

1- Respecto a la anatomía de la pared abdominal y la técnica de separación de componentes, descrita por Ramírez y colaboradores en 1992, indique la respuesta CORRECTA:

- a. Los nervios intercostales, responsables de la inervación del músculo recto del abdomen, discurren en el plano entre el músculo oblicuo externo y el músculo oblicuo interno.
- b. Al llevar a cabo la técnica de separación de componentes para la cobertura de un defecto abdominal, tras realizar una incisión inmediatamente lateral a la línea semicircularis, el plano a seguir es el situado entre el músculo oblicuo interno y el músculo transverso del abdomen.
- c. La citada técnica, cuando se lleva a cabo bilateralmente, permite la cobertura de defectos masivos de la línea media de hasta 16 cm a nivel subxifoideo y de hasta 8 cm a nivel de línea media y a nivel suprapúbico.
- d. En el caso de no alcanzar adecuadamente el plano de disección y de dañar la fascia del oblicuo interno, se crea una debilidad en la pared lateral del abdomen que puede resultar en una hernia de Spiegel.

2- La meralgia parestésica es una patología que se produce por compresión del nervio cutáneo femoral lateral. Indique el origen de dicho nervio:

- a. Plexo lumbar, en concreto L2 y L3.
- b. Plexo lumbar, en concreto L3 y L4.
- c. Plexo sacro, en concreto L5 y S1.
- d. Constituye la parte sensitiva del nervio femoral o crural (L2, L3 y L4).

3- El ligamento inguinal está formado por fibras que van de la espina iliaca antero-superior al tubérculo del pubis. Entre dicho ligamento y el hueso coxal se delimitan las lagunas muscular y vascular, que comunican la pelvis mayor y el trígono femoral (triángulo de scarpa). Indicar la respuesta correcta:

- a. Ambos espacios (ambas lagunas) están separados por el ligamento iliopectíneo, siendo la laguna vascular lateral y la laguna muscular medial.
- b. La laguna muscular contiene el músculo psoas-iliaco, el nervio femoral y el ramo femoral del nervio genitofemoral.
- c. El nervio femoral es el ramo terminal del plexo lumbar, siendo su origen radicular L2, L3 y L4.
- d. En la laguna vascular nos encontramos de medial a lateral: ganglio linfático lagunar- arteria femoral- vena femoral.

4- Respecto a epidemiología y fisiopatología de las úlceras por presión (UPP) indique la respuesta falsa:

- a. La presión continua y prolongada sobre una prominencia ósea causa daño primeramente en el tejido muscular suprayacente, a continuación en los tejidos blandos superficiales y por último en la piel.
- b. En pacientes incapaces de moverse activamente, el alivio de la presión ejercida en los tejidos blandos sobre una prominencia ósea durante 5 minutos cada 8 horas (por turno) en general es suficiente para prevenir el desarrollo de una UPP a dicho nivel.
- c. La presión externa crítica por encima de la cual se impide la perfusión capilar y existe riesgo de que se genere un daño relacionado con la presión es 32 mmHg.
- d. La incidencia de UPP en pacientes parapléjicos y tetrapléjicos es aproximadamente de 20% y 30% respectivamente.

5- Acerca de la reconstrucción pélvica-perineal, indicar la respuesta incorrecta:

- a. El colgajo suprapúbico o “en monte del pubis” se basa en el pedículo epigástrico inferior superficial y permite cubrir defectos en raíz de muslo y periné, por ejemplo, el defecto resultante de una hemivulvotomía.

- b. El colgajo fasciocutáneo de cara interna de muslo en VY se basa en las arterias pudendas externas y permite cubrir defectos perineales amplios, como puede ser el defecto resultante de una hemivulvectomía.
- c. El colgajo en pétalo de loto o colgajo de pliegue glúteo se basa en las últimas perforantes cutáneas de la arteria pudenda interna y de la arteria perineal, y permite la cobertura de defectos vulvo-vaginales y también de defectos perianales, en función del sentido en que se realice la rotación del colgajo.
- d. El colgajo fasciocutáneo tipo Singapur, basado en ramas terminales de la arteria pudenda interna/perineal, es útil para reconstrucción de defectos vaginales, pero no lo es para defectos resultantes de una hemivulvectomía.

6- Paciente de 61 años es intervenida por Servicio de Cirugía General por sufrir carcinoma rectal. Requiere exéresis de cara posterior de la vagina por encontrarse invadida por el tumor. Indique la clasificación del defecto según la clasificación del Memorial Sloan Cancer Center de Nueva York (Cordeiro):

- a. IIA.
- b. IIB.
- c. IB.
- d. IA.

7- El cirujano plástico es consultado para que lleve a cabo la reconstrucción del defecto resultante en la paciente de la pregunta anterior. Indique el colgajo que es más adecuado emplear, si no hay contraindicación, en este caso:

- a. Colgajo de Singapur.
- b. Colgajo en pétalo de loto, probablemente bilateral.
- c. Colgajo de recto abdominal pediculado inferiormente.
- d. Colgajo de gracilis.

8- Indique el pedículo vascular principal del músculo serrato anterior:

- a. Pedículo torácico largo.
- b. Pedículo toracodorsal.
- c. Pedículo toracoacromial.
- d. Ninguno de los anteriores.

9- ¿Cuál es la composición más habitual del plexo braquial?

- a. Ramas ventrales de los nervios raquídeos C5, C6, C7, C8 y T1.
- b. Ramas ventrales de los nervios raquídeos C4, C5, C6, C7, C8 y T1.
- c. Ramas ventrales de los nervios raquídeos C5, C6, C7, C8, T1 y T2.
- d. Ramos dorsales de los nervios raquídeos C4, C5, C6, C7, C8 y T1.

10- Indique la respuesta incorrecta a propósito de la constitución y anatomía del plexo braquial:

- a. Dos tercios de las fibras que constituyen el plexo braquial son sensitivas, mientras que solo un tercio de dichas fibras son motoras.
- b. El tronco (primario) medio está constituido por las ramas ventrales o anteriores de los nervios raquídeos C7 y C8.
- c. El tronco superior queda constituido a nivel del borde externo del hiato interescalénico (denominado punto de Erb), a unos 3 cm de la clavícula.
- d. Las divisiones anteriores del plexo braquial inervan a los músculos flexo-pronadores de la extremidad superior, mientras que las divisiones posteriores inervan a los músculos extenso-supinadores.

11- En cuanto a la clasificación de los músculos de Mathes and Nahai, indique cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:

- a. El músculo sartorio es un tipo IV.
- b. El músculo tensor de la fascia lata es un tipo I.
- c. El músculo peroneo largo es un tipo IV.

d. El músculo recto femoral es un tipo II.

12- Indicar la respuesta incorrecta acerca de los colgajos obtenidos tras un proceso de expansión tisular:

- a. Se comportan como colgajos que han sido sometidos a un proceso de retardo.
- b. Tienen adelgazamiento de la epidermis.
- c. Existe aumento de la densidad de colágeno.
- d. Tienen adelgazamiento de la dermis.

13- Señale la respuesta incorrecta acerca de los anestésicos locales:

- a. La adrenalina, añadida al anestésico local, ha demostrado ser eficaz y segura para anestesiar los dedos y otras partes acras, siempre que se emplee a la concentración adecuada.
- b. Cuando se produce toxicidad cardiovascular debido a un exceso de dosis de anestésico local, el mecanismo consiste en una vasodilatación periférica y disminución de la contractilidad miocárdica, pero no se ve afectado el sistema de conducción cardíaco.
- c. Las reacciones alérgicas son más frecuentes con los anestésicos del grupo éster que con las amidas, porque los ésteres se metabolizan a ácido para-amino benzoico, que es altamente alergénico.
- d. Cuando se produce toxicidad neurológica por anestésicos locales, las benzodiacepinas alteran el umbral convulsivo, por lo que pueden usarse para tratar los síntomas o como premedicación cuando se prevé el empleo de grandes dosis de anestésico local.

14- Indicar cuál de los siguientes anestésicos locales no es del grupo amida:

- a. Mepivacaína.
- b. Prilocaína.

- c. Etidocaína.
- d. Tetracaína.

15- Paciente mujer de 35 años, 50 kg de peso y sin patologías conocidas. Va a someterse a la exéresis de lipoma de 6 cm en espalda bajo anestesia local. El anestésico local disponible en quirófano es lidocaína al 1%. Teniendo en cuenta que cada ampolla es de 10 mililitros, indique el número máximo de ampollas que se podrán emplear en el caso de que no se utilice adrenalina:

- a. Una ampolla.
- b. Una ampolla y media.
- c. Dos ampollas.
- d. Dos ampollas y media.

16- La epidermis es la parte más externa de la piel, y está formada por cinco capas que, de más profundo a más superficial son:

- a. Germinativo, espinoso, granuloso, lúcido y córneo.
- b. Germinativo, granuloso, espinoso, lúcido y córneo.
- c. Lúcido, germinativo, espinoso, granuloso y córneo.
- d. Germinativo, espinoso, lúcido, granuloso y córneo.

17- La dermis supone el 95% del grosor de la piel. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de la dermis es incorrecta?

- a. La dermis papilar, en comparación con la dermis reticular, es más celular y con fibras de colágeno más finas.
- b. Tanto el colágeno como las fibras de elastina y los glicosaminoglicanos de la dermis son producidos por los fibroblastos.
- c. La relación colágeno 1: colágeno 3 en la dermis es 5:1.
- d. El principal colágeno de la membrana basal es el colágeno II.

18- Acerca de los injertos de piel, indicar cuál es la respuesta incorrecta:

- a. Inmediatamente tras la colocación del injerto sobre un lecho adecuado, se produce la adherencia gracias a enlaces de fibrina.
- b. La aparición de los primeros esbozos de vascularización (capilares) en dicha capa de fibrina se produce en torno al 5º día, pero el crecimiento de estos vasos sanguíneos dentro del injerto no se produce hasta el 7º-8º día.
- c. La contracción primaria de los injertos (la que se observa en el injerto tras ser obtenido y antes de ser colocado en el lecho) es mayor en injertos gruesos y se debe principalmente a la elastina de la dermis.
- d. La contractura secundaria de los injertos (la que se observa después de que el injerto haya cicatrizado), es mayor en los injertos finos y se debe principalmente a la actividad de los miofibroblastos.

19- Fototipo es la capacidad de la piel para asimilar la radiación solar. Indique el fototipo (clasificación de Fitzpatrick) de un individuo con cabello negro, con piel que se broncea con facilidad al exponerse al sol y que muy raramente se quema:

- a. VI.
- b. V.
- c. IV.
- d. III.

20- La contractura capsular es una de las complicaciones tardías más frecuentes de las mamoplastias de aumento con prótesis. Señale la afirmación incorrecta acerca de dicha complicación:

- a. Es mucho más frecuente cuando se emplean prótesis de silicona lisas con respecto a las prótesis texturizadas.
- b. Aunque la etiología de la contractura capsular es desconocida, una de las hipótesis es que se trate de una infección subclínica.
- c. Una contractura capsular en la que la mama está más firme que la mama contralateral y el implante puede palparse fácilmente e incluso

puede visualizarse el implante, en ocasiones distorsionado, es un grado IV de la clasificación de Baker.

- d. Determinados medicamentos habitualmente empleados en el tratamiento del asma han demostrado revertir los signos clínicos de la contractura capsular.

21- El empleo de matrices dérmicas acelulares en cirugía mamaria tanto en casos de estética como en cirugías reconstructivas, ha ido ganado importancia en los últimos años. Indicar la relación INCORRECTA entra la matriz dérmica y el origen de la misma:

- a. MatriStem – dermis porcina.
- b. Strattice- dermis porcina.
- c. Allomax- dermis humana.
- d. Veritas- colágeno procedente de pericardio bovino.

22- Mujer de 51 años se presenta en su consulta para valorar someterse a una mastopexia. Como antecedentes, es fumadora y ha tenido dos embarazos. A la exploración, las mamas tienen un tamaño moderado y el complejo areola pezón se sitúa a 24 cm del yugo esternal. El pezón se encuentra por debajo del pliegue inframamario, pero sigue descansando sobre la zona más proyectada de la mama. Indicar el grado de ptosis según la clasificación de Regnaud:

- a. Leve (primer grado).
- b. Moderada (segundo grado).
- c. Severa (tercer grado).
- d. Realmente no se trata de una ptosis sino de una pseudoptosis.

23.- Indique la frase incorrecta acerca de la mastopexia según la técnica de Benelli:

- a. Cicatriz periareolar.
- b. Permite exéresis de tejido para el tratamiento de macromastias.
- c. Pacientes con mamas grasas, con exceso de piel y con piel poco elástica, son las que más se benefician de esta técnica.

- d. En esta técnica, la piel y la glándula se tratan como dos unidades separadas, y se crean tres colgajos glandulares (superior, medial y lateral).

24- ¿Cuál de las siguientes relaciones a propósito de las mamoplastias de reducción es correcta?

- a. Strombeck- pedículo horizontal, cicatriz en T invertida.
- b. McKissock- pedículo inferior, cicatriz en T invertida.
- c. Skoog- pedículo posterior, cicatriz en T invertida.
- d. Weiner- pedículo superolateral, cicatriz en T invertida.

25- Bavick y Weaver propusieron en 1986 una hipótesis patogénica (interrupción precoz de la arteria subclavia embrionaria y/o sus ramas en torno a la 6ª semana del desarrollo embrionario) común para varios síndromes. Indique cuál de los siguientes síndromes malformativos NO se ajusta a dicha hipótesis patogénica:

- a. Síndrome de Poland.
- b. Síndrome de Klippel-Trénaunay.
- c. Síndromde de Moebius.
- d. Síndrome de Klippel-Feil.

26- En relación a la anatomía de la mama, indicar la respuesta correcta:

- a. Las glándulas de Montgomery, que son glándulas sudoríparas modificadas, tienen ductos que se abren en los tubérculos de Morgagni.
- b. El pliegue inframamario suele estar a nivel de la 8ª costilla.

- c. El nervio más importante para la inervación del pezón es habitualmente la rama cutánea lateral del tercer nervio intercostal.
- d. La principal irrigación de la mama es a expensas de la arteria mamaria interna, seguida de la arteria torácica lateral y de las arterias intercostales 3ª, 4ª y 5ª.

27- A propósito del linfoma anaplásico de células grandes asociado a implantes mamarios (BI-ALCL según sus siglas en inglés), indicar la respuesta correcta:

- a. En los casos con resultado de muerte por este linfoma, lo más frecuente es que el fallecimiento se produzca por invasión de la pared torácica y de las estructuras mediastínicas.
- b. Es un linfoma de Hodking derivado de linfocitos T helper.
- c. La media de tiempo desde la colocación del implante y el diagnóstico del tumor está en 5 años.
- d. Para el diagnóstico diferencial es imprescindible llevar a cabo una citometría de flujo, siendo especialmente importante la determinación del antígeno de superficie de linfocitos T CD40.

28- Indicar cuál de los siguientes síndromes NO cursa con sobrecrecimiento corporal:

- a. Síndrome de Maffuci.
- b. Síndrome de Klippel-Trénaunay.
- c. Síndrome de Parkes Weber.
- d. Síndrome de CLOVES.

29- Señalar la respuesta correcta acerca del síndrome de Sturge- Weber:

- a. La tríada clínica característica incluye: malformaciones capilares en el territorio de distribución de la 1ª rama del trigémino (nervio oftálmico), anomalías oculares y tumores cerebrales.
- b. Es excepcional que curse con sobrecrecimiento de tejidos blandos y/o hueso.
- c. Es una enfermedad de herencia autosómica recesiva.

- d. Está englobada en el conjunto de enfermedades conocidas como facomatosis.

30- Cuando exploramos en consulta a una paciente que desea someterse a una abdominoplastia, ¿cuál es el significado de un test de diver positivo?

- a. La paciente tiene exceso de tejido adiposo en hemiabdomen inferior.
- b. La paciente tiene diástasis de rectos.
- c. La paciente tiene una hernia umbilical.
- d. La paciente tiene debilidad miofascial.

31- Tras liposucción de gran volumen de flancos y abdomen, nuestro paciente es llevado a la sala de despertar. Al ser trasladado a la planta de hospitalización, la paciente se queja de hipoestesia alrededor de la boca, desarrolla hipotensión y comienza a convulsionar. ¿Qué medicación se deberá administrar?

- a. Dandrolene.
- b. Adrenalina.
- c. Emulsión lipídica.
- d. Fenobarbital.

32- Indique la respuesta incorrecta acerca de la anatomía del folículo pilosebáceo y del ciclo de crecimiento capilar:

- a. El origen embriológico del pelo y el folículo pilosebáceo es tanto ectodérmico como mesodérmico.
- b. En condiciones normales el 90% del pelo del cuero cabelludo está en fase activa (anagen), dicha fase suele durar entre 2 y 5 años.
- c. La fase de regresión o involución (telogen) suele durar 2-3 semanas.
- d. La fase de reposo habitualmente involucra a un 10% del pelo y suele durar 3-4 meses, después se iniciará una nueva fase anagen.

33- Especifique cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera a propósito de la alopecia y su tratamiento:

- a. El tipo de alopecia más habitual en hombres es la androgénica, mientras en mujeres es más habitual que la alopecia sea de origen traumático o una alopecia areata.
- b. En las zonas del cuero cabelludo susceptibles a la alopecia androgénica, los andrógenos hacen que disminuya la velocidad de crecimiento del pelo, que disminuya el diámetro del tallo piloso y que aumente la duración de la fase anagén.
- c. La clasificación de Norwood de la alopecia androgénica en hombres es una modificación de la clasificación de Hamilton, y divide los patrones de calvicie en siete grupos.
- d. El minoxidil aplicado tópicamente para el tratamiento de la alopecia androgénica, estabiliza la pérdida capilar e incluso produce crecimiento capilar nuevo, siendo el mecanismo de acción la inhibición de la 5-alpha-reductasa.

34- Indicar la respuesta adecuada acerca del empleo de bótox en medicina estética:

- a. Clostridium botulinum produce 6 toxinas serológicamente diferentes (A, B, C1, C2, D y E), siendo la neurotoxina A la más potente y la que constituye el principio activo del Botox..
- b. La primera indicación para la que fue aprobada la toxina botulínica tipo A por la FDA americana fue el blefaroespasm (1979)
- c. La neurotoxina inhibe de forma reversible la producción de acetilcolina a nivel de la unión neuromuscular del músculo estriado.
- d. Con el uso repetitivo, se produce cierta atrofia muscular de los músculos tratados, con lo cual futuras inyecciones pueden necesitar menos dosis de neurotoxina o puede ser posible aumentar el tiempo entre dichas inyecciones.

35- Indicar la respuesta incorrecta acerca de la anatomía de la musculatura facial y la fisiopatogenia de las arrugas de expresión:

- a. Las arrugas de expresión denominadas coloquialmente "patas de gallo" se deben a la contracción del músculo orbicular de los ojos y, en algunos pacientes, también a la contracción del cigomático mayor.
- b. El corrugador es un músculo facial cuya contracción produce aproximación y descenso de las cejas, y su contracción repetitiva causa arrugas glabellares verticales.
- c. El músculo procerus tiene como función elevar y aproximar las cejas, y su acción repetida a lo largo de los años produce arrugas transversas en la raíz nasal.
- d. Un exceso de tratamiento del músculo frontal con Bótox puede tener como secuela una ptosis palpebral, por lo que el tratamiento de esta zona anatómica debe hacerse con cautela y siempre una vez se haya tratado la región glabellar.

36- Una niña de 5 años se presenta en nuestra consulta 20 meses después de sufrir una quemadura por aceite hirviendo. En el momento agudo de la lesión, fue tratada mediante desbridamiento tangencial y cobertura con injerto de piel parcial. A la exploración, la paciente presenta una zona de aproximadamente 45 % del cuero cabelludo cubierta con injertos de piel, prendidos y estables. ¿Cuál es el mejor abordaje para llevar a cabo una reconstrucción del defecto adecuada desde un punto de vista estético y funcional?

- a. Colgajo libre (por ejemplo, dorsal ancho).

- b. Escisiones seriadas con cierre directo.
- c. Colgajos de rotación.
- d. Expansión tisular.

37- Respecto a las craneosinostosis, indique la respuesta VERDADERA:

- a. Siguiendo la ley de Virchow, cuando se produce la fusión prematura de una sutura el crecimiento paralelo a la misma se detiene y se producirá un crecimiento craneal compensatorio en sentido perpendicular a la sutura fusionada.
- b. El principal diagnóstico diferencial de la craneosinostosis lamboidea es la plagiocefalia posterior posicional. En este contexto, la presencia de un abultamiento mastoideo en el lado afectado es casi patognomónico de craneosinostosis lamboidea.
- c. La plagiocefalia anterior es una deformidad que aparece en el contexto de una craneosinostosis coronal bilateral.
- d. La incidencia de la craneosinostosis oscila entre 1/2000 Y 1/2500. La sutura más frecuentemente afectada es la coronal, seguida de la sagital.

38- ¿Cuál de las siguientes formas de craneosinostosis ha sido relacionada de forma más fiable con una mutación genética identificable?

- a. Sagital.
- b. Metópica.
- c. Coronal.
- d. Solamente las craneosinostosis sindrómicas han podido ser relacionadas con mutaciones concretas.

39- Un paciente de 20 años se presenta 3 semanas después de cortarse accidentalmente con un cristal a nivel palmar de la articulación interfalángica distal del 2º dedo de la mano izquierda. La RX de la mano no identifica alteración ósea. Al llevar a cabo la exploración quirúrgica, se evidencia una sección completa del flexor profundo (FDP) con un muñón distal de 0,5 cm. El

extremo proximal del tendón se localiza a nivel de I apolea A4. Indique la afirmación correcta acerca de la descripción de la lesión y el tratamiento más indicado.

- a. Lesión en zona 1 (tipo 1 de Leddy). Reparación primaria con sutura de cuatro cabos cruzados y sutura epitendinosa.
- b. Lesión en zona 1 (tipo 2 de Leddy). Reparación primaria mediante una sutura tipo pull-out (reparación del tendón al hueso).
- c. Lesión en zona 1 (tipo 3 de Leddy). Reparación primaria mediante sistema de anclaje tipo arpón.
- d. Lesión en zona 2. Reparación primaria con sutura tipo cuatro cabos cruzados y sutura epitendinosa.

40- Acerca de la anatomía del sistema flexor de la mano y las lesiones de los tendones flexores, indique señalar la respuesta CORRECTA:

- a. Las poleas más importantes son la A2 y A4 en los dedos largos y la A2 a nivel del pulgar.
- b. Un acortamiento de más de 1 cm del flexor superficial (FDS) de un dedo tiene gran riesgo de desencadenar un fenómeno de cuadriga.
- c. Las lesiones en zona I tipo avulsión se clasifican de acuerdo con la clasificación de Leddy y Parker (tipos I, IIa, IIb y III).
- d. Después de llevar a cabo una reparación adecuada de la lesión tendinosa, se colocará una férula protectora dorsal con muñeca y articulaciones metacarpofalángicas en flexión y articulaciones interfalángicas en extensión, durante 3-4 semanas.

41- Indique la relación incorrecta (autor-técnica) en el caso de técnicas quirúrgicas para el tratamiento del linfedema:

- a. Charles (1912)- resección en bloque de piel, tejido subcutáneo y fascia afectada seguido de injerto de piel parcial obtenido de pieza de resección.
- b. Thompson (1927)- exéresis en forma de huso de piel y tejidos blandos en cara interna de extremidad superior combinado con exéresis de la fascia profunda.
- c. Baumeister y Siuda- interposición de injerto linfático para crear un by-pass entre los linfáticos de la extremidad superior y los del cuello.
- d. Koshima- anastomosis linfático-venulares mediante técnicas de supermicrocirugía.

42- Indique la afirmación VERDADERA acerca del linfedema:

- a. El cáncer de mama y su tratamiento suponen la causa más frecuente de linfedema a nivel mundial.
- b. Independientemente de la causa, pacientes con linfedema tienen un aumento de líquido pobre en proteínas a nivel de los tejidos afectados.
- c. En el caso del linfedema primario, la variante tardía es la más frecuente.
- d. El linfedema secundario al cáncer de mama y su tratamiento se instaura más frecuentemente entre los 8 y los 12 meses después de la cirugía.

43- Señale los tres tumores de tejidos blandos de la mano más frecuentes, por orden de más a menos frecuente:

- a. Ganglión>tumor de células gigantes>quiste de inclusión.
- b. Quiste sebáceo>tumor de células gigantes>ganglión.
- c. Tumor de células gigantes>quiste de inclusión>ganglión.
- d. Ganglión>carcinoma basocelular>quiste de inclusión.

44- Los cuatro siguientes tumores óseos malignos pueden presentarse a nivel de los huesos de la mano. Señale el más frecuente de ellos:

- a. Condrosarcoma.
- b. Osteosarcoma.
- c. Tumor de células gigantes maligno.
- d. Sarcoma de Ewing óseo.

45- Conocer el contenido de los compartimentos miofasciales de las extremidades es importante cuando nos enfrentamos a un síndrome compartimental que requiera llevar a cabo una descompresión (fasciotomías). Indique la relación incorrecta el compartimento y los músculos contenidos en el mismo:

- a. Compartimento volar superficial del antebrazo- pronador redondo, flexor radial del carpo, palmar menor (palmaris longus), flexor superficial de los dedos, flexor largo del pulgar.
- b. Tenar- abductor corto del pulgar, oponente del pulgar, flexor corto del pulgar.
- c. Compartimento dorsal superficial del antebrazo- extensor común de los dedos, extensor del meñique, extensor cubital del carpo.
- d. Compartimento lateral del antebrazo (mobile wad)- braquiorradial, extensor radial corto del carpo, extensor radial largo del carpo.

46- Indicar la respuesta incorrecta acerca del síndrome de la intersección:

- a. Una tenosinovitis en el cruce del 2º compartimento extensor del antebrazo y el primer compartimento extensor del antebrazo.
- b. El principal diagnóstico diferencial es el síndrome de de Quervain.
- c. El tratamiento es generalmente quirúrgico.
- d. Fue descrito por primera vez por Velpaeu en 1825.

47- Los gangliones son tumores benignos de tejidos blandos que aparecen en las extremidades, están rellenos de mucina y están relacionados con cápsulas articulares, tendones y vainas tendinosas. Indique, en el caso de los gangliones de la mano, cuál de las siguientes articulaciones es con la que más frecuentemente se relacionan los gangliones:

- a. Retináculo volar.
- b. Articulación interfalángica proximal de los dedos.
- c. Articulación interfalángica distal de los dedos.
- d. Ligamento interóseo escafo-semilunar.

48- Indicar cuál de los siguientes músculos intrínsecos de la mano NO está inervado por el nervio mediano:

- a. Oponente del pulgar.
- b. Fascículo profundo del flexor corto del pulgar.
- c. Fascículo superficial del flexor corto del pulgar.
- d. Lumbricales primero y segundo.

49- A nivel del dorso de la muñeca, el retináculo extensor cubre los tendones de los extensores de los dedos y de la muñeca. Señale la relación INCORRECTA entre el compartimento extensor y los tendones contenidos por dicho compartimento:

- a. Quinto compartimento- extensor propio del meñique (EDM) exclusivamente.
- b. Primer compartimento- abductor largo del pulgar (APL) y extensor corto del pulgar (EPB).
- c. Segundo compartimento- extensor largo del pulgar (EPL) exclusivamente.
- d. Cuarto compartimento- extensor propio del índice (EIP) y extensor común de los dedos (EDC).

50- La hipoplasia congénita del pulgar puede variar desde una discrepancia moderada con respecto al pulgar contralateral hasta una ausencia completa. Al respecto de dicha patología, indique la respuesta incorrecta:

- a. La existencia de una articulación carpometacarpiana estable o inestable es el factor principal a la hora de decantarse por un tratamiento quirúrgico u otro.
- b. Para los tipos II y IIIA de la clasificación de Blauth, el tratamiento de elección suele ser la pulgarización del dedo índice.
- c. El tipo V de la clasificación de Blauth corresponde a la ausencia total del pulgar.
- d. Cuando existe inestabilidad de la articulación metacarpofalángica del pulgar hipoplásico, se debe principalmente a la debilidad o ausencia del ligamento colateral cubital de dicha articulación.

51- Indique la respuesta correcta acerca de la sindactilia de los dedos de la mano:

- a. Durante el desarrollo embrionario, los dedos se hacen aparentes en torno a los días 61-63 y estarán totalmente separados el día 73.
- b. En la sindactilia compleja existe una unión de toda la longitud de los dos dedos desde la base hasta los pulpejos, con o sin fusión ósea.
- c. En el caso de sindactilia entre los dedos anular y meñique suele ser recomendable llevar a cabo una liberación precoz, en torno a los 6 meses.
- d. Para la cobertura a nivel de la comisura suele emplearse un injerto de piel total.

52- Un varón de 34 años se presenta en nuestra consulta con una deformidad en martillo del dedo índice no dominante, que según refiere se produjo a raíz de un traumatismo hace 13 años. No consultó en aquel momento. Al llevar a cabo la exploración física, ¿qué deformidad de las siguientes es bastante probable que esté presente?

- a. Cuello de cisne.

- b. Dedo en ojal.
- c. Camptodactilia.
- d. Clinodactilia.

53- Indicar la pregunta incorrecta acerca de los reimplantes:

- a. En los reimplantes proximales a la muñeca deben realizarse fasciotomías solo si el aspecto de la extremidad al final del procedimiento es muy edematoso o con signos de síndrome compartimental.
- b. En el caso de amputaciones proximales a la muñeca, el tiempo de isquemia frío es de 24 horas y el tiempo de isquemia caliente es de 12 horas.
- c. En el caso del reimplante del pulgar, la arteria colateral cubital suele ser de mayor calibre que la radial, por lo que será la que se elija preferiblemente para llevar a cabo la revascularización.
- d. El acortamiento óseo puede considerarse en las amputaciones digitales para conseguir suturas vasculares sin tensión, pero está contraindicada en amputaciones proximales a la muñeca.

54- A propósito del síndrome compartimental de las extremidades, indique la respuesta errónea:

- a. El diagnóstico es clínico, siendo el síntoma más importante la presencia de un dolor desproporcionado que aumenta al elevar la extremidad o al realizar extensión pasiva de los dedos.
- b. La descompresión de los dedos se lleva a cabo mediante una incisión medioaxial, en el lado cubital para los dedos 1º, 5º y 4º, y en el lado radial del dedo para los dedos 2º y 3º.
- c. Si se lleva a cabo una medición de la presión dentro del compartimento muscular, la fasciotomía estará indicada si la presión delta (diferencia entre la presión arterial media y la presión dentro del compartimento) es menor de 40 mmHg.

- d. Si se mide la presión intracompartimental, en la pierna debe realizarse la medición tanto en el compartimento posterior profundo como en el compartimento anterior, que son los compartimentos donde se alcanza una mayor presión intracompartimental.

55- A propósito del colgajo lateral de brazo, indique cuál es la respuesta errónea:

- a. El pedículo es la arteria colateral radial posterior, que es una rama de la arteria braquial profunda.
- b. El pedículo del colgajo lateral de brazo discurre por el tabique intermuscular lateral acompañado por el nervio cutáneo antebraquial posterior.
- c. Si se quiere un pedículo más largo, el colgajo debe centrarse lo más cerca posible de la región subdeltoidea.
- d. Al realizar la elevación del colgajo, posteriormente el colgajo debe separarse del tríceps braquial y anteriormente debe separarse del músculo braquiorradialis.

56- En relación al melanoma maligno y a la última clasificación de la AJCC, indicar la pregunta correcta:

- a. La ulceración se define como una ausencia de espesor total de epidermis por encima de una parte del tumor, sin existencia de respuesta inflamatoria del huésped.
- b. La 7ª edición de la AJCC se refiere a metástasis ganglionares ocultas y metástasis ganglionares detectadas clínicamente. En cambio, la 8ª edición de la AJCC habla de metástasis ganglionares microscópicas y metástasis ganglionares macroscópicas.
- c. Pacientes que se presentan con una o varias metástasis ganglionares por melanoma sin un melanoma primario conocido tienen peor pronóstico que los pacientes con primario conocido con el mismo número de ganglios afectados.

- d. En la 8ª Edición de la AJCC, la elevación sérica de la LDH ya no define de forma independiente el estadio de la enfermedad como M1c.

57- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta acerca del Síndrome de Muir-Torre?

- a. Herencia autosómica dominante en la mayor parte de los casos.
- b. Se caracteriza por presencia de queratoacantomas y de tumores sebáceos benignos y malignos.
- c. Suelen presentar tumores en localizaciones distintas a la piel, especialmente gastrointestinales y genitourinarios.
- d. La mayor parte de los pacientes afectados presentan una mutación en el gen CTNNB1.

58- ¿Cuál de las siguientes patologías de las glándulas sudoríparas NO proceden de la glándulas apocrinas?

- a. Hidrosadenitis supurativa.
- b. Poroma.
- c. Cilindroma.
- d. Siringocistadenoma papilífero.

59- Paciente de 63 años acude a nuestra consulta derivado por el dermatólogo, que le ha realizado biopsia escisional de una lesión pigmentada en la pierna derecha. El resultado anatomopatológico tras el estudio de la pieza nos indica que se trata de un melanoma maligno nodular con Breslow de 3,4 mm, no ulcerado y con índice mitótico >1 mitosis/mm<sup>2</sup>. No hay evidencia en la exploración física de la presencia de metástasis ganglionares o a distancia. Indique el estadio clínico de la enfermedad:

- a. T3a N0 M0/ estadio IIA.

- b. T3b N0 M0/ estadio IIB.
- c. T4a N0 M0/ estadio IIC.
- d. T3a N0 M0/ estadio IIB.

60- Al paciente de la pregunta anterior se le realiza una ampliación de márgenes (2 cm a cada lado) y una biopsia selectiva de ganglio centinela (ingle derecha), obteniéndose 2 ganglios centinela. El análisis anatomopatológico de los ganglios indica la presencia de metástasis por melanoma en los dos ganglios centinela. El estudio de la pieza de linfadenectomía consta de diez ganglios linfáticos, siendo todos ellos negativos para malignidad. Sin embargo, en el postoperatorio inmediato el paciente sufre una crisis epiléptica y se detecta en el PET-TC una lesión hipercaptante en el lóbulo temporal derecho del encéfalo, sugestiva de metástasis. Indique el estadio patológico de la enfermedad

- a. T3b N2a M1c/ estadio IV.
- b. T3a N2a M1c/ estadio IV.
- c. T3a N2a M1d/ estadio IV.
- d. T3a N2b M1d/ estadio IV.

61- La clasificación de Enneking permite el estadiaje de determinado tipo de tumores malignos. Indique la respuesta falsa al respecto:

- a. Permite realizar la clasificación/ estadiaje de los sarcomas músculo-esqueléticos.
- b. Tiene correlación con el pronóstico y ayuda a elegir el tratamiento quirúrgico más adecuado.

- c. Según la clasificación de Enneking, una lesión G2 es de alto grado y tiene elevado número de mitosis y riesgo alto de enfermedad metastásica (>15%).
- d. Según dicha clasificación, un T2 corresponde a un tumor intracapsular e intracompartimental.

62- Indicar la respuesta incorrecta a propósito del xeroderma pigmentosum (XP):

- a. Es una patología de herencia autosómica recesiva, debida en la mayor parte de los casos a una mutación en el gen de los enzimas encargados de la exéresis y reparación de los nucleótidos (NER).
- b. Tiene una prevalencia de 1/25000, aunque países del oriente asiático como por ejemplo Japón tienen una incidencia aún menor.
- c. Existe una variante del XP en la cual la mutación afecta al gen POLH, que codifica la polimerasa de ADN.
- d. Un 80% de pacientes presenta problemas oculares (fotofobia, conjuntivitis, simbléfaron, ectropión y otros).

63- El nevus sebáceo (de Jadassohn) es una lesión amarilla o anaranjada que se diagnostica especialmente en cabeza y cuello en pacientes de edad infantil. Indique la respuesta correcta acerca de dicha lesión tumoral:

- a. Se observa en un 0,3% de recién nacidos, siendo igual de frecuente en varones y mujeres.
- b. Histológicamente, es una lesión hamartomatosa que contiene especialmente glándulas sebáceas, folículos sebáceos abortivos y glándulas ecrinas ectópicas.

- c. Es importante el seguimiento de estos pacientes porque un 10-15% de estas lesiones sufren una degeneración maligna, la mayor parte a carcinoma epidermoide.
- d. Cuando el nevus sebáceo da lugar a un tumor benigno, el más frecuente es el siringocistoadenoma papilífero.

64- El síndrome de Gorling es una genodermatosis asociada, entre otras alteraciones, a la aparición temprana de carcinomas basocelulares. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio mayor para el diagnóstico del Síndrome de Gorling?

- a. Calcificación ectópica de la hoz cerebral.
- b. Fibroma ovárico o meduloblastoma.
- c. Familiar de primer grado con Síndrome de Gorling .
- d. Costillas bífidas, fusionadas o marcadamente expandidas.

65- Indique la relación incorrecta con respecto a los siguientes tumores de piel y tejidos blandos:

- a. Infiltración difusa de la dermis y tejido subcutáneo por células fusiformes dispuestas en patrón de rueda de carro- porocarcinoma.
- b. Células redondas, basófilas, monomorfas, con núcleos grandes vesiculosos y cromatina “en sal y pimienta” – carcinoma de Merkel.
- c. Proliferación de células con morfología basaloide que forman nidos o cordones. Elastosis dérmica- carcinoma basocelular.
- d. Estructuras tubulares formadas por una o varias líneas de células basaloideas atípicas. Estroma desmoplásico escaso o ausente- carcinoma ecrico.

66- A propósito del dermatofibrosarcoma protuberans (DFSP), indique la respuesta errónea:

- a. La variante de Bednar, que presenta cromatina en el análisis histológico, y la variante fibrosarcomatosa son estirpes histológicas con mayor agresividad.
- b. El imatinib es un inhibidor de la tirosina quinasa útil en casos de DFSP recurrentes, localmente avanzados y metastásicos, y puede emplearse como neoadyudancia previamente a la exéresis quirúrgica.
- c. En aproximadamente un 90% de los DFSP analizados, se encuentra una translocación cromosómica que involucra a los brazos largos de los cromosomas 17 y 22  $t(17;22)(q22;q13)$ .
- d. La inmunohistoquímica es importante para confirmar el diagnóstico: las células de DFSP suelen ser CD34 positivas, factor XIIIa negativas (o tinción débil) y estromelina-3 negativas.

67- Una de las siguientes afirmaciones acerca de la anatomía quirúrgica de los vaciamientos quirúrgicos ganglionares axilares es falsa (señale cuál es):

- a. La fascia clavipectoroaxilar engloba al músculo pectoral mayor y en la parte inferior da lugar al músculo suspensorio de la axila.
- b. La pared interna (medial) de la fosa axilar está constituida por las cinco primeras costillas revestidas por las digitaciones correspondientes del serrato anterior.
- c. La arteria subclavia se pasa a llamar arteria axilar cuando pasa posterior al punto medio de la clavícula, y la arteria axilar pasará a denominarse arteria braquial a nivel del borde inferior del tendón del pectoral mayor.
- d. La vena axilar es medial a la arteria axilar, y entre ambos vasos se sitúan el fascículo medial del plexo braquial y el nervio cubital.

68- Indicar la clasificación de Cierny-Mader de una infección ósea (osteomielitis) que penetra la cortical del hueso, pero el hueso permanece estable y no se requieren métodos de fijación adicionales:

- a. II.
- b. IIB.
- c. III.
- d. IV.

69- Cuál de los siguientes músculos de la extremidad inferior NO está inervado por el nervio femoral:

- a. Sartorio.
- b. Gracilis.
- c. Recto femoral.
- d. Vasto lateral.

70- Acerca de la clasificación de Gustilo de las fracturas abiertas, indique cuál de las siguientes relaciones es la verdadera:

- a. Grado IIIB- fractura abierta con daño extenso de tejidos blandos y daño arterial que requiera reparación vascular.
- b. Grado I- fractura abierta con herida menor de 2 cm de longitud.
- c. Grado II- fractura abierta con herida mayor de 1 cm sin daño extenso de tejidos blandos.
- d. Grado IIID- fractura abierta con daño extenso de tejidos.

71- El colgajo de perforantes de arteria tibial posterior es una opción interesante para la reconstrucción de defectos de tejidos blandos en la pierna, e incluso en pie, por ejemplo aquellos que exponen tendones, hueso o material de osteosíntesis. Indicar la respuesta incorrecta acerca de dicho colgajo:

- a. Todas las perforantes de la arteria tibial perforan la fascia profunda en la línea longitudinal que une la tuberosidad tibial superiormente y el maléolo interno inferiormente.

- b. Es frecuente que se produzca una pérdida de sensibilidad distalmente al sitio de obtención del colgajo, ya que el nervio sensitivo se incluye en el colgajo.
- c. La longitud del pedículo es relativamente largo, de 8-10 cm, pudiendo aumentarse dicha longitud si se sacrifica la arteria tibial posterior.
- d. Las perforantes septocutáneas principales emergen entre el flexor largo de los dedos del pie y el sóleo.

72- Indique cuál de los siguientes colgajos locales no ha sido descrito para la reconstrucción labial:

- a. Colgajo de Yu.
- b. Colgajo de Gillies.
- c. Colgajo de Camile Bernard.
- d. Colgajo de Llandolt-Hughes.

73- La musculatura facial se divide a modo descriptivo en cuatro capas. Indique cuál de los siguientes músculos no pertenece a la capa más profunda de la musculatura facial:

- a. Elevador del labio superior.
- b. Elevador del ángulo de la boca.
- c. Bucinador.
- d. Mentalis.

74- Indique la respuesta incorrecta acerca de la aplasia cutis congénita:

- a. Es un defecto congénito de piel y tejido subcutáneo, que en casos graves puede afectar a periostio, hueso o incluso a la dura.
- b. La mayor parte son esporádicos, pero están descritos casos familiares, de los cuales lo más habitual es la herencia autosómica recesiva.
- c. La localización más habitual es en el cuero cabelludo (presente en dicha localización en un 65% de los pacientes afectados), pero la aplasia puede encontrarse también en extremidades, tronco o cara.

d. La exposición materna durante el embarazo a hormonas antitiroideas contribuye según varios estudios al desarrollo de la aplasia cutis congénita.

75- El síndrome de Nager o disóstosis acrofacial es un síndrome raro que cursa con deformidades craneofaciales similares al síndrome de Treacher-Collins.

Indique la afirmación incorrecta acerca de estas dos entidades:

- a. El patrón de herencia más habitual es autosómico recesivo para el síndrome de Nager y autosómico dominante para el síndrome de Treacher-Collins.
- b. Los pacientes con síndrome de Nager suelen tener inteligencia normal, mientras que aquellos con síndrome de Treacher-Collins habitualmente tienen inteligencia por debajo de la media.
- c. El síndrome de Nager puede asociar hipoplasia del pulgar o hipoplasia radial, mientras que estos hallazgos no existen en el síndrome de Treacher-Collins.
- d. La presencia de paladar hendido es mucho más habitual en el síndrome de Nager que en el Treacher-Collins.

76- ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta a propósito del Síndrome de Treacher Collins?

- a. Afecta entre 1/5000 y 1/25000 recién nacidos vivos, con expresividad variable.
- b. La incidencia es claramente mayor en mujeres.
- c. En los casos en que existe maloclusión, esta es generalmente de tipo II.
- d. Si atendemos a la clasificación de Tessier de las fisuras craneofaciales, el Teacher-Collins correspondería a los grupos 3,4,5 .

77- Indique el nivel ganglionar, según la clasificación de la *American Head and Neck Society* and *American Academy of Otolaryngology Head and Neck*

*Surgery*, de los ganglios cervicales localizados desde el borde inferior del hioides hasta el borde inferior del cricoides:

- a. IB.
- b. IV.
- c. IIB.
- d. III.

78- Un varón de 40 años se presenta en consulta con una masa de 2 cm detrás del ángulo de la mandíbula. En la exploración, tiene debilidad de la musculatura facial del lado del tumor. Se realiza una parotidectomía, y el examen anatomopatológico demuestra una población celular mixta, predominantemente de células epiteliales pobremente diferenciadas y células intermedias, con ocasionales células secretoras de moco e invasión neural. El diagnóstico más probable es:

- a. Carcinoma mucoepidermoide.
- b. Tumor de Warthin.
- c. Carcinoma adenoide quístico.
- d. Adenoma pleomórfico.

79- Indicar la afirmación incorrecta acerca de la anatomía del párpado:

- a. El músculo de Riolano está formado por la parte distal de la porción tarsal del músculo orbicular.
- b. La inserción del ligamento cantal externo en la órbita ósea se realiza a nivel del tubérculo de tubérculo de Whitnall, localizado aproximadamente 1-2 mm por detrás del reborde orbitario externo.
- c. Las glándulas de Zeiss y de Meibomio son ambas glándulas sebáceas que se encuentran en la lamela anterior de los párpados.
- d. Las glándulas de Moll son sudoríparas, y se encuentran alrededor de los folículos pilosos de las pestañas.

80- Con respecto a las malformaciones congénitas palpebrales, indique la relación incorrecta:

- a. Euriblefaron- alargamiento horizontal bilateral de la fisura palpebral, con acortamiento vertical.
- b. Anquiloblefaron- fusión congénita de los párpados superior e inferior.
- c. Epiblefaron- Pestañas orientadas verticalmente debido a un pliegue redundante de piel y músculo que invierte las pestañas.
- d. Telecanto- aumento de la distancia del componente óseo entre las dos órbitas

81- Señalar la respuesta incorrecta acerca de los colobomas:

- a. Una de las causas más frecuentes es la falta de migración del ectodermo y del mesénquima durante la sexta semana de la embriogénesis.
- b. En los casos que afectan al párpado superior, es más frecuente que se localicen en la parte medial y/o externa del mismo.
- c. Defectos pequeños (menores del 25%) generalmente pueden cerrarse de forma directa, simplemente haciendo una incisión en el pliegue palpebral para conseguir avanzar la lamela anterior.
- d. El síndrome de Goldenhar, que forma parte del espectro de anomalías del primer y segundo arco branquiales, presenta entre otras anomalías coloboma, dermoides epibulbares y microftalmia.

82- El síndrome de blefarofimosis asocia estrechamiento horizontal y vertical de la apertura palpebral, telecanto, epicantus inversus y ptosis congénita. Indique la respuesta correcta:

- a. El tipo I asocia fallo ovárico prematuro en mujeres.
- b. El tipo de herencia es autosómico recesivo.
- c. El gen causante es el FOXL2, que se encuentra en el cromosoma 13.
- d. Los síndromes de Noonan, Saethre-Chotzen, delección de 18p y la asociación aniridia-tumor de Wilms se asocian también a la presencia de blefarofimosis.

83- Indicar el nombre de la fractura facial que discurre por la raíz nasal, hueso lacrimal, reborde infraorbitario y por la pared del maxilar hasta la apófisis pterigoides:

- a. Lefort III.
- b. Lefort II.
- c. Lefort I.
- d. Fractura nasoetmoidal.

84- Indicar la respuesta correcta con respecto a la anatomía de la órbita y las fracturas orbitarias:

- a. Aproximadamente un 3% de las fracturas orbitarias cursa con ceguera, siendo varios los mecanismos que pueden estar implicados.
- b. Los síntomas del síndrome de la fisura orbitaria superior, que puede producirse en alguna fractura del techo de la órbita, se deben a la parálisis de los músculos oculomotores, del músculo elevador del párpado superior y a la anestesia del territorio de la segunda rama del trigémino.
- c. La fisura orbitaria inferior, también denominada hendidura esfenomaxilar, es atravesada por la vena oftálmica inferior y por la arteria infraorbitaria.
- d. El conducto óptico transcurre a través del ala menor del esfenoides y comunica la órbita con la fosa anterior del cráneo. Es atravesado por el nervio óptico (II par craneal) y la arteria oftálmica.

85- El síndrome aurículo-temporal es una complicación que puede ocurrir en pacientes sometidos a una parotidectomía. Indique el nombre con el que comúnmente es conocido dicho síndrome:

- a. Síndrome de Freire.
- b. Síndrome de Frey.
- c. Síndrome de Freiberg.
- d. Síndrome de Fahr.

86- Indique la respuesta incorrecta acerca del síndrome aurículo-temporal:

- a. Se produce por la interconexión de las fibras nerviosas simpáticas cortadas al realizar la parotidectomía, con las fibras nerviosas parasimpáticas dirigidas a las glándulas sudoríparas del colgajo cutáneo de la mejilla.
- b. Aunque es una complicación típica de las parotidectomías, también puede producirse en cirugía de glándulas submaxilares, vaciamientos cervicales, lifting facial, e incluso existen casos congénitos.
- c. La incidencia varía entre 7-50% según las series, pero está comúnmente aceptado que hay muchos casos subclínicos.
- d. Los pacientes sufren sudoración y rubor, e incluso picor y quemazón, cuando comen o mastican, pero también cuando piensan o sueñan con comida.

87- Indicar la respuesta incorrecta acerca de las quemaduras químicas:

- a. Los ácidos fuertes producen necrosis por licuefacción, mientras que los álcalis producen necrosis por coagulación.
- b. Varios productos cuyo mecanismo de acción es actuar como venenos protoplásmicos son el ácido fórmico, el ácido fluorhídrico y el ácido acético.
- c. En las quemaduras por ácido fluorhídrico, después de irrigar las heridas abundantemente, el empleo de gluconato cálcico en gel por vía tópica permite neutralizar el ion flúor y prevenir la toxicidad sistémica.
- d. El gas mostaza es un producto vesicante empleado como arma de guerra durante la guerra de las trincheras de la primera guerra mundial.

88- Paciente de 69 años es llevado a urgencias por la UCI móvil dos horas después de sufrir quemaduras mientras quemaba rastrojos, que previamente había rociado con gasolina. La descripción de las quemaduras es la siguiente: de 1º grado en cara con gran edema palpebral, de segundo grado profundo afectando a toda la extensión y circunferencia de la extremidad inferior izquierda, de segundo grado superficial afectando a la mitad de la extensión de

la extremidad superior izquierda y de 2º grado profundo de cara anterior del tronco. ¿Cuáles es la superficie corporal quemada?

- a. 40,5% de SCQ.
- b. 49,5% de SCQ.
- c. 31,5% de SCQ.
- d. 45% de SCQ.

89- Indicar cuál de las siguientes medidas en principio no está indicada en el paciente de la pregunta anterior:

- a. Interconsulta a oftalmología.
- b. Antibioterapia de amplio espectro.
- c. Escarotomías de extremidad inferior izquierda.
- d. Traslado a Centro de Grandes Quemados.

90- Calcule la rehidratación con ringer lactato siguiendo la fórmula de Parkland, teniendo en cuenta que el paciente pesa 72 kilogramos:

- a. 3240 ml en las primeras 8 horas y 9720 ml en las siguientes 16 horas.
- b. 2916 ml en las primeras 8 horas y 8748 ml en las siguientes 16 horas.
- c. 3564 ml en las primeras 8 horas y 10692 ml en las siguientes 16 horas.
- d. 2268 ml en las primeras 8 horas y 6804 ml en las siguientes 16 horas.

91- A propósito de la cobertura de las quemaduras, diga cual es la respuesta correcta:

- a. Los aloinjertos de piel humana cuando son colocados sobre la quemadura desbridada se vascularizan y proporcionan una cobertura temporal hasta que son rechazados por el huésped, habitualmente en torno a las 6-8 semanas.
- b. El empleo de injertos epiteliales cultivados para cubrir las quemaduras son una herramienta útil cuando nos enfrentamos a quemaduras extensas con pocas zonas donantes, aunque hay que tener en cuenta

que tienen menos éxito en zonas que previamente han estado cubiertas con aloinjertos.

c. El primer sustituto dérmico empleado en la clínica fue Integra, que cuenta con una capa interna de colágeno aislado de tejido porcino y glucosaminoglicano condroitin-sulfato, y una capa externa de silicona que a las 2-3 semanas debe ser retirado y sustituido por un injerto de piel parcial.

d. El Alloderm es un sustituto dérmico no antigénico que contiene las proteínas propias de la membrana basal humana (especialmente laminina y colágeno IV y VII) y debe combinarse con un injerto de piel parcial fino en el momento inicial del cierre de la herida.

92- El colgajo envolvente (wrap around) fue descrito por Morrison en 1980.

¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta?

a. La técnica original se obtenía desguantando el primer dedo del pie y las partes blandas se empleaban para cubrir un injerto óseo convencional, pero dicha técnica fue modificada posteriormente para incluir parte de la falange distal del primer dedo del pie en el colgajo.

b. Este colgajo está especialmente indicado en niños debido a su capacidad de crecimiento y a sus buenos resultados estéticos y funcionales.

c. Una de las indicaciones del colgajo envolvente son las amputaciones completas de la primera falange del pulgar.

d. La cobertura de la zona donante se realiza con el colgajo cutáneo medial restante y un colgajo cross finger del segundo dedo del pie.

93- Señale cuál de los siguientes hitos históricos de la microcirugía es cierto:

a. El colgajo radial de antebrazo (también llamado en ocasiones “colgajo chino”) fue la primera transferencia de tejido libre realizada en humanos, llevada a cabo por Seidenberg en 1959.

b. El colgajo TRAM libre fue realizado por Holmström en 1979, pero no se le reconoció durante varios años.

- c. El colgajo miocutáneo libre glúteo inferior fue descrito por primera vez por Fujino en 1975 para la reparación mamaria.
- d. El primer reimplante digital fue realizado en 1962 en el Massachusetts General Hospital a un niño de 12 años.

94- El yeyuno tiene muchas ventajas anatómicas para muchos tipos de reconstrucciones, por ejemplo, para la reconstrucción de esófago y de vagina. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta acerca de la anatomía de la región y del colgajo?

- a. Existen más pliegues circulares, la capa muscular es más gruesa y la vascularización es más abundante en el yeyuno proximal con respecto al yeyuno distal.
- b. La inervación intrínseca del yeyuno corresponde a los plexos mientérico de Meissner, que inerva la muscular externa, y plexo submucoso de Auerbach, que inerva la muscular mucosa.
- c. El colgajo yeyunal libre suele emplear las asas yeyunales segunda o tercera sobre la base de las arterias yeyunales segunda o tercera.
- d. Para un colgajo yeyunal pediculado se emplea la cuarta asa yeyunal, tanto en los casos de reconstrucción vaginal como en los de reconstrucción esofágica.

95-Cuál de los siguientes artículos en relación con su autor no es correcta:

- a. Huger (1976) – definición de las zonas de vascularización de la pared abdominal.
- b. Cuthbertson (1942, Lancet) – la respuesta hipermetabólica al daño físico.
- c. Boca (1906) – disección cervical radical.
- d. Winter (1962, Nature) – cicatrización de heridas en relación a la cobertura.

96- ¿Quién sirvió de oficial médico con Garibaldi y tenía un nombre asociado con el injerto de piel total?

- a. Wolfe .
- b. Moretti.
- c. Santoni.
- d. Ollier.

97-Cuál de las siguientes secuencias describe mejor la recuperación sensorial en la cicatrización de un injerto de piel?:

- a. Temperatura, dolor, tacto ligero.
- b. Dolor, temperatura, tacto ligero.
- c. Dolor, tacto ligero, temperatura.
- d. Temperatura, tacto ligero, dolor.

98- Un injerto nervioso sirve de puente y de guía para el crecimiento de los axones hacia el muñón distal seccionado. El nervio sural es el más frecuentemente utilizado como nervio donante, aunque otros nervios también pueden ser incluidos como los cutáneos medial, lateral, safenos posterior y anterior, interóseos, etc. Estudios experimentales comparando nervios motores mixtos o sensitivos, apoyan la idea de que la regeneración axonal a través del injerto nervioso se hace a mayor velocidad en:

- a. Nervio interóseo anterior > cutáneo braquial medial > mixto.
- b. Nervio motor de gracilis > mediano > sural.
- c. Cutáneo braquial lateral > cubital > motor de masetero.
- d. Motor de gracilis > cutáneo femoral lateral > cubital.

99- La interleukina-1 (IL-1) se libera por:

- a. Plaquetas.
- b. Colágeno.

- c. Endotelio.
- d. Neutrófilos.

100- En relación a la anticoagulación:

- a. La heparina disminuye la eficacia de la antitrombina III.
- b. El dextrano es un polisacárido.
- c. La acción de la aspirina es reversible a nivel molecular.
- d. Las vías intrínseca y extrínseca convergen en el factor IX.

101- Con respecto al melanoma, ¿cuál de las siguientes respuestas no es correcta?:

- a. Estudios actuales desarrollados por la AJCC sugieren que las satelitis microscópicas o las metástasis en tránsito tienen un pronóstico ligeramente mejor que aquellos con metástasis ganglionares establecidas.
- b. La diseminación de un melanoma a un ganglio linfático es en la mayoría de las ocasiones imprecisa: casi un 20% de los ganglios clínicamente negativos resultan con invasión metastásica tras la evaluación por el patólogo y hasta un 20% de aquellos con ganglios clínicamente positivos resultan negativos tras el examen patológico al microscopio.
- c. La BSGC debería realizarse a todos los melanomas que demuestren histológicamente una agresividad biológica importante, ya sea ulceración o índice mitótico elevado, independientemente del índice de Breslow o de Clark.
- d. El melanoma desmoplásico, debe diferenciarse de un melanoma amelanótico por su tendencia a la hipopigmentación y por su crecimiento semejante a una cicatriz hipertrófica. Su aspecto histológico revela sin embargo nidos de células melanocíticas malignas con forma de huso cuyo crecimiento se desarrolla en un ámbito cicatricial.

102- Atendiendo a los criterios TNM del melanoma, ¿cuál de los siguientes estadios no refleja una correcta clasificación?

- a. Melanoma de 1,9 mms de Breslow, sin ulceración local, índice de Clark III, menos de una mitosis por mm<sup>3</sup>, sin adenopatías patológicas ni metástasis a distancia, corresponde a un tumor pT2aN0M0 y por tanto clasificado como estadio IB.
- b. Melanoma de 3.5 mms de Breslow, sin ulceración local, nivel de Clark IV, con índice mitótico < 1 por mm<sup>3</sup>, sin adenopatías patológicas y extensión metastásica a distancia vía hematógena negativa, corresponde a un estadio pT3bN0M0 y se engloba en un estadio tumoral IIB.
- c. Melanoma con índice de Breslow 2,1 mms, Clark IV, < 1 mitosis por mm<sup>3</sup>, sin ulceración local, con micrometástasis en 3 ganglios linfáticos aunque el resto de ganglios negativos en la linfadenectomía, sin metástasis a distancia, corresponde a un estadio pT3bN2bM0 y por tanto a un estadio clasificatorio patológico IIIb.
- d. Melanoma de 0.9 mms de Breslow y Clark 2, con ulceración local pero menos de una mitosis por mm<sup>3</sup>, sin afectación metastásica ganglionar pero con metástasis en tránsito y cifras hemáticas de LDH negativas, corresponde a un pT1bN2cM0 y por tanto a un estadio IIIB

103- De las siguientes enfermedades generalizadas con afectación cutánea, algunas suponen una alteración en la regeneración de los tejidos por errores genéticos en la codificación del ADN. ¿Cuál de estos trastornos de la cicatrización se caracteriza por una anormal cicatrización de los tejidos tras mínimos traumatismos?

- a. Xeroderma pigmentosum.
- b. Epidermolisis bullosa.
- c. Cutis laxa

d. Pseudoxantoma elasticum.

104- ¿Cuáles de los siguientes es un factor predisponente para una infección en un miembro catastrófico?

- a. Pérdida de 2 cm de hueso.
- b. Retraso en la derivación del paciente desde un centro externo a uno de referencia para grandes traumatizados.
- c. Grado de lesión muscular o vascular.
- d. Tiempo medio hasta que acontece el primer desbridamiento.

105 -En el tratamiento de un miembro catastrófico ¿cuál de las siguientes afirmaciones consideraría la falsa?:

- a. La sensación plantar inicialmente no es un factor pronóstico de la funcionalidad o de la ulterior discriminación sensorial del nervio, y no debería ser un criterio de amputación en el algoritmo inicial de preservación del miembro vs amputación.
- b. Los factores de riesgo que predicen la necesidad de amputación, incluyen estadios IIIc de Gustilo, lesión del nervio tibial posterior o del ciático, tiempo prolongado de isquemia > 4-6 horas, destrucción o necrosis muscular, lesión de tejidos blandos adyacentes al foco de fractura, contaminación de la herida, fracturas conminutas, pérdidas segmentarias de huesos, edad avanzada, importante comorbilidad asociada o imposibilidad de revascularización añadida.
- c. La osteosíntesis con fijadores externos, reduce el riesgo de infección inicial de las fracturas abiertas respecto al uso de fijación interna o con placas y tornillos.
- d. La seguridad de los dispositivos intramedulares es equivalente en muchos casos a la fijación externa, puesto que respeta la unión de fragmentos en igual medida, e incluso mejora la contaminación local al no realizarse la osteosíntesis con pines externos y favorece la

reconstrucción inicial microquirúrgica al no interponerse dichos pines en el campo.

- 106 En la cirugía de reconstrucción inicial de miembros catastróficos con colgajos libres mediante el empleo de técnicas microquirúrgicas, ¿cuál de las siguientes afirmaciones que atienden al grado de infección o contaminación del colgajo, a su fracaso, a la posibilidad de infección y a la consolidación de fractura, así como en relación a la estancia hospitalaria y al número de procedimientos quirúrgicos adecuados, considera verdadera?
- a. En las primeras 72 horas se obtienen resultados esperanzadores y adecuados de forma general, aunque es la reconstrucción diferida a partir de los 3 meses cuando estos resultados obtienen las mayores tasas de éxito.
  - b. Entre las primeras 72 horas y los siguientes 3 meses, se obtienen las mayores tasas de infección y de pérdidas de colgajo y por tanto la indicación de este tipo de reconstrucción debería sentarse a debate.
  - c. Por encima de los tres meses tras el traumatismo la consolidación ósea se demora significativamente a pesar de la reconstrucción con colgajos musculares libres, precisándose un mayor número de intervenciones de reconstrucción, aunque bien es sabido que en estos momentos es cuando las tasas de éxito de la reconstrucción microquirúrgica se asocian a mejores resultados en cuanto a menor estancia hospitalaria y menor riesgo tanto de necrosis como de infección del colgajo.
  - d. La reconstrucción diferida con colgajos libres en las manos adecuadas supone un ahorro importante en términos de estancia hospitalaria y gastos farmacéuticos respecto a otro tipo de reconstrucción o curas.

- 107 - ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de evaluación inicial en un miembro catastrófico según la MESS (mangled extremity severity score) americana?
- Sensibilidad y funcionalidad del miembro atendiendo a las lesiones nerviosas.
  - Edad y eventual estado de shock generalizado del paciente.
  - Tiempo y grado de isquemia del miembro afecto.
  - Conminución y pérdidas óseas junto con grado de destrucción de partes blandas.
- 108 - Ante un traumatismo con resultado de algún miembro catastrófico, son bien conocidos los factores que predisponen a la infección precoz del mismo y que por tanto condicionarían posteriormente la viabilidad del miembro y la posible septicemia. Todos los siguientes son factores predisponentes para el desarrollo de infección de un miembro catastrófico excepto:
- Retardo en la derivación del paciente a un centro especializado > 2 horas.
  - Pérdida de > 2 cms de segmento óseo de un hueso largo.
  - Grado III C de fractura abierta según la clasificación de Gustilo.
  - Destrucción y pérdida importante de partes blandas sobre el foco de fractura y zonas adyacentes.
- 109- Durante el tratamiento de cobertura de un miembro catastrófico, ¿cuál de las siguientes respuestas considera la no adecuada?
- La preservación de un miembro es siempre más funcional que si éste debe ser amputado. En caso necesario la amputación se llevará a cabo lo más distal posible dado que en un miembro inferior el consumo de energía en amputaciones por debajo de la rodilla supone un incremento de energía y consumo de O<sub>2</sub> >25%

durante la deambulaci3n, mientras que si la amputaci3n del miembro es supracondilea, el consumo de O2 durante la deambulaci3n se incrementa hasta en un 50%.

- b. La terapia de vacio con presi3n negativa (VAC) para estimular la granulaci3n, reducir el n3mero de bacterias y contraer el lecho cruento, se puede aplicar en toda p3rdida de sustancia siempre que el hueso o tendones subyacentes queden expuestos y hayan sido previamente desbridados, pero nunca cuando exista una franca osteomielitis subyacente. Esta terapia est3 aceptada incluso para su uso en fracturas abiertas grado III de Gustilo.
- c. Tradicionalmente, el tratamiento inicial de una fractura abierta de MMII ha sido mediante fijaci3n externa, para evitar la implantaci3n de metal en un lecho contaminado de entrada. Sin embargo, recientemente la mayoria de los cirujanos reconstructivos de miembros est3n utilizando fijaciones intramedulares o incluso placas y tornillos en el tratamiento inicial de las fracturas abiertas, habiendo abandonado en gran medida el uso de fijadores externos.
- d. d.En toda fractura abierta el tiempo seleccionado para el cierre de la herida, se determina que ser3 primario cuando se lleva a cabo en las primeras 24 horas; a partir del segundo d3a y hasta la 3<sup>a</sup> semana se considerar3 primario-diferido y si se realiza a partir de la 3<sup>a</sup> semana, ya es diferido.

110- El embolismo graso es una rara entidad que ocurre en la mayoria de los casos tras fractura de huesos largos y pacientes politraumatizados con m3ltiples fracturas a distintos niveles, lo cual supone en ocasiones un indeseable movimiento de los fragmentos de fractura que persisten inestables incluso tras fijaciones intramedulares no competentes durante el periodo perioperatorio, lo cual facilita la diseminaci3n de c3lulas grasas al torrente sangu3neo. De los siguientes, ¿cu3l es falso en relaci3n al embolismo graso?

- a. Es relativamente infrecuente en niños y ancianos, siendo la edad más frecuente de presentación entre los 10-40 años, apareciendo típicamente tras 24 a 72 horas tras la lesión.
- b. Se podría diagnosticar clínicamente en un paciente que tras una fractura abierta sufre una insuficiencia respiratoria progresiva, deterioro mental y fiebre.
- c. Clínicamente se podría definir en un paciente que tras una fractura de un hueso largo presenta rash petequiral e insuficiencia respiratoria progresiva, junto con fiebre, oliguria, elevación de velocidad de sedimentación y trombocitopenia.
- d. Clínicamente podría definirse en un paciente que, tras una fractura femoral, cursa de forma aguda con deterioro mental progresivo, anuria, taquicardia, elevación de velocidad de sedimentación, cambios en la retina y microglobulinemia grasa.

111- En el embolismo graso que asocian las fracturas cerradas de huesos largos, las medidas profilácticas constituyen su tratamiento más importante. Atendiendo a las siguientes respuestas, ¿cuál se supone la menos correcta en relación a las referidas a continuación?

- a. El tratamiento médico con corticoides ha resultado desalentador y no existen estudios que apoyen su uso de forma rotunda.
- b. La inmovilización del foco de fractura con fijadores externos reduce la frecuencia de aparición de la embolia grasa en mayor medida que con fijadores internos.
- c. La reducción significativa de las presiones intramedulares durante la fijación ósea y la irrigación copiosa de la médula ósea previamente a la inserción del material protésico constituye una de las medidas profilácticas de mayor importancia.
- d. Previo al traslado en ambulancia del paciente al centro hospitalario, cualquier tipo de inmovilización adecuada que no contemple ningún

procedimiento quirúrgico es una medida que debería tenerse en cuenta.

112- En relación a los Sarcomas óseos y de partes blandas señale la falsa:

- a. Los sarcomas primarios de hueso son menos frecuentes que los sarcomas de partes blandas, pero su agresividad es muy elevada.
- b. El sarcoma osteogénico es el segundo más frecuente tras el Ewing, suponiendo el 3º cáncer más común en la adolescencia, con un segundo pico de aparición a los 60 años, afectando en relación 1:2 a mujeres y hombres.
- c. La localización predilecta de los sarcomas osteogénicos son las metáfisis de huesos largos, principalmente alrededor de la rodilla, casi en la mitad de los casos.
- d. Una forma frecuente de manifestarse es como fractura patológica, siendo la mayoría detectados por una masa indolora o una inflamación en la extremidad.

113- En cuanto al Sarcoma de Ewing, ¿cuál de las siguientes afirmaciones de las siguientes referidas es la falsa?

- a. El sarcoma de Ewing supone el tumor maligno primario de hueso más frecuente del peroné, aunque su localización más frecuente es la diáfisis femoral en los adolescentes.
- b. Es muy sensible a la radiación.
- c. Los sarcomas de Ewing extradiafisarios afectan rara vez la pelvis.
- d. Pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, y derivan del tejido mesodérmico, al igual que el músculo, nervios, cartílago, vasos sanguíneos o grasa.

114- En cuanto a los sarcomas óseos y de partes blandas:

- a. El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, teniendo la radioterapia y la quimioterapia un papel mucho menos significativo y muchas veces sólo de rescate. En los sarcomas primarios de hueso, la quimioterapia neoadyuvante juega un importante papel.
- b. La localización más frecuente de los sarcomas es en los miembros, siendo la aparición en MMII 75% respecto al 25% de aparición en los superiores.
- c. La cirugía conservadora del miembro es oncológicamente igual de segura que la amputación.
- d. La localización más frecuente de metástasis a distancia en sarcomas primarios de extremidades inferiores es el pulmón. Las metástasis ganglionares suponen sólo el 5% de todos los sarcomas de partes blandas.

115- En relación a la colangitis esclerosante secundaria que se produce en los grandes quemados y que se ha ido describiendo en aumento durante los últimos años, ¿cuál no es la correcta?:

- a. La contaminación biliar por contigüidad es habitualmente su causa más frecuente por la disminución de motilidad intestinal que acontece en el gran quemado y, como la destrucción progresiva del árbol biliar es difícil de prever, el trasplante hepático es la única solución en muchos casos.
- b. Tras la colangitis inicial, suele desarrollarse una inflamación generalizada del árbol biliar, que se asocia en casi todos los casos a una vasoconstricción selectiva en el flujo de la arteria hepática.
- c. Las opciones terapéuticas suelen ser limitadas. Los síntomas generales de la colangitis al igual que los parámetros bioquímicos suelen mejorar significativamente tras esfinterotomía con o sin colocación de stents, extracción de cálculos biliares y lavado

frecuente de la vía biliar con soluciones salinas a través de un tubo de drenaje endoscópico nasobiliar.

- d. Es frecuente en la actualidad el empleo del ácido ursodesoxicólico como tratamiento médico, en combinación con las intervenciones endoscópicas de repetición y la dilatación de los ductos estenosados. Esto no sólo mejora el aspecto clínico de la enfermedad, al igual que los parámetros bioquímicos, sino que mejora de forma significativa el pronóstico de supervivencia.

116- En cuanto a la úlcera de Marjolin, ¿cuál de éstas afirmaciones es falsa?

- a. Es un Carcinoma espinocelular infiltrante que muchas veces se diagnostica de forma precoz.
- b. Presenta un grado muy bajo de diferenciación, pues se origina a partir de áreas de cicatrización inestable.
- c. Estadísticamente, su incidencia es tan sólo de un 2% en escaras de quemaduras, con una clara predominancia en miembros, concretamente en miembros inferiores.
- d. El tratamiento es quirúrgico, no sólo local sino mediante vaciamiento ganglionar, aunque no existen actualmente resultados alentadores que demuestren que el vaciamiento profiláctico de los ganglios linfáticos del territorio de drenaje mejore el pronóstico de la lesión.

117- Con respecto a la úlcera de Marjolin, ¿cuál de las siguientes afirmaciones considera la menos acertada?

- a. El primer signo histológico es una afectación en el margen de la úlcera, no en el centro de su lecho.
- b. La afectación linfática suele ser precoz hasta en un 30% de los casos.
- c. La diseminación metastásica es alrededor de un 30%, salvo cuando este tipo de lesiones aparecen sobre quemaduras antiguas,

existiendo en este caso una posibilidad de diseminación de hasta un 60%

- d. El índice de supervivencia a los 5 años con un tratamiento correcto suele ser del 90%.

118- En relación a la NET o síndrome de Stevens-Johnson, ¿cuál de las siguientes respuestas no es la correcta?

- a. En su etiopatogenia y la respuesta inflamatoria sistémica contra la epidermis inducida por alguna clase de droga está mediada en su mayor parte por los linfocitos T CD4 y los macrófagos.
- b. La apoptosis parece ser activada al existir una interacción entre el receptor Fas (CD95), el cual se encuentra normalmente en los queratinocitos y el Fas ligando (CD95L), que es producido de forma anómala por dichos queratinocitos en el proceso de NET.
- c. Inicialmente la afectación de la NET comprende la necrosis de queratinocitos en la interfase dermoepidérmica extendiéndose posteriormente a toda la epidermis hasta desvincularse claramente de la dermis, siendo la dermis subyacente esencialmente normal, presentando únicamente unos pocos infiltrados de linfocitos CD4-helpers.
- d. En su etiopatogenia se han descrito históricamente sulfonamidas, anticonvulsivantes, algunos antibióticos, acetaminofén e incluso paracetamol, siendo las causas medicamentosas las causantes de al menos el 50% de los procesos de NET.

119- En relación a la NET y al Sd. De Stevens-Johnson (SJS) ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la incorrecta?

- a. El SJS es una forma minor de la NET, que se manifiesta con máculas purpúricas irregulares de distribución central con afectación de las mucosas en <10% de la superficie corporal a diferencia de >30% que afecta la NET. Anatomopatológicamente la NET se extiende por todo el cuerpo incluso a zonas acras, con compromiso de mucosas y separación dermoepidérmica. Las manifestaciones cutáneas de la NET quedan típicamente precedidas por un pródromo pseudogripal y de infección de tracto aéreo superior los 2-3 días previos. Además, suelen asociar faringitis y conjuntivitis.
- b. Los microorganismos más frecuentemente causantes de infecciones son los staph-aureus y acinetobáctér spp, siendo raro en las fases iniciales la infección por pseudomona. Estos microorganismos son los que con frecuencia causan sepsis y fallo multiorgánico.
- c. Los fármacos más frecuentemente implicados tanto en la NET como en el SJS, son los anticonvulsivantes (fenobarbital, carbamacepina), sulfamidas (cotrimoxazol), algunos antibióticos (aminoglucósidos, penicilinas, quinolonas, cefalosporinas), AINES y alopurinol.
- d. La mortalidad de la NET es generalmente >30%, mientras que la del SJS no llega al 5%.

120- Todos los músculos que intervienen en la mímica facial quedan inervados por las numerosas ramas del nervio facial por su cara profunda excepto los siguientes músculos, los cuales reciben la inervación motora por su cara más superficial :

- a. Levator labii superioris, zigomaticus major, depresor anguli oris.
- b. Depresor anguli oris, bucinator, levator anguli oris.
- c. Bucinator, mentalis, depresor anguli oris.
- d. Bucinator, mentalis y levator anguli oris.

121- ¿Cuál de los siguientes nervios no se utiliza habitualmente en la actualidad en las transferencias nerviosas para el tratamiento de las lesiones de plexo braquial?

- a. Hipogloso
- b. Mediano
- c. Cubital.
- d. Intercostal.

122- En la displasia de radio:

- a. La epífisis cubital suele tolerar bien el degloving y la desvascularización.
- b. El cúbito está frecuentemente implicado.
- c. La recurrencia de la deformidad es rara si la radialización está adecuadamente intervenida.
- d. La distracción y elongación del cúbito debería ser realizada preoperatoriamente.

123- Paciente de 12 meses de edad, de 8,5 kgs de peso, que sufre quemaduras por escaldadura con espesor de piel total en cara anterior de pierna derecha y pie completo, antebrazo y mano completas izquierdas, dorso brazo D y región panfacial. Una vez ingresado en UCI pediátrica, el tratamiento más acertado de resucitación, de acuerdo con la fórmula de Parkland, sería:

- a. 350 mls de ringer lactato en las primeras 8 horas seguido de 350 mls en las siguientes 16 horas.
- b. 350 mls de RL en las primeras 16 horas seguido de 350 mls de RL en las siguientes 8 horas.

- c. 650 ml de RL en las primeras 8 horas seguido de 650 mls en las siguientes 16 horas añadiendo albúmina a dosis adecuadas en las primeras 24 horas.
- d. 350 mls de RL en las primeras 8 horas seguido de 350 mls en las siguientes 16 horas asociando albúmina a dosis adecuadas en las primeras 12 horas.

124- En este mismo paciente, una vez iniciemos la alimentación tan precozmente como sea posible y acorde a la fórmula de Curreri para soporte nutricional, las Kcalorías diarias aproximadas que le corresponderían atendiendo a su edad, serían de:

- a. 1100
- b. 1150
- c. 1200
- d. 1250

125- En los pacientes grandes quemados, cuál de las respuestas siguientes es la falsa:

- a. La fórmula de alimentación de Curreri generalmente sobrevalora los requerimientos energéticos particularmente en ancianos, mientras que la fórmula de Harris-benedict la infravalora, por lo que en la práctica, una media de ambas fórmulas es generalmente la utilizada.
- b. Los beta-bloqueantes han demostrado disminuir las necesidades calóricas al reducir de forma controlada hasta un 20% la frecuencia cardíaca.
- c. Los elementos traza como el Selenio, Zinc, Cobre, Magnesio, Manganeso, Hierro y las grasas son indispensables para el tratamiento suponiendo la necesidad basal de grasas hasta un 40%

de los requerimientos nutricionales para compensar el estado catabólico tan acusado.

- d. El control estricto de la glucemia entre niveles de 80-110 mg/dl pueden lograrse con un intenso protocolo terapéutico de insulina, siendo un factor pronóstico importante en la evolución satisfactoria del paciente.

126- En la reconstrucción del pene para reasignación de género ¿cuál de las siguientes secuencias de reconstrucción sería la más correcta?

- a. Tratamiento androgénico → metaidioplastia mediante exéresis de la cuerda fibrosa → alargamiento del clítoris → colgajo músculo mucoso de pared anterior de vagina tubulizado → fusión de labios menores → alargamiento de la neo-uretra → reconstrucción escrotal → faloplastia.
- b. Tratamiento androgénico → faloplastia → extirpación de la cuerda fibrosa → fusión de labios menores → alargamiento del clítoris → alargamiento de neo-uretra → reconstrucción escrotal.
- c. Tratamiento androgénico → exéresis cuerda fibrosa → alargamiento clítoris → colgajo músculo mucoso de pared anterior vaginal tubulizado → fusión de labios menores → alargamiento neouretra - → faloplastia → reconstrucción escrotal.
- d. Tratamiento androgénico → exéresis cuerda fibrosa → alargamiento clítoris → alargamiento neouretra → colgajo músculo mucoso de pared anterior vaginal tubulizado → fusión de labios menores → faloplastia → reconstrucción escrotal.

127- Atendiendo a la clasificación de Mathes y Nahai, el músculo intercostal es un tipo:

- a. I
- b. II

- c. III
- d. IV

128- El tratamiento de elección, entre los siguientes referidos, para una lesión macular plana de aparición a las dos semanas de vida en un bebé de dos meses de edad y 5 kgs de peso, sin patrón de distribución dermatomérica, localizada en el párpado superior y que respeta el eje visual, de aparición en el momento del alumbramiento y de crecimiento congruente con el crecimiento general del paciente a modo de hemangiomas, serían todos los siguientes salvo:

- a. Si la lesión no presenta signos de regresión local, el tratamiento intralesional con 3 mgs de triamcinolona inicial, inoculado cada 2 meses, hasta un total de 5 infiltraciones, sería una alternativa correcta.
- b. Si a pesar del tratamiento correcto con triamcinolona, el paciente continuase con crecimiento de la lesión inicial, afectando al eje visual con posibilidad ulterior elevada de presentar ambliopía y además existiesen signos de atrofia cutánea periférica en relación a su uso, deberemos sustituir dicha medicación por interferón a las dosis adecuadas para su edad.
- c. Si tras el diagnóstico inicial, el paciente es valorado por otro especialista por dolor local a pesar del tratamiento correcto con corticosteroides y determina que esta lesión plana y solitaria se asocia con el fenómeno de Kassabach Merrit, el tratamiento de elección pasaría a ser la Vincristina.
- d. En éste último caso, las lesiones multifocales hepáticas que se pueden llegar a constatar, hacen que la embolización multifocal sea la terapéutica a elegir. En recientes estudios, se ha determinado que el propanolol podría ser la medicación más adecuada para este tipo de lesiones.

129- Paciente de 10 meses de edad que acude a consultas por tumoración excrecente, violácea, de aparición en el momento del nacimiento, que crece exponencialmente con el crecimiento generalizado del bebé. El tamaño de la tumoración es de 5 cms, localizada en región hemifacial derecha siguiendo la distribución de la rama oftálmica del trigémino. El niño únicamente ha presentado una crisis comicial tónico-clónica por el momento, lo cual asustó a los padres que decidieron acudir entonces al especialista, pero no asocia ninguna otra patología evidenciable. El protocolo diagnóstico-terapéutico más adecuado para este paciente sería:

- a. Realizar RNM craneofacial para determinar la posible existencia de flebolitos, confirmándose el diagnóstico de presunción, esto es, una malformación venosa, debiendo solicitar a continuación un estudio de coagulación y tratar al paciente con escleroterapia o, en caso refractario y si fuese preciso, cirugía.
- b. La luz pulsada o el Imiquimod son los tratamientos más adecuados para este tipo de paciente.
- c. Solicitar un TAC, pues determina mejor la existencia de flebolitos que la RMN y, tras pedir un estudio de coagulación, tratar al paciente con escleroterapia o, en caso refractario, cirugía.
- d. Solicitar una arteriografía, pues es la técnica más adecuada para complementar una posible embolización supraselectiva.

130- Ante un paciente que al nacimiento presenta una hipoplasia maxilomandibular bilateral y simétrica que clásicamente en el estudio genético se asocia un gen TOCF 1 5q y que aparece de forma autosómica dominante en 1 de cada 50.000 individuos, ¿cuál de éstos signos sería el menos frecuente de encontrar en la exploración?

- a. Ausencia de pestañas en el tercio lateral del párpado.
- b. Paladar hendido.

- c. Hipoplasia pabellón auricular junto con hipoacusia de transmisión.
- d. Apertognatia.

131- En relación a la cirugía ortognática y a los múltiples procedimientos quirúrgicos dispuestos, ¿cuál de los siguientes debería realizarse con mayor cautela por ser considerado el más inestable?

- a. Avance mandibular y reposicionamiento superior de la maxila.
- b. Avance maxilar y retroceso mandibular.
- c. Retroceso mandibular y posicionamiento inferior de la maxila.
- d. Expansión transversal de la maxila según la técnica de Sarpe (expansión palatina rápida asistida quirúrgicamente).

132- ¿Cuál de las siguientes estructuras anatómicas no se considera de la cavidad oral?

- a. Labios.
- b. Trígono retromolar.
- c. 2/3 anteriores de la lengua y suelo de boca.
- d. Paladar blando.

133- En las parálisis faciales congénitas como las asociadas a un síndrome de Möebius, la reconstrucción en un solo tiempo (segmento muscular neurotizado por un nervio donante) es la elegida en la mayoría de los centros de referencia pero, ¿cuál de los siguientes aspectos se asocia claramente la reconstrucción en dos tiempos (cross facial nerve) con respecto la reconstrucción en uno sólo?

- a. Menor tasa de complicaciones postoperatorias.
- b. Menor tiempo empleado para el inicio de los movimientos.
- c. Mayor tiempo de recuperación.
- d. Mayor espontaneidad de movimientos.

134- Con respecto al uso de los anestésicos locales en la práctica clínica indique la incorrecta:

- a. Todos los anestésicos locales derivados de ésteres tienen mecanismo vasodilatador, con lo cual pueden ser combinados en dosis adecuadas con adrenalina para reducir las dosis administradas y evitar la difusión indeseable al torrente circulatorio.
- b. El pKa de la Lidocaína es 7.4, a diferencia de la tetracaína que asciende a 8.6, por lo cual su inicio de acción es más rápido en la primera que en la segunda.
- c. A partir de concentraciones plasmáticas del producto en sangre del orden de 3-6 microgramos/mililitro, aparecen signos clínicos tipo tinnitus, visión borrosa, somnolencia, dificultad en el habla, anestesia de labios y de lengua y sabor metálico en la lengua.
- d. La toxicidad por el producto afecta al sistema nervioso central con dosis menos elevadas que las necesitadas para afectar el ritmo cardíaco. Sin embargo la toxicidad cardiovascular es, una vez instaurada, más severa que el daño nervioso.

135- ¿Cuál es el hueso de la mano que se fractura con más frecuencia de los siguientes?

- a. Semilunar.
- b. Piramidal.
- c. Grande.
- d. Trapecio.

136- En las fracturas de escafoides carpiano, y atendiendo a la clasificación de Herbert, ¿cuál de las siguientes opciones referidas a continuación se considera la más inestable?

- a. Fractura del tubérculo del escafoides.
- b. Fractura del tercio medio del escafoides.
- c. Unión fibrosa en el callo de fractura.
- d. Pseudoartrosis.

137- ¿Cuál es la Ley de Igualdad en Extremadura?

- a. Ley 8/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- b. Ley 11/2008, de 22 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- c. Ley 8/2011, de 22 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.
- d. Ley 11/2011, de 23 de marzo, de Igualdad entre mujeres y hombres y contra la violencia de género en Extremadura.

138- Señala la correcta:

- a. Se entiende por discriminación directa la situación en que la aplicación de una disposición, criterio o práctica aparentemente neutros pone a las personas de un sexo en desventaja particular con respecto a las personas del otro, salvo que la aplicación de dicha disposición, criterio o práctica pueda justificarse objetivamente en atención a una finalidad legítima, y que los medios para alcanzar dicha finalidad sean necesarios y adecuados.
- b. Se entiende por discriminación indirecta la situación en que se encuentra una persona que, en atención a su sexo, sea, haya sido o pudiera ser tratada de manera menos favorable que otra en situación homóloga.

- c. Se entiende que cualquier tipo de trato desfavorable relacionado con el embarazo, la maternidad o la paternidad constituye discriminación directa por razón de sexo.
- d. Se entiende por representación equilibrada aquella situación que garantice la presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto de personas a que se refiera, cada sexo ni supere el setenta por ciento ni sea menos del treinta por ciento.

139- ¿De cuántos artículos consta la Constitución española de 1978?

- a. De 167.
- b. De 169.
- c. De 170.
- d. De 165.

140- De las siguientes partes, ¿cuál abre el texto de la Constitución española de 1978?

- a. El Título Preliminar.
- b. El Título I.
- c. El Preámbulo.
- d. Ninguna de las otras respuestas es correcta.

141- ¿De cuántos Títulos consta la Constitución española de 1978?

- a. De diez Títulos.
- b. De once Títulos.
- c. De doce Títulos.
- d. De trece Títulos.

142- ¿A qué materia está dedicado el Título IV de la Constitución española de 1978?

- a. A las Cortes Generales.
- b. Al Gobierno.

- c. Al Gobierno y a las Cortes Generales.
- d. Al Gobierno y a la Administración.

143- A tenor del contenido del artículo 1.1. de la Constitución española de 1978, ¿en qué tipo de Estado se constituyó el Estado español?

- a. Social, liberal y de derecho.
- b. Democrático, de derecho y social.
- c. Social, democrático y capitalista.
- d. La constitución del estado español no se recoge en el artículo citado en la pregunta.

144- ¿Cuál es la forma política del Estado español según la Constitución española de 1978?

- a. Estado democrático.
- b. Estado social y democrático de derecho.
- c. Monarquía parlamentaria.
- d. Constitucional y democrático.

145- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, continúa la frase: “Extremadura, como expresión de su identidad regional histórica y por voluntad democrática de los extremeños, se constituye en Comunidad Autónoma...

- a. ...dentro de la pluralidad de la Nación española, de acuerdo con la Constitución española y con el presente Estatuto, que es su norma institucional básica”.
- b. ...dentro de la unidad de la Nación española, de acuerdo con la Constitución española, que es su norma institucional básica”.
- c. ...dentro de la unidad de la Nación española, se constituye en dos provincias de acuerdo con la Constitución española y con el presente Estatuto, que es su norma institucional básica”.
- d. ...dentro de la unidad de la Nación española, de acuerdo con la Constitución española y con el presente Estatuto, que es su norma institucional básica”.

146- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, “la Ordenación del territorio”, es una competencia:

- a. Exclusiva.
- b. De desarrollo normativo y ejecución.
- c. De ejecución.
- d. No es una competencia.

147- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, “la Artesanía”, es una competencia:

- a. Exclusiva.
- b. De desarrollo normativo y ejecución.
- c. De ejecución.
- d. No es una competencia.

148- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, “Sanidad y salud pública, Sanidad agrícola y animal; Sanidad alimentaria”, es una competencia:

- a. Exclusiva.
- b. De desarrollo normativo y ejecución.
- c. De ejecución.
- d. No es una competencia.

149- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, los “Productos farmacéuticos”, es una competencia:

- a. Exclusiva.
- b. De desarrollo normativo y ejecución.
- c. De ejecución.
- d. No es una competencia.

150- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, la lista de competencias exclusivas, de desarrollo normativo y ejecución; se regula en el Estatuto de Autonomía, ¿en qué arts.?

- a. 8, 9 y 10.
- b. 9 y 10.
- c. 9.
- d. 9, 10 y 11.

151- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, “Servicio meteorológico de la Comunidad Autónoma”, es una competencia:

- a. Exclusiva.
- b. De desarrollo normativo y ejecución.
- c. De ejecución.
- d. No es una competencia.

152- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, “Ferias internacionales que se celebren en Extremadura” es una competencia:

- a. Exclusiva.
- b. De desarrollo legislativo y ejecución.
- c. De ejecución.
- d. No es una competencia.

## PREGUNTAS DE RESERVA

1- En una ausencia de consolidación de una fractura de escafoides en la cual no existen aún cambios degenerativos ni artritis pero sí subluxación de la línea medio carpiana y subluxación dorsal del semilunar, que se clasifica en un grado II, inestable, con desplazamiento de fractura de más de 1 mm en la radiografía y un ángulo escafolunar de  $>70^\circ$ , ¿cuál sería el tratamiento más acertado?

- a. Artrodesis radiocarpiana.
- b. Fusión intercarpiana.
- c. Fusión grande-granchoso-semilunar y piramidal.
- d. Injerto óseo vascularizado de radio distal.

2- La fractura de Rolando, se considera:

- a. Fractura conminuta de base del primer metacarpo cuyo fragmento metacarpiano correspondiente adopta un trayecto de fractura en "T" o en "Y".
- b. Fractura conminuta e intraarticular de la base del 5º metacarpiano que la mayoría de las veces es producida por un traumatismo de gran energía.
- c. Fractura intraarticular con subluxación dorsal y radial del primer metacarpiano, frecuentemente por un traumatismo de gran energía.
- d. Fractura conminuta e inestable de la diáfisis del 5º metacarpiano, con subluxación dorsal y radial de la base del metacarpo afecto, tras un traumatismo de gran energía.

3- Mujer de 40 años de edad, con clínica de dolor y rigidez bilateral y simétrica en ambas muñecas y manos, de empeoramiento matutino durante al menos una hora tras levantarse, en cuya radiografía se aprecia una osteoporosis e inflamación de tejidos blandos periarticulares, desviación cubital del carpo, erosión y estrechamiento en espacio articular de las MCFs e IFP. El cirujano propone el tratamiento quirúrgico con artroplastia de las articulaciones afectas. ¿En cuál de los siguientes radios la artroplastia logra su peor resultado funcional?

- a. Primero
- b. Segundo
- c. Tercero
- d. Cuarto.

4- En la enfermedad de cuello de cisne de los dedos largos, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es la falsa?:

- a. Se caracteriza por una contractura en flexión de la articulación interfalángica distal y una hiperextensión compensatoria de la interfalángica proximal.
- b. A nivel ligamentoso existe un incremento en la tensión del ligamento retinacular transverso y una mayor laxitud del ligamento triangular.
- c. El tratamiento quirúrgico debe ser precedido por una intensa rehabilitación para mejorar la contractura capsular y una ferulización postoperatoria al menos durante dos meses y medio en posición neutra de la articulación IFD y a 20° de la IFP.
- d. Las técnicas quirúrgicas de elección han sido desarrolladas por Thomson (reconstrucción del ligamento oblicuo con palmaris longus u otro tendón) y Littler (tenodesis de la IFP con tendón FDS), siendo la primera de elección cuando son varios dedos los susceptibles de ser reconstruidos.

5- En las rupturas de aparato extensor asociadas a la artritis reumatoide, la ruptura se suele producir en dirección de cubital a radial, comenzando por el ECU y EDM. Una vez progresan y quedan establecidas dichas rupturas, la funcionalidad de la mano se puede ver severamente comprometida, momento en que el tratamiento mediante transferencias tendinosas debe ser contemplado. En relación a dichas transferencias, ¿cuál de las siguientes no suele realizarse?

- a. Extensor pollicis longus a extensor index propius.
- b. Extensor digitorum communis a extensor carpi ulnaris.
- c. Extensor carpi radialis longus a pronator teres.
- d. Extensor carpi radialis brevis a pronator teres.

6- ¿Cuál de los siguientes colgajos empleados en la reconstrucción de defectos de volares de primer dedo no es un colgajo inervado?

- a. Holevich.
- b. Atasoy.
- c. Musculatur intrínseco.
- d. Kuttler.

7- En cuanto a la técnica de transferencia de un primer dedo del pie para la reconstrucción postraumática de un primer dedo de la mano, ¿cuál de las siguientes respuestas considera falsa?

- a. Esta técnica está indicada en todas las amputaciones proximales a la articulación interfalángica, e incluso distal a ella siempre que el paciente demande una mayor longitud del primer dígito.

- b. El primer dedo del pie es de elección cuando la amputación del primer dedo de la mano es distal a la diáfisis media del metacarpo.
- c. Es necesario técnicamente conservar al menos un centímetro de falange proximal del primer dedo de la zona donante.
- d. La variante técnica de "wraparound", que es de elección para amputaciones cercanas a la articulación metacarpofalángica o distales a ella, aunque no permite un posterior crecimiento del hueso transplantado, sí que permite la recuperación de un nivel sensorial aceptable.

8- De las siguientes funcionalidades de la mano, ¿cuál se considera el orden adecuado de mayor a menor importancia?

- a. pinza lateral → receptividad → poder de agarre → pinza sapiens.
- b. pinza lateral → poder de agarre → receptividad → pinza sapiens.
- c. Pinza sapiens → receptividad → pinza lateral → poder de agarre.
- d. receptividad → poder de agarre → pinza sapiens → pinza lateral.

9- El signo del elefante en la cirugía de la mano se considera en:

- a. La ausencia de suficiente tejido blando local para la reconstrucción del ligamento colateral cubital del primer dedo.
- b. El abultamiento en la eminencia tenar que se aprecia cuando el aductor digiti minimi es empleado en la transferencia tendinosa para reconstrucción de un primer dedo.
- c. El excesivo tejido cicatricial existente en la carpectomía proximal previo a realizar la técnica de radialización.
- d. El rudimento de abductor pollicis brevis que puede estar presente en la ecografía de partes blandas previo a la reconstrucción de una aplasia de primer dedo.

10- ¿Cuál de las siguientes es una clara contraindicación para el reimplante de un dedo?

- a. Avulsión grado IV de un primer dedo en un niño con un importante grado de contaminación.
- b. Amputación de un solo dedo largo en un niño de 6 años.
- c. Amputación de un único dedo largo en un varón de 35 años, proximal a la inserción del flexor digitorum superficialis.
- d. Miembro superior amputado en múltiples fragmentos tras el paso por una trituradora.

11- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, el ejercicio de la potestad legislativa de la Comunidad Autónoma.

- a. Corresponde al Presidente de la Junta de Extremadura
- b. Corresponde a la Junta de Extremadura.
- c. Corresponde a la Asamblea de Extremadura.
- d. Corresponde a los Consejeros.

12- Conforme al Estatuto de Autonomía de Extremadura, la Comunidad Autónoma ejercerá sus poderes a través de:

- a. La Asamblea de Extremadura.
- b. La Asamblea de Extremadura, del Presidente y de la Junta de Extremadura.
- c. De la Junta de Extremadura y de su Presidente.
- d. De su Presidente.