habitualmente a dosis de 5-10 mg, 2-3 horas antes de la actividad sexual. Señale la respuesta correcta:

a) Son correctas a y d.
b) Son correctas a, b y c.
c) Son correctas b, c y d.
d) Todas son correctas.

425. Respecto a dapoxetina en eyaculación precoz, señale la combinación correcta:

a) Dapoxetina 30/60 mg diarios; aumento del IELT (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) de 5/8 veces; aprobación por la FDA.
b) Dapoxetina 30/60 mg a demanda, 1-2 horas antes del coito; aumento del IELT de 2,5/3,0 veces; abandonos por efectos adversos 4 %/10 %.
c) Dapoxetina 30/60 mg a demanda, 3-4 horas antes del coito; aumento del IELT de 1,5/2,0 veces; contraindicación con inhibidores de PDE5 (fosfodiesterasa tipo 5).
d) Dapoxetina 30/60 mg diarios; ausencia de relación dosis-respuesta; predominio de efectos adversos cardiovasculares.

426. Respecto a testosterona, ánimo y función sexual masculina, señale la respuesta correcta:

a) La testosterona forma parte del tratamiento rutinario de depresión mayor masculina.
b) El déficit androgénico cursa sin solapamiento clínico con depresión ni fatiga crónica.
c) La testosterona mejora de forma uniforme todos los dominios sexuales con independencia del nivel basal.
d) La testosterona desciende con edad y comorbilidad, se solapa clínicamente con depresión y no se considera tratamiento rutinario de depresión mayor.



427. Respecto a las alteraciones moleculares del carcinoma renal de células claras, señale la combinación correcta:

a) Representa el 15-20 % de los carcinomas renales; VHL (gen von Hippel-Lindau) alterado por mutacion puntual en el 10-15 %; PBRM1 (polibromo 1) alterado en menos del 5 %.
b) Representa el 75-80 % de los carcinomas renales; VHL mutaciones puntuales en el 60-70 % y silenciamiento epigenetico en el 5-10 %; PBRM1 se altera en torno al 40 %.
c) Representa el 75-80 % de los carcinomas renales; MET (factor de transición mesenquimal-epitelial) constituye el principal gen conductor; BAP1 -BRCA1 (proteína 1 asociada a BRCA1) y SETD2 -SET (proteína con dominio SET 2) son excepcionales.
d) Representa el 5-10 % de los carcinomas renales; VHL se altera por amplificación; PBRM1 y BAP1 se asocian a carcinoma papilar tipo 1.

428. Respecto a carcinoma urotelial y alteraciones genómicas con interés terapéutico, señale la combinación correcta:

a) FGFR se altera en menos del 3 % de carcinoma urotelial avanzado; ERCC2 se asocia a resistencia al cisplatino.
b) FGFR se altera en el 40-50 % de carcinoma vesical avanzado; ERBB2/HER2 carece de relevancia pronostica.
c) FGFR se altera en aproximadamente el 15-20 % de carcinoma urotelial avanzado de vejiga y hasta el 37 % del tracto superior; ERCC2 se altera en el 10-18 % y se asocia a sensibilidad al cisplatino.
d) FGFR restringe al carcinoma escamoso vesical; ERBB2/HER2 altera en más del 50 % de tumores musculo-invasivos.

429. En relación con la metilación del ADN en cáncer urológico, señale la respuesta correcta:

a) La hipermetilación de islas CpG promotoras activa de forma característica genes supresores tumorales.
b) La hipometilación global de regiones repetitivas se asocia a estabilización cromosómica y menor recombinación entre elementos repetidos.
c) La metilación aberrante de GSTP1 se describe en más del 90 % de carcinomas prostáticos.
d) La metilación de RASSF1A es una alteración restringida a tumores germinales testiculares.

430. Respecto a las tecnologías de secuenciación aplicadas al cáncer, señale la respuesta correcta:

a) ATAC-seq evalúa regiones de cromatina abierta en el genoma.
b) ChIP-seq analiza el exoma completo mediante captura de regiones codificantes.
c) WES cuantifica de forma directa todos los transcritos expresados en una muestra tumoral.



d) RNA-seq identifica accesibilidad cromatínica mediante inserción de adaptadores por transposasa.

431. Respecto a tumores germinales testiculares y biomarcadores moleculares, señale la respuesta correcta:

a) Los tumores germinales testiculares presentan alta carga mutacional y mutaciones frecuentes de TP53.
b) miR-371a-3p se ha descrito como marcador consistente con sensibilidad y especificidad diagnosticas superiores al 90 %.
c) La alteración cromosómica más característica de los tumores germinales testiculares es la perdida recurrente de 3p.
d) Las ganancias de 12p son excepcionales en seminoma y se restringen a tumores del saco vitelino.

432. ¿Cómo se organiza de forma característica el drenaje venoso de las glándulas suprarrenales?

a) La vena suprarrenal derecha desemboca en la vena renal derecha, mientras que la izquierda lo hace en la vena esplénica.
b) La vena suprarrenal izquierda desemboca directamente en la vena cava inferior y la derecha en la vena frénica.
c) La vena suprarrenal derecha desemboca en la vena cava y la izquierda desagua en la vena renal izquierda.
d) Ambas venas suprarrenales drenan de manera simétrica en las venas renales ipsolaterales correspondientes.

433. Con respecto a la cirugía urológica endoscópica, ¿cuál es la indicación principal de los ureteroscopios semirrígidos?

a) Se emplean para explorar la totalidad de los cálices del polo superior y la pelvis renal gracias a su radio de deflexión.
b) Se utilizan para examinar y tratar trastornos situados por debajo del plano de los vasos ilíacos y en las porciones central y distal del uréter.
c) Están diseñados exclusivamente para realizar el acceso percutáneo directo (nefroscopia) de cálculos mayores de 2 cm.
d) Se usan para la instilación de quimioterapia intravesical en las primeras 6 horas post-resección.

434. En una paciente mujer premenopáusica con una infección urinaria (IU) no complicada, ¿cuál es el segundo patógeno bacteriano más frecuente después de Escherichia coli?

a) Klebsiella pneumoniae.
b) Proteus mirabilis.
c) Staphylococcus saprophyticus.
d) Enterobacter spp.



435. ¿Qué estructuras anatómicas protegen habitualmente a los testículos y a los tejidos profundos del pene de verse afectados por la gangrena de Fournier?

a) La fascia de Gerota y la túnica albugínea externa.
b) El tabique del músculo dartos y la fascia de Colles.
c) La túnica vaginal y la fascia de Buck.
d) La fascia transversal y el músculo cremáster.

436. Desde el punto de vista neurofisiológico, ¿de qué proceso depende el vaciado de la vejiga urinaria?

a) De la estimulación parasimpática de los receptores colinérgicos muscarínicos M2 y M3.
b) De la estimulación del sistema nervioso simpático a través de los receptores adrenérgicos $\alpha 1$.
c) De la inhibición de los centros de la protuberancia y la activación exclusiva del nervio hipogástrico.
d) De la activación de receptores nicotínicos somáticos en el músculo detrusor.

437. ¿Cuál es el mecanismo de acción de los bloqueadores de los receptores adrenérgicos $\alpha 1$ (como la tamsulosina) en el manejo de la hiperplasia prostática benigna (HPB)?

a) Bloquear la conversión de testosterona en dihidrotestosterona para reducir el volumen glandular a largo plazo.
b) Relajar el músculo liso del cuello vesical y de la próstata, disminuyendo la resistencia a la salida de la orina.
c) Inhibir el componente glandular y epitelial reduciendo los niveles séricos de PSA en un 50%.
d) Provocar una contracción sostenida del detrusor para forzar la salida de la orina a través de la uretra comprimida.

438. En el contexto de un cólico renal agudo por urolitiasis, ¿cuál es el fármaco bloqueador $\alpha 1a$ más utilizado para fomentar la eliminación espontánea del cálculo tras el alta?

a) Alopurinol.
b) Citrato potásico.
c) Tamsulosina.
d) Ketorolaco.

439. ¿Cómo difiere el tratamiento general inicial entre un traumatismo vesical intraperitoneal y uno extraperitoneal?

a) Ambos tipos de traumatismo requieren obligatoriamente de una reparación quirúrgica de urgencia en dos capas.
b) El intraperitoneal se trata de forma conservadora con sonda, mientras que el extraperitoneal exige una cistotomía anterior de inmediato.



c) El intraperitoneal precisa reparación quirúrgica al diagnóstico; el extraperitoneal se suele manejar de forma conservadora con drenaje por sonda.
d) El intraperitoneal se maneja con punción suprapúbica aspirativa y el extraperitoneal con tamsulosina ambulatoria.

440. ¿Cuáles son el signo clínico exploratorio más constante y la prueba de imagen de elección ante la sospecha de una torsión testicular?

a) Presencia del signo de Prehn y una tomografía computarizada (TC) de pelvis con contraste.
b) Pérdida del reflejo cremastérico y una ecografía escrotal con Doppler en color.
c) Transiluminación escrotal positiva y una radiografía simple de abdomen.
d) Dolor que cede con la elevación del testículo y una resonancia magnética nuclear.

441. ¿En qué consiste el tratamiento quirúrgico de referencia para el cáncer de vejiga con invasión muscular (estadio T2 o superior) en un paciente masculino?

a) Resección transuretral del tumor vesical (RTUTV) extensa combinada con mitomicina C intravesical.
b) Cistoprostatectomía radical, que incluye la extirpación en bloque de la vejiga, grasa perivesical, próstata, vesículas seminales y ganglios pélvicos.
c) Nefroureterectomía radical izquierda o derecha con linfadenectomía retroperitoneal.
d) Diverticulectomía vesical abierta asociada a instilaciones seriadas de bacilo de Calmette-Guérin (BCG).

442. Con respecto a los hitos históricos del trasplante de órganos y tejidos descritos en el texto, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) El primer trasplante de páncreas satisfactorio en humanos fue realizado por Joseph Murray en 1954.
b) Alexis Carrel recibió el Premio Nobel en 1912 por describir la prevención del rechazo en ratones utilizando ciclosporinas.
c) William Kelly y Richard Lillehei realizaron el primer trasplante de páncreas en el ser humano en la University of Minnesota en 1966.
d) Floresco describió la anastomosis del injerto renal en el cuello de perros pancreatectomizados en 1905.

443. De acuerdo con los datos demográficos y epidemiológicos de la nefropatía terminal (NT) citados en el texto, ¿qué cambio se registró en las causas más frecuentes de insuficiencia renal?

a) El porcentaje de pacientes con enfermedad glomerular aumentó del 21% al 42%.
b) El porcentaje de pacientes con diabetes e hipertensión como causa de insuficiencia aumentó del 24% al 28%.
c) Al final del cuarto trimestre de 2012 se registraron exactamente 472.000 casos prevalentes de NT.



d) El máximo crecimiento en la lista de espera para trasplante renal corresponde al grupo de edad de mayores de 70 años.

444. Una persona paciente con nefropatía terminal y antecedentes médicos complejos está siendo evaluada para un trasplante renal. Según los criterios establecidos en el capítulo, ¿cuál de las siguientes condiciones se clasifica como una contraindicación absoluta?

a) Antecedentes de incumplimiento en el régimen de la diálisis.
b) Glomerulonefritis esclerosante focal agresiva con lupus activo.
c) Infección por el VIH con un recuento celular de CD4+ por encima de 400 células/mm³ y carga viral indetectable.
d) Enfermedad vascular periférica irreparable o neoplasia maligna activa.

445. En la evaluación de las principales nefropatías primarias y sus tasas de recidiva posvasculares en el aloinjerto, ¿cuál de las siguientes opciones asocia correctamente la enfermedad con su pérdida del injerto o tasa de recidiva?

a) La glomerulonefritis membranoproliferativa (GNMP) de tipo 2 tiene una tasa de recidiva del 50-100% y una pérdida del injerto del 10%.
b) La diabetes tiene una tasa de recidiva del 0% y una pérdida del injerto nula hasta los 10 años.
c) La glomerulonefritis segmentaria focal presenta una tasa de recidiva del 80% en el primer trasplante.
d) El síndrome urémico hemolítico muestra una tasa de recidiva del 100% y una pérdida del injerto del 30%.

446. Durante el proceso de selección de donantes vivos de riñón, se consideran ciertos parámetros clínicos. ¿Cuál de las siguientes situaciones representa una contraindicación absoluta para la donación en vida?

a) Una filtración glomerular (FG) estimada de 75 ml/min/1,72 m².
b) Presencia de nefrolitiasis con elevada probabilidad de recidiva por cistina o estruvita.
c) Una deficiente tolerancia a la glucosa con antecedentes familiares de diabetes tipo 2.
d) Índice de Masa Corporal (IMC) de 36.

447. En la técnica quirúrgica de la nefrectomía laparoscópica izquierda de la persona donante viva, ¿cuál es el procedimiento correcto descrito para la movilización y sección de las estructuras vasculares e hiliares?

a) La glándula suprarrenal se separa del polo inferior del riñón y se preserva unida a la vena gonadal.
b) El colon izquierdo y la flexura esplénica son retirados hacia abajo en la línea de Toldt utilizando el bisturí armónico.
c) El uréter y la vena gonadal se seccionan en el borde pélvico utilizando una grapadora lineal Endo GIA de carga blanca después de la disección de la arteria.



d) Se utiliza una aguja de Veress en el ombligo para insuflar aire en el abdomen hasta una presión fija de 25 mmHg.

448. En relación con los criterios para establecer la muerte cerebral en personas donantes fallecidas y sus pruebas confirmatorias, ¿cuál es un requisito técnico estricto para la realización de la electroencefalografía?

a) La distancia entre los electrodos del cuero cabelludo debe ser de máximo 5 cm.
b) El filtro de alta frecuencia debe ajustarse por debajo de 10 Hz para evitar artefactos.
c) Se debe comprobar la integridad del sistema utilizando un máximo de cuatro electrodos.
d) La sensibilidad debe incrementarse hasta al menos 2 µV durante un período de 30 min con inclusión de los debidos calibrados.

449. El nuevo sistema de asignación de riñones aprobado en junio de 2013 modificó radicalmente los criterios previos. ¿Qué variables clínicas se utilizan específicamente para calcular la puntuación de supervivencia postrasplante estimada (EPTS) de la persona receptora?

a) Edad de la persona receptora, estado diabético, tiempo de tratamiento con diálisis y número de trasplantes previos de órganos sólidos.
b) Concentración de creatinina, hipertensión, etnicidad y tiempo en lista de espera.
c) Edad, peso, talla y compatibilidad del sistema de antígenos de histocompatibilidad (HLA).
d) Índice de masa corporal (IMC), aclaramiento de creatinina, antecedentes de accidente cerebrovascular y estado de hepatitis C.

450. Para el trasplante simultáneo de páncreas y riñón (SPR) en pacientes con diabetes tipo 2, la United Network for Organ Sharing (UNOS) ha definido criterios de selección específicos. ¿Cuáles son estos criterios según el texto?

a) Concentración de péptido C por debajo de 1 ng/ml y un IMC superior a 35 de forma obligatoria.
b) Tratamiento exclusivo con hipoglucemiantes orales y aclaramiento de creatinina menor a 20 ml/min/1,72 m^2.
c) Insulinoterapia junto con una concentración de péptido C < 2 ng/ml, o insulinoterapia con péptido C > 2 ng/ml y un IMC < 28.
d) Insulinoterapia obligatoria, péptido C indetectable y ausencia absoluta de soplos carotídeos.

Osakidetza



CASO CLÍNICO 1

Mujer de 54 años, con antecedentes de histerectomía total abdominal con doble anexectomía hace 5 años debido a una miomatosis uterina gigante, complicada en el postoperatorio inmediato con un urinoma que requirió colocación de catéter doble J temporal. Además, padece de enfermedad de Crohn con afectación fundamentalmente en íleon terminal y colon derecho, en tratamiento médico y control estable por el servicio de Digestivo.

Acude a la consulta de Urología refiriendo un cuadro de 2 meses de evolución de infecciones urinarias de repetición por Escherichia coli y Enterococcus faecalis. En las últimas 3 semanas, la paciente relata de forma muy angustiosa la expulsión de gas a través de la uretra al final de la micción, así como la emisión de orinas extremadamente oscuras, turbias y con restos de material filamentoso y maloliente. Paralelamente, refiere que desde hace un mes presenta pérdidas continuas de líquido claro por vía vaginal que le obligan al uso de 3 o 4 compresas diarias, independientemente de que realice micciones voluntarias normales.

A la exploración física, el abdomen es blando y depresible, con una cicatriz de laparotomía media infraumbilical bien consolidada, doloroso a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. En la exploración ginecológica con espéculo, se observa un fondo de saco vaginal húmedo y un área eritematosa en la cúpula vaginal, apreciándose la salida de un líquido blanquecino-amarillento al realizar la maniobra de Valsalva.

451. Basándonos en la anamnesis y los síntomas referidos por la paciente, ¿qué entidad diagnóstica combinada o compleja presenta con mayor probabilidad?

a) Una fístula vesicovaginal aislada de gran calibre con afectación del esfínter uretral.
b) Una fístula colovesical simple secundaria exclusivamente a su antecedente de histerectomía. *c) La coexistencia de una fístula enterovesical (origen intestinal) y una fístula del tracto urinario al tracto genital (vesicovaginal o ureterovaginal).
c) La coexistencia de una fístula enterovesical (origen intestinal) y una fístula del tracto urinario al tracto genital (vesicovaginal o ureterovaginal).
d) Una fístula uretrovaginal alta asociada a enteritis actínica por radioterapia previa.

452. Los síntomas descritos por la paciente como "expulsión de gas a través de la uretra" y "orinas con restos de material filamentoso" se denominan médicamente, de forma respectiva:

a) Estranguria y piuria.
b) Argónuria y fecaloma urinario.
c) Neumaturia y fecaluria.
d) Disuria neumática y micción polimicrobiana.



453. Para aclarar el origen de la pérdida de líquido por la vagina (diagnóstico diferencial entre fístula vesicovaginal y ureterovaginal), se realiza un test de doble colorante (azul de metileno intravesical y fenazopiridina u otro colorante oral). Si tras la deambulación la compresa vaginal superior aparece teñida de color naranja/amarillo intenso y la inferior no se tiñe de azul, ¿hacia qué diagnóstico se orienta?

a) Fístula vesicovaginal pura.
b) Fístula enterovaginal exclusiva.
c) Fístula ureterovaginal.
d) Incontinencia urinaria de esfuerzo asociada.

454. ¿Cuál es la prueba de imagen de elección inicial (Gold Standard) para evaluar la fístula vesico-intestinal, delimitar la afectación del asa de Crohn en fosa ilíaca derecha y descartar colecciones asociadas?

a) Ecografía abdominal con contraste microburbujeante.
b) Tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste oral, rectal e intravenoso.
c) Cistoscopia flexible ambulatoria aislada.
d) Uretrografía retrógrada y miccional seriada (CUMS).

455. Al realizar la TC abdominopélvica, ¿cuál es el hallazgo radiológico más frecuente y sugestivo de una fístula vesico-intestinal, incluso cuando no se visualiza directamente el trayecto fistuloso?

a) Presencia de una masa calcificada intravesical dependiente del trígono.
b) Engrosamiento difuso de la fascia de Gerota contralateral.
c) Presencia de aire (gas) en el interior de la luz vesical en ausencia de sondaje previo o infección por gérmenes productores de gas.
d) Desplazamiento anterior del riñón derecho por un urinoma retroperitoneal.

456. Si en la cistoscopia diagnóstica de esta paciente se observa una zona de intenso eritema, edema bulloso y congestión mucosa localizada en la cara posterior alta y cúpula vesical, ¿qué sospecha clínica refuerza esta localización?

a) El origen de una fístula uretrovaginal iatrogénica.
b) La zona de impacto o asentamiento de una fístula de origen ginecológico o intestinal alto (íleon o sigma).
c) Un tumor urotelial in situ primario multifocal.
d) Una cistitis glandular quística idiopática.

457. En el contexto de su enfermedad de Crohn, ¿cuál es el segmento intestinal que con mayor frecuencia se ve implicado en la formación de fístulas hacia la vejiga (fístulas enterovesicales)?

a) El colon transverso.
b) El recto y el canal anal proximal.



c) El íleon terminal.
d) El apéndice cecal exclusivamente.

458. En el manejo inicial de la fístula vesico-intestinal secundaria a una enfermedad de Crohn activa, ¿cuál es la estrategia terapéutica médica y nutricional antes de plantear una cirugía definitiva?

a) Reposo vesical prolongado con doble sonda de tres vías y lavado continuo con antisépticos
b) Optimización del tratamiento de la enfermedad de Crohn (corticoides, inmunomoduladores o terapia biológica como anti-TNF), reposo intestinal, nutrición parenteral o enteral estricta y antibioterapia dirigida.
c) Radioterapia pélvica localizada para inducir la fibrosis y cierre del trayecto de forma inmediata.
d) Inyecciones intralesionales de toxina botulínica en la pared del asa intestinal afectada.

459. Durante la resolución quirúrgica de la fístula vesicovaginal de la paciente, si se opta por un abordaje abdominal debido a las cirugías previas y la necesidad de tratar la fístula intestinal en el mismo acto, ¿qué maniobra técnica es fundamental para interponer entre la vejiga y la vagina para asegurar el éxito del cierre y evitar recidivas?

a) Colocación de una malla de polipropileno pesada de tipo uroginecológico.
b) Interposición de un colgajo de epiplón mayor vascularizado (colgajo de O'Conor / interposición epiploica).
c) Cierre de ambas estructuras en un solo plano con seda trenzada no absorbible.
d) Aplicación masiva de adhesivo de cianoacrilato sobre la mucosa vaginal sin sutura.

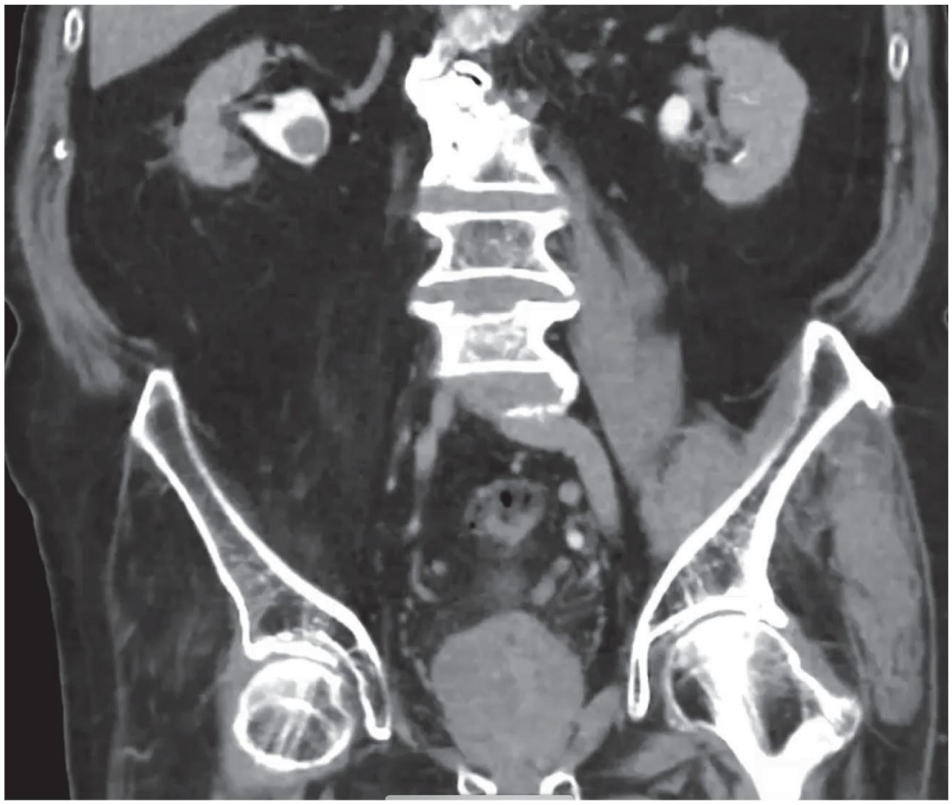
460. ¿Cuál es el tratamiento quirúrgico definitivo estándar para la fístula enterovesical por enfermedad de Crohn que presenta esta paciente una vez estabilizada médicamente?

a) Cistectomía radical con derivación urinaria tipo Bricker, manteniendo el asa intestinal intacta.
b) Derivación fecal exclusiva mediante ileostomía en asa de por vida, sin tocar la vejiga.
c) Resección del segmento intestinal afectado (íleon terminal) con anastomosis primaria, junto con la exéresis del trayecto fistuloso, cierre primario de la vejiga en dos planos y mantenimiento de cateterismo vesical.
d) Exclusivamente la fulguración endoscópica del trayecto fistuloso desde el interior de la vejiga con láser de Holmium.

CASO CLÍNICO 2

Varón de 87 años, ECOG 0, con antecedentes de HTA controlada, exfumador desde hace 22 años y dislipemia. Fue intervenido de una neoformación urotelial vesical TaG2 en el año 2009, siguiendo un ciclo completo de inducción y mantenimiento con MMC, sin evidencia de recidiva. En 2022 consulta por un cuadro de hematuria macroscópica intermitente asociado a molestias lumbares derechas de 1 mes de evolución.

El elemental de orina informa de un pH de 6,5, microhematuria y leucocituria, con cultivo de orina negativo, incluido hongos. El hemograma y la bioquímica sanguínea son rigurosamente normales, con una creatinina de 0,87 mg/dl. Se realiza ecografía genitourinaria sin datos de interés, cistoscopia sin lesiones evidentes ni sangrado activo, y citologías urinarias normales. El URO-TAC muestra una imagen en la reconstrucción frontal de la fase de eliminación. El resto del estudio no revela otros hallazgos de interés.



461. Con los datos clínicos y de imagen de que disponemos, el diagnóstico diferencial incluye obligadamente:

a) Neoformación de vía urinaria.
b) Fungus ball.
c) Litiasis radiotransparente.
d) Todas las anteriores.



462. Bajo el diagnóstico de neoformación de pelvis renal derecha de 22 mm, ¿cuál sería, en tu criterio, la primera aproximación terapéutica en este caso?

a) Dada la buena situación general del paciente, con la unidad renal contralateral sana, con una lesión única de gran tamaño, una alternativa sería una nefroureterectomía derecha con realización de rodete vesical.
b) Realizaría una ureterorrenoscopia flexible con toma de citologías selectivas y biopsia de la lesión, con la intención de intentar una aproximación terapéutica conservadora.
c) Dado que las citologías son negativas y la lesión parece pediculada, intentaría una aproximación terapéutica conservadora mediante nefrolitotomía percutánea, con exéresis completa de la lesión y estudio anatomopatológico, realizando posteriormente seguimiento o nefroureterectomía según los resultados.
d) Son válidas las tres alternativas previas.

Se opta por realizar un acceso percutáneo con miniperc, identificando una lesión papilar de 3 cm de diámetro que se consigue fulgurar y resecar en bloque mediante láser de holmio, tomando muestras de base y pelvis con pinza de biopsia fría.

463. El estudio anatomopatológico informa de neoplasia urotelial de bajo grado de malignidad, TaG1, sin lesiones del urotelio circundante. En este caso:

a) La realización de una nefroureterectomía es obligada dado el tamaño de la lesión.
b) Es necesaria la aplicación de un ciclo de instilaciones con mitomicina C en vía con un esquema similar al empleado para las instilaciones vesicales mediante la colocación de una nefrostomía.
c) Realizaría una revisión endoscópica a las 6-8 semanas y, de no apreciar recidiva, practicaría cistoscopia y URO-TAC a los 3 y 6 meses siguientes, con control anual posterior.
d) Es de utilidad la aplicación de una instilación única con mitomicina C en vía mediante la colocación de una nefrostomía o mediante cateterismo retrógrado.

464. En el caso de que el estudio anatomopatológico hubiese informado de lesión T1G2, sin lesiones del urotelio circundante:

a) La realización de una nefroureterectomía es obligada dado que el paciente no requiere de un tratamiento conservador de modo imperativo.
b) Es necesaria la aplicación de un ciclo de instilaciones con BCG en vía con un esquema similar al empleado para las instilaciones vesicales mediante la colocación de una nefrostomía.
c) Mantendría la actitud de realizar una revisión endoscópica a las 6-8 semanas y, de no apreciar recidiva, practicaría cistoscopia y URO-TAC a los 3 y 6 meses siguientes, con control anual posterior.
d) Ninguna de las anteriores opciones es correcta.

CASO CLÍNICO 3

Mujer de 36 años, sin antecedentes personales de interés, salvo tabaquismo desde los 18 años, dieta vegetariana desde hace 6 años y sobrepeso. Refiere una crisis renoureteral expulsiva a los 24 años no estudiada y algún cuadro de ITU no febril en la adolescencia. Es vista en urgencias por crisis renoureteral bilateral de 3 días de evolución, sin fiebre. Analítica con creatinina 1,7 mg/dl, sin alteraciones iónicas, y sedimento con 20-30 hematíes por campo.

465. En esta paciente joven, ¿cuál sería la prueba de imagen que no solicitarías como primera aproximación diagnóstica?

a) TAC abdominopélvico simple de baja dosis.
b) Ecografía abdominal y radiografía simple de abdomen.
c) URO-TAC.
d) Primero ecografía y radiografía simple y posteriormente URO-TAC.

466. En el caso de que esta paciente tuviese sospecha de estar embarazada, ¿cuál sería tu aproximación al caso?

a) TAC simple abdominopélvico con baja dosis.
b) URO-TAC con nefroprotección.
c) Ecografía abdominal y renovesical.
d) Ninguno de los anteriores.

El TAC revela un quiste ovárico no complicado, una litiasis pieloureteral derecha de 900 UH y 10 mm de diámetro mayor y una litiasis ureteral distal izquierda de 5 mm. Ante el diagnóstico de uropatía obstructiva bilateral secundaria a litiasis, se procede a cateterismo ureteral bilateral y posteriormente litofragmentación de la litiasis pieloureteral derecha y ureteroscopia izquierda, quedando el cuadro resuelto, sin repercusión funcional ni litiasis residual.

467. El estudio de los fragmentos es compatible con litiasis de oxalato cálcico. A partir de este momento, ¿cuál sería la mejor actitud para el seguimiento de esta paciente?

a) Es una paciente de bajo riesgo litogénico. Observación y control por parte de su médico de familia, con recomendaciones higiénico-dietéticas.
b) Es una paciente de medio riesgo litogénico. Observación y control por parte de su especialista, con recomendaciones higiénico-dietéticas y TAC simple anual.
c) Es una paciente de alto riesgo litogénico. Optaría por la realización de un estudio metabólico completo y medidas preventivas específicas.
d) Es una paciente de alto riesgo litogénico. Optaría por la realización de dos estudios metabólicos separados por 24 h como base del diagnóstico etiológico.



468. El estudio metabólico muestra valores normales en sangre de calcio, fósforo y PTH, una orina con pH de 5,8, oxalato de 0,8 mmol/día y resto de valores normales. ¿Cuál sería la principal sospecha?

a) Hiperparatiroidismo.
b) Hiperoxaluria primaria.
c) Hiperoxaluria secundaria a consumo elevado de oxalato en dieta.
d) Ninguno de los anteriores.

CASO CLÍNICO 4

Paciente de 62 años diabético e hipertenso, derivado a consultas externas de Urología por elevación de PSA en una determinación sérica, PSAt 6,4 ng/ml y PSAr 15 %, con sistemático de orina normal, sin clínica miccional ni otra sintomatología acompañante.

469. ¿Qué actitud tomaría en primer lugar, con el paciente, si la exploración es normal?

a) Realizar biopsia de próstata.
b) Repetir determinación de PSA sérico y, si se confirma resultado, realizar biopsia de próstata.
c) Repetir determinación de PSA sérico y, si se confirma resultado, solicitar resonancia magnética multiparamétrica y realizar biopsia dirigida si PI-RADS ≥ 3, asociada a biopsia sistemática.
d) Repetir determinación de PSA sérico y, si se confirma resultado, solicitar resonancia magnética multiparamétrica y realizar biopsia si PSA densidad > 0,15 ng/ml.

470. Si se detecta tras una biopsia prostática un adenocarcinoma de Gleason 8 (4+4) con una afectación del 50 % de la muestra, ¿qué indicaría a continuación?

a) Prostatectomía radical con linfadenectomía extendida.
b) Radioterapia radical prostática asociada a bloqueo hormonal durante 2 o 3 años.
c) Solicitaría TAC toracoabdominopélvico y gammagrafía ósea.
d) Todas son correctas.

471. En el estudio de extensión se detectan 5 lesiones óseas en escápula, pubis, arcos costales 6º y 7º, así como adenopatías ilíacas comunes y paraaórticas, siendo la de mayor tamaño de 18 mm. ¿Cómo definiría el perfil del paciente tras los hallazgos?

a) Paciente con cáncer de próstata hormonosensible metastásico de alto volumen.
b) Paciente con cáncer de próstata hormonosensible metastásico de novo.
c) Paciente con cáncer de próstata hormonosensible metastásico de bajo volumen.
d) a) y b) son correctas.

472. Tras clasificarlo correctamente, ¿qué opciones terapéuticas podría ofrecer a este paciente?

a) Radioterapia del tumor primario asociada a terapia de privación de andrógenos y nuevo antiandrógeno, apalutamida o enzalutamida.
b) Radioterapia del tumor primario asociada a radioterapia dirigida a las metástasis y terapia de privación de andrógenos.
c) Docetaxel mediante esquema CHAARTED, asociado a terapia de privación de andrógenos y a radioterapia del tumor primario.
d) Terapia de privación de andrógenos más nuevo antiandrógeno, apalutamida o enzalutamida, o bien terapia de privación de andrógenos más acetato de abiraterona con prednisona de 5 mg.

CASO CLÍNICO 5

Interpretación urodinámica. Se reproducen las imágenes originales cuando son necesarias para interpretar el diagnóstico.

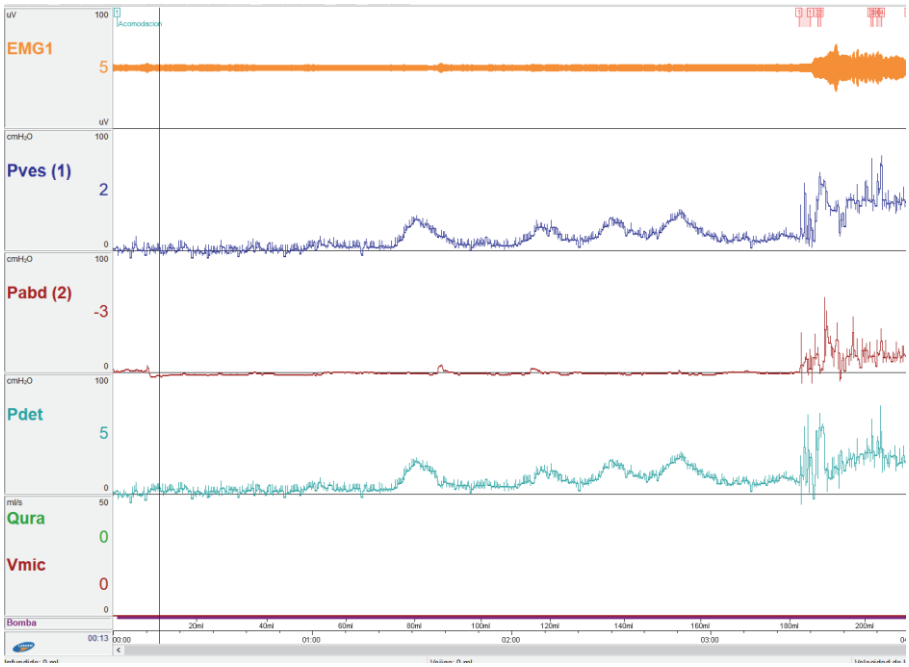


Imagen de la pregunta 473.

473. En lo que se refiere al diagnóstico urodinámico, según su interpretación, ¿a cuál corresponde?

a) Obstrucción del tracto urinario inferior.
b) Hiperactividad del detrusor.
c) Acomodación disminuida.
d) Urgencia sensorial.

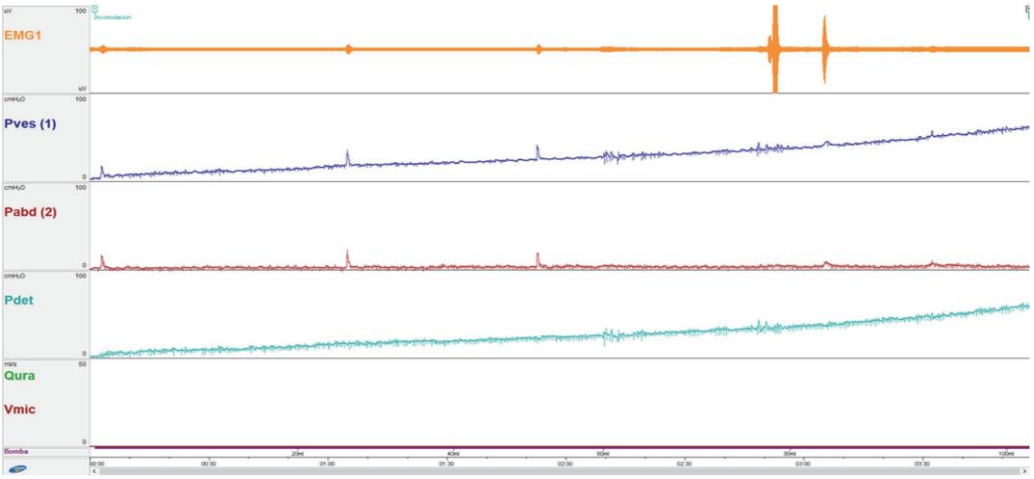


Imagen de la pregunta 474.

474. En el siguiente registro urodinámico, ¿cuál es el diagnóstico?

a) Acomodación vesical disminuida.
b) Hiperactividad fásica del detrusor.
c) Urgencia sensorial.
d) Obstrucción del tracto urinario inferior.

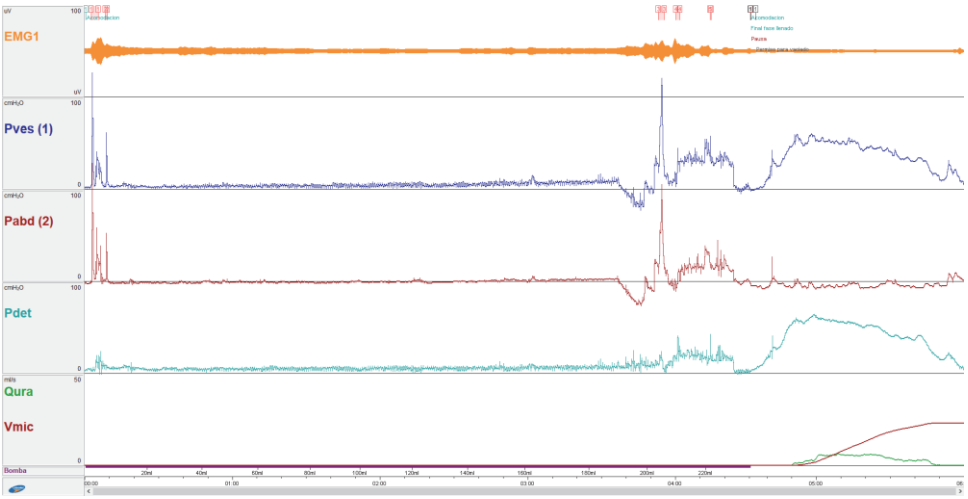


Imagen de la pregunta 475.

475. Paciente de 56 años intervenida de TOT. Inicialmente queda satisfecha y continente, pero al mes presenta urgencia-frecuencia intensa, sensación de vaciado incompleto y fracaso de tratamientos para hiperactividad vesical. Con estos datos urodinámicos, señale el diagnóstico y procedimiento que plantearía:

a) Hiperactividad del detrusor - neuromodulación de raíces sacras.
b) Hiperactividad del detrusor - inyección de toxina botulínica intravesical.
c) Hiperactividad del detrusor, obstrucción del tracto urinario inferior - sección de una rama del TOT.
d) Cistopatía intersticial - biopsias vesicales.

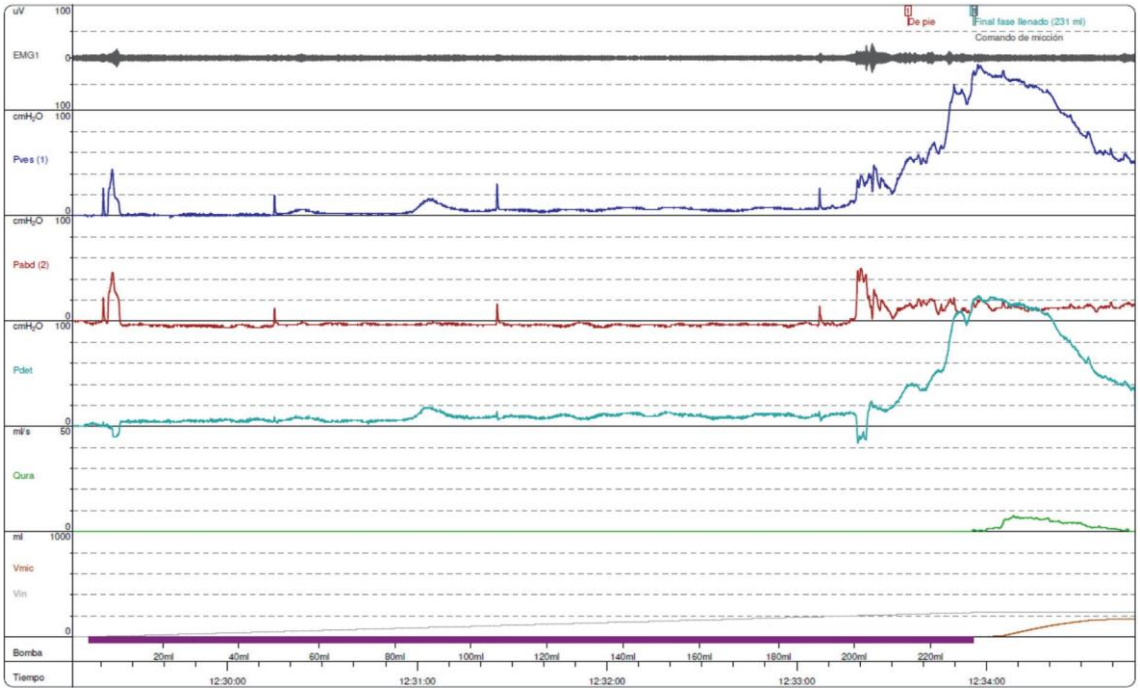


Imagen de la pregunta 476.

476. El siguiente estudio corresponde a un varón de 53 años con síntomas graves de llenado y vaciado, HBP de 22 cc en ecografía sin otros hallazgos, que no responde a tratamiento médico y fue remitido para evaluación urodinámica. ¿Cuál es el diagnóstico urodinámico de este paciente?

a) Urgencia sensorial, pues se aprecia actividad involuntaria en fase de llenado.
b) Vejiga neurógena.
c) Hipoactividad del detrusor.
d) Obstrucción del tracto urinario inferior e hiperactividad del detrusor.

CASO CLÍNICO 6

Varón de 57 años acude a urgencias por erección prolongada de 6 horas de duración, dolorosa, tras consumo de inhibidores de fosfodiesterasa y cocaína. A la exploración destaca una erección completa y dolorosa del pene.

477. De las siguientes afirmaciones con respecto a este paciente, una de ellas no es correcta:

a) No se trata de una urgencia urológica por lo que el paciente puede ser dado de alta.
b) Se recomienda una gasometría para su diagnóstico.
c) La anemia falciforme puede ser una causa de su problema.
d) La aspiración-irrigación de los cuerpos cavernosos puede ser parte del tratamiento.



478. Al paciente se le realiza una gasometría de cuerpos cavernosos. ¿Cuál de las siguientes es más habitual encontrar en estos casos?

a) pO2 100 mmHg, pCO2 35 mmHg y pH 7,3.
b) pO2 25 mmHg, pCO2 35 mmHg y pH 6,9.
c) pO2 25 mmHg, pCO2 70 mmHg y pH 6,9.
d) pO2 100 mmHg, pCO2 70 mmHg y pH 7,5.

479. No formaría parte del tratamiento de este paciente uno de los siguientes:

a) Aspiración-irrigación de cuerpos cavernosos.
b) Embolización de fístula arteriocavernosa.
c) Shunt distal.
d) Colocación de prótesis peneana.

480. De las siguientes opciones de tratamiento mediante shunt, no se realizaría como primera opción una de las siguientes:

a) Winter.
b) Grayhack.
c) Ebbehoj.
d) T-shunt.

CASOS CLINICOS DE PREGUNTA ÚNICA

481. Mujer de 56 años intervenida de nefrectomía parcial robótica izquierda por tumor central de 4 cm. Al noveno día presenta dolor progresivo localizado en un trocar, distensión abdominal, febrícula, náuseas y leucocitos bajos. El drenaje fue retirado al segundo día y no hay hematuria. Señale la respuesta correcta:

a) El cuadro es más sugestivo de pseudoaneurisma renal; la angioembolización selectiva se plantea sin TAC previa.
b) El cuadro orienta a lesión intestinal inadvertida, especialmente térmica; la TAC con contraste oral constituye una prueba inicial adecuada y, si la paciente está estable, se contempla reexploración laparoscópica.
c) El cuadro corresponde a fuga urinaria posnefrectomía parcial y se maneja mediante catéter doble J sin estudio abdominal adicional.
d) La ausencia de leucocitosis y de secreción purulenta en el trocar reduce la sospecha de complicación visceral significativa.



482. Mujer trans de 63 años con antecedente de prostatectomía radical, incontinencia leve de esfuerzo y ausencia de deseo de coito vaginal receptivo. Consulta por cirugía genital feminizante centrada en apariencia vulvar externa y menor riesgo funcional urinario. Señale la respuesta correcta:

a) Vaginoplastia intestinal primaria como técnica preferente por anular el riesgo esfinteriano asociado a la disección del canal.
b) Vaginoplastia peritoneal robótica de profundidad completa, al facilitar la disección posterior la ausencia de próstata.
c) Vulvoplastia o vaginoplastia de profundidad cero, al no desear canal y por el mayor riesgo de lesión esfinteriana o incontinencia con disección del canal tras prostatectomía radical.
d) Orquiectomía aislada, al limitar la prostatectomía radical cualquier reconstrucción vulvar posterior.

483. Mujer trans de 34 años, 9 meses tras vaginoplastia por inversión peneana, consulta por bulto anterior que aumenta con la excitación, dolor con penetración, chorro urinario anterior y necesidad de inclinarse para orinar. No refiere salida de orina por canal ni infecciones. Señale la respuesta correcta:

a) Prolapso neovaginal precoz por mala fijación del injerto.
b) Fístula uretrovaginal proximal con incontinencia oculta.
c) Fístula rectovaginal baja con manifestaciones urinarias reflejas.
d) Abultamiento uretral por resección insuficiente de tejido esponjoso o malposición del meato, susceptible de debulking y fijación caudal.

484. Mujer trans de 45 años, 14 meses tras vaginoplastia de profundidad completa, presenta pérdida progresiva de profundidad, dolor con dilatación y anillo cicatricial introital. Ha realizado fisioterapia de suelo pélvico y tratamiento tópico sin mejoría suficiente. Señale la respuesta correcta:

a) Suspensión definitiva de las dilataciones para favorecer el cierre estable del anillo cicatricial.
b) Revisión quirúrgica con excisión de cicatriz y aporte de injerto, colgajos peritoneales o aumento intestinal según anatomía, con manejo posoperatorio similar a una disección primaria mediante taponamiento y dilatación.
c) Reparación mediante cierre primario simple del introito sin injerto para reducir superficie cruenta.
d) Colostomía temporal, al corresponder la estenosis del canal a fístula rectovaginal oculta.



485. Hombre trans de 29 años, intervenido de faloplastia con alargamiento uretral hace 7 semanas, consulta por chorro débil, curva en meseta en flujometría y residuo elevado. La uretrografía retrógrada muestra estenosis corta en la anastomosis entre uretra fija y uretra fálica. No hay infección ni sepsis, pero sí síntomas obstructivos importantes. Señale la respuesta correcta:

a) Dilataciones uretrales repetidas semanales como estrategia resolutiva de las estenosis anastomóticas.
b) Uretroplastia definitiva inmediata, al presentar el tejido menor fibrosis antes de los 3 meses.
c) Derivación urinaria suprapúbica como primera medida si la obstrucción es relevante, difiriendo el tratamiento reconstructivo definitivo hasta al menos 6 meses tras la reconstrucción fálica.
d) Meatotomía distal, al localizarse la mayoría de las estenosis obstructivas tras faloplastia en el meato.

486. Mujer de 84 años, con prolapso de cúpula vaginal avanzado tras histerectomía, comorbilidad cardiopulmonar relevante y ausencia de deseo de mantener actividad sexual coital. Presenta síntomas de bulto vaginal y dificultad miccional intermitente. No refiere incontinencia urinaria de esfuerzo, pero se considera necesaria valoración con reducción del prolapso. Señale la opción más adecuada:

a) Sacrocolpopexia abdominal como primera opción por preservar longitud vaginal funcional.
b) Colpocleisis total, con información específica sobre pérdida de coito vaginal, valoración de incontinencia urinaria de esfuerzo oculta mediante reducción del prolapso y estimación del riesgo de retención posoperatoria.
c) Reparación transvaginal con malla de prolapso de órganos pélvicos como opción preferente por menor morbilidad en pacientes frágiles.
d) Colporrafia anterior aislada con Slind uretral profiláctico como estrategia de cierre del defecto apical.

487. Varón de 72 años con carcinoma urotelial metastásico. Se realiza NGS tumoral sin muestra normal pareada. El informe identifica una variante patogénica en BRCA2 con VAF del 49 %. Dado que no se dispone de muestra germinal comparativa, ¿cuál es la interpretación más adecuada?

a) El resultado confirma una mutación somática heterocigota del tumor.
b) El resultado descarta una variante germinal por proceder de tejido tumoral.
c) La VAF (frecuencia alélica de la variante) cercana al 50 % orienta a contaminación por tejido normal sin valor clínico.
d) La ausencia de muestra germinal pareada obliga a interpretar con cautela una VAF (frecuencia alélica de la variante) cercana al 50 % y considerar estudio germinal.



488. Mujer de 71 años con carcinoma urotelial metastásico de tracto superior. El informe de NGS identifica una alteración activadora de FGFR3 en forma de fusión génica, sin déficit de MMR. Señale la opción molecularmente más coherente.

a) Clasificación molecular obligada como subtipo neuronal.
b) Indicación molecular directa de inhibidor de PARP
c) Asociación esperable con alteración de ERCC2
d) Alteración diana compatible con tratamiento anti-FGFR en enfermedad avanzada seleccionada.

489. Varón de 69 años con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración. El estudio molecular muestra pérdida concurrente de RB1, TP53 y PTEN. Señale la interpretación más adecuada:

a) Perfil molecular asociado a variante agresiva de cáncer de próstata y solapamiento con carcinoma neuroendocrino prostático.
b) Perfil propio de cáncer de próstata localizado de bajo riesgo y curso indolente.
c) Perfil molecular predictivo específico de respuesta a inhibición de FGFR.
d) Perfil característico de tumor germinal testicular seminoma con ganancia de 12p.

490. Varón de 74 años con cáncer de próstata metastásico resistente a la castración. Se informa alteración bialélica de ATM sin alteración de BRCA1/2. Señale la respuesta correcta:

a) ATM y BRCA1/2 predicen el mismo grado de beneficio clínico con inhibidores de PARP.
b) La pérdida de ATM define sensibilidad al cisplatino en carcinoma urotelial, sin relevancia en próstata.
c) Las alteraciones de ATM deben interpretarse como entidad clínicamente distinta de BRCA1/2 con menor beneficio observado a inhibidores de PARP.
d) La alteración de ATM equivale a un fenotipo MSI-H/dMMR y constituye por sí sola una indicación agnóstica de inmunoterapia.



491. Un varón de 26 años acude a la consulta externa refiriendo disuria intensa, prurito meatal y secreción uretral blanquecina-opaca (mucopurulenta) de 4 días de evolución tras una exposición sexual no protegida. El centro dispone de microscopía en el punto de atención. Al realizar la tinción de Gram de la secreción, se observan abundantes polimorfonucleares (PMNL), pero no se identifican diplococos gramnegativos intracelulares. No hay sospecha de alergias medicamentosas. ¿Cuál es el abordaje diagnóstico-terapéutico inicial más adecuado?

a) Confirmar el diagnóstico de uretritis gonocócica (GU) e iniciar tratamiento empírico inmediato con ceftriaxona 1-2 g IV en dosis única asociado a doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante 7 días.
b) Establecer el diagnóstico definitivo de colonización por Ureaplasma parvum y diferir el uso de antibióticos hasta obtener un urocultivo estándar de chorro medio, debido a su alta relevancia clínica.
c) Confirmar el diagnóstico de uretritis no gonocócica (NGU), solicitar una prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) antes de iniciar el tratamiento y prescribir doxiciclina oral 100 mg dos veces al día durante 7 días como primera línea.
d) Catalogar el cuadro como uretritis persistente y prescribir moxifloxacino 400 mg una vez al día durante 7 días de forma empírica inmediata, debido al riesgo inminente de estenosis uretral.

492. Un hombre de 79 años ha estado medicado con alfa-bloqueantes y inhibidores de la 5 alfa reductasa durante 5 años. Acude a una revisión anual. Su nicturia ha aumentado de 2 a 3 veces, pero este síntoma no le preocupa. Su flujo urinario se mantiene similar al año anterior con un volumen miccional de 225 ml. Su volumen residual ha aumentado el último año de 195 ml a 330 ml. ¿Qué tratamiento es correcto?

a) La vigilancia activa es todavía una opción.
b) El tratamiento médico debe ser suspendido porque está aumentando el volumen residual.
c) La cirugía de la salida de la vejiga es obligatoria dado el deterioro obstructivo del flujo vesical.
d) Hubiera sido mejor si se hubiera realizado una resección transuretral años antes.

493. Un hombre de 62 años acude con dolor en flanco izquierdo. El UroTAC revela retraso en la excreción e hidronefrosis secundaria a un cálculo de 2,5 cm en UPU. Se realiza extracción percutánea la piedra sin dificultad, pero un nefrograma postextracción revela hidronefrosis a nivel de la UPU sin cálculo residual. Otra urografía de seguimiento a la semana no muestra cambios. El siguiente paso es:

a) Retirar el tubo de nefrostomía.
b) Renograma diurético.
c) Endopielotomía anterógrada.
d) Test de Presión-Perfusión de Whitaker.



494. Paciente mujer de 58 años sin antecedentes médicos de interés es intervenida mediante nefrectomía radical derecha por una masa renal incidental. El informe de anatomía patológica revela un carcinoma de células renales de células claras (ccRCC) de 8.5 cm con las siguientes características: estadificación pT3a (invasión de la vena renal principal), Grado de la ISUP 4, con presencia de componentes de diferenciación sarcomatoide en un 15% de la tumoración. Los márgenes quirúrgicos fueron negativos (R0) y se extirparon 3 ganglios linfáticos que resultaron negativos para malignidad (pN0). La tomografía axial, computarizada (TC) de extensión postoperatoria a las 4 semanas no muestra evidencia de enfermedad macroscópica a distancia (M0). El estado funcional de la paciente es excelente (ECOG PS 0). Evaluando el riesgo de recurrencia de esta paciente tras la cirugía y basándose en las recomendaciones vigentes sobre terapia adyuvante, ¿cuál es la conducta más adecuada a seguir?

a) Mantener una actitud de vigilancia activa mediante TC seriados cada 3-6 meses, dado que la cirugía fue R0 y no hay afectación ganglionar.
b) Ofrecer tratamiento adyuvante con pembrolizumab en monoterapia durante 1 año (17 ciclos cada 3 semanas o 9 ciclos cada 6 semanas).
c) Iniciar tratamiento adyuvante con un inhibidor de tirosina quinasa (como sunitinib) durante un periodo de 54 semanas.
d) Iniciar quimioterapia adyuvante basada en gemcitabina y cisplatino debido a la presencia de características sarcomatoides de alto riesgo.

495. Una paciente de 28 años, embarazada de 20 semanas (segundo trimestre), acude a urgencias por un cuadro de cólico nefrítico derecho refractario al tratamiento analgésico convencional, asociándose a una hidronefrosis severa por un cálculo ureteral de 7 mm. Tras evaluar el caso de forma multidisciplinar, se decide realizar una intervención activa debido a la persistencia de los síntomas. Basándose en la evidencia actual, ¿cuál es la conducta terapéutica más adecuada en este momento?

a) Realizar una nefrolitotomía percutánea (PCNL) urgente, ya que los abordajes endoscópicos retrógrados están estrictamente prohibidos durante la gestación.
b) Realizar una ureteroscopia (URS) como una alternativa razonable para evitar el drenaje o la colocación de un catéter doble J a largo plazo, aprovechando que la paciente se encuentra en el segundo trimestre de embarazo.
c) Colocar un catéter doble J temporal (JJ stent) obligando a realizar recambios cada 12 meses, dado que las hormonas del embarazo disminuyen por completo el riesgo de incrustación del catéter.
d) Mantener un manejo estrictamente conservador con observación periódica ambulatoria hasta el momento del parto, ignorando la hidronefrosis severa y el dolor refractario.



496. Un paciente varón de 42 años acude a la consulta externa para planificar el tratamiento de un cálculo asintomático de 12 mm localizado en el cáliz superior del riñón derecho. No tiene antecedentes médicos de interés, su índice de masa corporal es normal y en la tomografía computarizada sin contraste (NCCT) se objetiva que el cálculo posee una densidad de 650 Unidades Hounsfield (HU). Evaluando los algoritmos de tratamiento y predictores de éxito, ¿cuál es la conducta más adecuada respecto al uso de la litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) en este paciente?

a) Ofrecer la ESWL como una opción válida de primera línea, dado que el cálculo se encuentra en un cáliz no inferior, mide entre 10-20 mm y muestra una densidad inferior a 1,000 HU, lo que predice una buena capacidad de desintegración.
b) Descartar por completo la ESWL debido a que cualquier cálculo renal mayor de 10 mm situado fuera del polo inferior debe ser remitido de forma obligatoria y exclusiva a nefrolitotomía percutánea primaria.
c) Indicar obligatoriamente una cirugía abierta o laparoscópica reconstructiva de urgencia, ya que la ESWL está absolutamente contraindicada en el manejo de la litiasis renal en pacientes varones jóvenes.
d) Contraindicar la ESWL argumentando que la densidad de 650 HU es peligrosamente baja y generará una "calle de piedras" destructiva instantánea que requerirá nefrostomía bilateral en las primeras 12 horas.

497. Un varón de 62 años, operado hace 24 meses mediante una nefrectomía radical izquierda por un carcinoma renal de células claras pT3a GIII, acude a su revisión programada. En la tomografía axial computarizada (TC) de control se detecta una masa solitaria de 3 cm confinada exclusivamente a la fosa renal izquierda, sin evidencia de metástasis a distancia ni progresión sistémica. El paciente tiene un excelente estado general (ECOG 0). De acuerdo con la evidencia actual, ¿cuál es el manejo terapéutico inicial más adecuado?

a) Iniciar de inmediato tratamiento sistémico en primera línea con pembrolizumab + lenvatinib.
b) Realizar un seguimiento observacional estrecho con pruebas de imagen cada 3 meses al tratarse de una recidiva tardía (mayor a 2 años).
c) Ofrecer tratamiento local (como la resección quirúrgica con márgenes negativos o ablación percutánea) tras balancear los factores pronósticos y comorbilidades.
d) Administrar radioterapia paliativa sobre la fosa renal de forma exclusiva para evitar complicaciones mecánicas locales.



498. Un varón de 67 años con antecedentes de nefropatía diabética es sometido a una nefroureterectomía radical (NUT) izquierda más linfadenectomía locorregional tras el hallazgo de una masa piélica. En el postoperatorio inmediato se administró una dosis única de quimioterapia intravesical. Tras la cirugía, su función renal sufre un deterioro estable, situándose su tasa de filtración glomerular calculada (eGFR) en 28 mL/min (paciente no apto/ineligible para platino). El informe de patología definitiva reporta un carcinoma urotelial de la pelvis renal de alto grado, estadio pT3 N0 M0, con márgenes negativos (R0) y expresión tumoral de PD-L1 positiva (+). Con todas las opciones de tratamiento de la actualización de las Guías EAU 2026 plenamente disponibles (Figura 7.1), ¿cuál es la conducta adyuvante sistémica más adecuada?

a) Iniciar inmunoterapia adyuvante con nivolumab o pembrolizumab, al tratarse de un paciente con enfermedad localmente avanzada (pT3) que es inelegible para quimioterapia basada en platino y presenta PD-L1+.
b) Ofrecer de manera prioritaria quimioterapia adyuvante sistémica con el esquema gemcitabina-cisplatino, ajustando la dosis un 50% por el filtrado glomerular.
c) Optar por observación exclusiva y seguimiento estrecho, ya que la quimioterapia con platino está contraindicada por el eGFR y la inmunoterapia carece de indicación en estadios N0.
d) Administrar un esquema combinado de enfortumab vedotin más pembrolizumab (EV + P) en pauta de adyuvancia inmediata durante 6 ciclos.

499. Un paciente de 67 años con adenocarcinoma de próstata ISUP 2 (3+4) en vigilancia activa presenta un tiempo de duplicación del PSA de 2.5 años y una RM de próstata estable. La biopsia de seguimiento a los 24 meses revela un patrón de crecimiento cribiforme focal sin aumento del grado ISUP. ¿Cuál es la conducta recomendada?

a) Continuar en vigilancia activa dado que el grado ISUP no ha progresado.
b) Solicitar un test genómico (tipo Decipher o Prolaris) antes de decidir.
c) Reclasificación inmediata e indicar tratamiento con intención curativa
d) Repetir la RM multiparamétrica en 3 meses y según resultado actuar.

500. Un varón de 72 años diagnosticado de cáncer de próstata resistente a la castración no metastásico (nmCRPC) presenta un tiempo de duplicación del PSA (PSADT) de 8 meses. Sus niveles de testosterona sérica son de 25 ng/dL. ¿Cuál es el manejo de primera línea recomendado para retrasar la aparición de metástasis óseas según la evidencia de nivel 1a?

a) Darolutamida, enzalutamida o apalutamida.
b) Adición de docetaxel al bloqueo hormonal.
c) Observación hasta la progresión radiologica.
d) Abiraterona más prednisona.