

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO
2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

ACCESO: LIBRE

**CONCURSO-OPOSICIÓN PARA CUBRIR PLAZAS BÁSICAS VACANTES:
FACULTATIVO ESPECIALISTA CIRUGIA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO**

ADVERTENCIAS:

- Compruebe que en su «**Hoja de Respuestas**» están sus datos personales, que son correctos, y **no olvide firmarla**.
- El **tiempo de duración de las dos pruebas** es de tres horas.
- **No abra** el cuadernillo hasta que se le indique.
- Para abrir este cuadernillo, rompa el precinto.
- Si observa alguna anomalía en la impresión del cuadernillo, solicite su sustitución.
- Este cuadernillo incluye las preguntas correspondientes a la «**1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO**» y «**2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO**».

1ª PRUEBA: CUESTIONARIO TEÓRICO

- Esta prueba consta de 100 preguntas, numeradas de la 1 a la 100, y 3 de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 151 a la 153.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 1 a la 100.
 - Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «**Reserva**» de la «**Hoja de Respuestas**», numeradas de la 151 a la 153.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

2ª PRUEBA: CUESTIONARIO PRÁCTICO

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 101 a la 150.
 - Las preguntas de esta prueba deben ser contestadas en la «**Hoja de Respuestas**», numerada de la 101 a la 150.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.

- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, siendo sólo una de ellas la correcta.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «**Hoja de Respuestas**».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «**Hoja de Respuestas**» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.
- No se permite el uso de calculadora, libros ni documentación alguna, móvil ni ningún otro dispositivo electrónico.

SOBRE LA FORMA DE CONTESTAR SU «HOJA DE RESPUESTAS», LEA MUY ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES QUE FIGURAN AL DORSO DE LA MISMA.

ESTE CUESTIONARIO DEBERÁ ENTREGARSE EN SU TOTALIDAD AL FINALIZAR EL EJERCICIO. Si desean un ejemplar pueden obtenerlo en la página web del Organismo.

-
- 1 De acuerdo con lo establecido en el artículo 1 de la Constitución, España se constituye en un Estado social y democrático de Derecho. ¿Cuál de los siguientes valores no es uno de los valores propugnados como valor superior de nuestro ordenamiento jurídico?**
- A) La legalidad
 - B) La libertad
 - C) La justicia
 - D) La igualdad
- 2 En el artículo 22 del Estatuto de Autonomía de Andalucía se recogen, entre otros, los derechos de los pacientes y usuarios en relación a la protección de la salud. Indicar cuál de los siguientes derechos no viene recogido en el citado Estatuto:**
- A) Acceder a todas las prestaciones del sistema
 - B) La garantía de un tiempo máximo para el acceso a los servicios y tratamientos
 - C) El consejo genético y la medicina preventiva
 - D) El acceso a cuidados paliativos
- 3 Según la Ley 2/1998 de Salud de Andalucía, el Plan Andaluz de Salud será aprobado por:**
- A) El Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía
 - B) El Consejero de Salud
 - C) El Parlamento de Andalucía
 - D) El Consejo de Administración del Servicio Andaluz de Salud
- 4 Según la Ley 13/2007, de Medidas de Prevención y Protección Integral Contra la Violencia de Género, la Consejería que ostente la competencia en materia de Administración de Justicia organizará las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género a través de:**
- A) Institutos de la Mujer
 - B) Institutos de Medicina Legal
 - C) Juzgados de Violencia sobre la Mujer
 - D) Comisión interdepartamental para la igualdad de mujeres y hombres

- 5 De acuerdo con el artículo 10 de Ley 41/2002, reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el facultativo proporcionará al paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente: (en esta pregunta indique la incorrecta)**
- A) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad
 - B) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales del paciente
 - C) Los riesgos improbables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención
 - D) Las contraindicaciones
- 6 La vacunación de la población adulta frente al SARS-Cov-2 para reducir el contagio y la mortalidad por COVID-19 es una medida de:**
- A) Prevención oportunista
 - B) Prevención secundaria
 - C) Prevención primaria
 - D) Prevención terciaria
- 7 La esperanza de vida al nacer ha aumentado de manera importante en los países desarrollados en la primera mitad del siglo XX, con aumentos más discretos en los análisis de este indicador después de 1950. ¿A qué se debe este aumento rápido y sostenido en el periodo de 1900 a 1950?**
- A) Al impacto sobre la población de las Guerras Mundiales
 - B) Al desarrollo de los servicios asistenciales y universalización de la asistencia sanitaria en este periodo
 - C) A la disminución de la mortalidad en los lactantes y de la mortalidad por las enfermedades de la infancia
 - D) A todas las razones expuestas anteriormente
- 8 En los llamados estudios de coste-utilidad, la unidad de medida que integra la duración de la vida y la calidad de esta, se denomina:**
- A) Análisis de la Varianza Poblacional
 - B) Año de vida ajustado por comorbilidad
 - C) Año de vida ajustado por calidad
 - D) Ninguno de los anteriores.

- 9 **Se sabe que la edad es una variable que sigue una distribución normal en una población que se desea estudiar. Para ello se extrae una muestra aleatoria de cien ($n = 100$) individuos de esa población y se analiza la variable edad, obteniéndose los siguientes estadísticos: media (\bar{x}) 50 años, desviación típica (s) 10 años. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la inferencia estadística, tomando este ejemplo para los cálculos, no es correcta?**
- A) "50 años" es una estimación puntual de la media poblacional (μ) de la variable edad
 - B) [48.04 - 51.96] años es una estimación por intervalo de la media poblacional, un rango de valores que tiene una probabilidad del 95% de contener el verdadero valor de la media de edad en la población
 - C) "10 años" es una estimación puntual de la desviación típica (σ) de la variable edad en la población
 - D) Sin contrastar que la muestra analizada siga una distribución normal, podemos afirmar que aproximadamente las dos terceras partes (68%) de los individuos analizados tendrán una edad entre 30 y 70 años
- 10 **El diagrama de cajas (box-plot) es una forma de representación gráfica bastante usada, sobre todo cuando se quieren comparar dos o más mediciones de una misma variable, por ejemplo en varios grupos de sujetos o en los mismos sujetos en distintos momentos del tiempo. Todas las afirmaciones siguientes sobre este modelo son ciertas, excepto:**
- A) La caja está determinada por los percentiles 25 y 75, por lo que su amplitud es el rango intercuartílico
 - B) La mediana es un valor que caerá siempre dentro de la caja
 - C) Los "bigotes" o líneas que salen desde la caja en direcciones opuestas, se extienden hasta los valores máximo y mínimo de la serie (valores ordenados de la variable)
 - D) En la caja se encuentran la mitad de las observaciones o valores
- 11 **Todas las siguientes son formas de expresar el pronóstico de una enfermedad, excepto:**
- A) Tasa de mortalidad
 - B) Supervivencia a los 5 años
 - C) Supervivencia relativa
 - D) Tasa de letalidad
- 12 **Cuando se habla del "Impact Factor" de una revista científica, habitualmente nos referimos a la siguiente fuente:**
- A) PubMed
 - B) Biomed Central
 - C) Journal Citation Report
 - D) Scopus Impact Factor Index

- 13 Todos los Sistemas de Información Sanitaria que se enumeran están actualmente vigentes a nivel estatal (en todo el territorio nacional español), excepto:**
- A) EDO (Enfermedades de Declaración Obligatoria)
 - B) Encuesta de morbilidad hospitalaria
 - C) Registro Nacional de SIDA
 - D) COAN-HyD (Contabilidad Analítica de Hospitales y Distritos)
- 14 El grado en el que una intervención produce un resultado beneficioso en las condiciones reales de la práctica habitual, se conoce como:**
- A) Eficacia
 - B) Efectividad
 - C) Evidencia
 - D) Eficiencia
- 15 El sistema de prescripción electrónica en receta en Andalucía, e incluido en DIRAYA, se conoce como:**
- A) Programa Pharma
 - B) Programa Receta XXI
 - C) Programa PIRASOA
 - D) Programa ATHOS
- 16 El aporte de volumen en fase inicial del paciente traumático con pérdida de volumen circulante:**
- A) Debe ser posterior a la corrección de las pérdidas de hematíes
 - B) Prioritario sobre la corrección de las pérdidas de hematíes
 - C) La corrección de las pérdidas de hematíes es prioritaria siempre
 - D) Puede ser prioritario sobre la corrección de hematíes en algunas ocasiones
- 17 Con respecto al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica (SIRS) señale la respuesta correcta:**
- A) Es la respuesta sistémica que se produce solamente frente a una agresión grave infecciosa
 - B) Entre otros criterios clínicos viene definido por una leucocitosis mayor a 12.000/ mm³ o una leucopenia menor a 4.000/mm³
 - C) Cuando se asocia a shock séptico la mortalidad es del 30%
 - D) Se define por una temperatura superior a 38.5 °C
- 18 Son todos criterios para iniciar el apoyo nutricional, EXCEPTO uno :**
- A) Malnutrición grave, enfermedad crónica
 - B) IMC menor o igual a 25
 - C) Previsión de que el paciente será incapaz de cubrir necesidades calóricas en los siete a diez días siguientes a la intervención
 - D) Pérdidas previstas de sangre superiores a 1.000 cc durante la intervención

- 19 Respecto a los factores de riesgo para el desarrollo de infección del sitio quirúrgico, elija la respuesta correcta:**
- A) Hay factores dependientes del paciente tales como edad avanzada, inmunosupresión, obesidad, diabetes, desnutrición, hábito de fumar, etc.
 - B) Entre los factores locales están la mala preparación de la piel, contaminación instrumental, técnica laparoscópica y profilaxis antibiótica inadecuada
 - C) Entre los factores microbianos están la secreción de toxinas, resistencia a la eliminación (formación de cápsulas), corta estancia hospitalaria, etc.
 - D) Las respuesta B y C son correctas
- 20 Atendiendo a la estratificación de las intervenciones quirúrgicas que se realizan en régimen de CMA, ¿cuál de los siguientes procedimientos presenta un riesgo trombótico moderado/alto?**
- A) Cirugía proctológica
 - B) Hernias de pared abdominal unilateral
 - C) Cirugía laparoscópica >90 minutos
 - D) Cirugía tiroidea (hemitiroidectomía)
- 21 En relación con el riesgo relativo de hemorragia gastrointestinal asociado al uso de AINE en pacientes sin antecedentes de úlcera gastrointestinal, ¿cuál de los siguientes fármacos presenta un mayor riesgo relativo?**
- A) Metamizol
 - B) Ibuprofeno
 - C) Diclofenaco
 - D) Piroxicam
- 22 ¿En qué pacientes con traumatismo abdominal se debe indicar TAC?**
- A) Solo en pacientes con sospecha de lesión intrabdominal y hemodinámicamente estables
 - B) En todos los pacientes con sospecha de lesión intrabdominal
 - C) En todos los politraumatismos
 - D) En los traumatismos con sospecha de lesión intrabdominal e inestabilidad hemodinámica
- 23 La causa más frecuente de muerte inmediata en la escena del accidente es:**
- A) Taponamiento cardiaco
 - B) Hemotórax masivo
 - C) Obstrucción de la vía aérea
 - D) Neumotórax a tensión

- 24 Hombre de 35 años, ingresado por trauma torácico grave con múltiples fracturas costales. Tras responder favorablemente al tratamiento con analgésicos y oxígeno, comienza a desarrollar una hipoxemia grave. Se descartan hemo-neumotórax. Señale la causa más probable de este deterioro:**
- A) Inestabilidad pared torácica por las fracturas múltiples
 - B) Broncoaspiración
 - C) Alteración de intercambio gaseoso por contusión pulmonar
 - D) Hipovolemia postraumática.
- 25 De los signos/síntomas de la oclusión arterial aguda, ¿cuál de los siguientes NO es correcto?**
- A) Dolor
 - B) Cianosis
 - C) Parestesias
 - D) Parálisis
- 26 En los traumatismos penetrantes del cuello, ¿cuáles son las estructuras más frecuentemente lesionadas?**
- A) Médula espinal
 - B) Vasos
 - C) Nervios
 - D) Tracto aerodigestivo
- 27 El test de Aldrete modificado, que se utiliza en la recuperación post-anestésica de la Cirugía Mayor Ambulatoria, ¿qué criterio de los siguientes NO contempla?**
- A) El dolor
 - B) Nivel de conciencia
 - C) Saturación de O₂
 - D) Circulación
- 28 Debido a las alteraciones fisiológicas inducidas por una hernia postlaparotómica o eventración, ¿cuál de los siguientes datos NO es característico de ellas?**
- A) Aerofagia
 - B) Atonía progresiva del diafragma
 - C) Dolores abdominales inespecíficos
 - D) Síndrome compartimental
- 29 ¿Cuál de las siguientes respuestas es una contraindicación ABSOLUTA del abordaje inguinal totalmente preperitoneal (TEP) en el tratamiento de la hernia inguinal?**
- A) Trastornos de la coagulación
 - B) Hernia encarcerada o estrangulada
 - C) Existencia de una incisión infraumbilical previa realizada en el espacio preperitoneal
 - D) Paciente menor de 18 años

30 Tratamiento de la diástasis de rectos. Señale la correcta:

- A) Siempre es quirúrgica
- B) Habitualmente se opera por motivos estéticos
- C) Es más frecuente en pacientes delgados
- D) Es frecuente que se asocien a una hernia inguinal

31 En las hernias paraesofágicas, es cierto:

- A) Siempre existe buena correlación entre las dimensiones de la hernia y la clínica
- B) Jamás debe asociarse un procedimiento antirreflujo
- C) La cirugía debe indicarse en todos los casos sintomáticos cuando el riesgo quirúrgico sea aceptable
- D) Sistemáticamente debe asociarse malla protésica para cerrar el defecto diafragmático

32 ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo de cáncer en el nódulo tiroideo es correcto?

- A) Crecimiento lento
- B) Consistencia blanda
- C) Fijación a órganos o tejidos adyacentes
- D) Nódulo menor de 1 cm y móvil

33 En un paciente intervenido de una tiroidectomía total, que presenta una disfonía grave y ronquera ¿cuál de las siguientes opciones es la correcta?

- A) Indica parálisis en aducción sin apertura compensatoria contralateral
- B) Indica paresia o parálisis generalmente en aducción compensada por una apertura de la cuerda contralateral
- C) Indica parálisis en abducción con escasa compensación contralateral
- D) Debida a lesión recurrencial bilateral en aducción

34 ¿Cuál de los siguientes NO es un objetivo del tratamiento adyuvante con I-131 tras cirugía del cáncer diferenciado de tiroides?

- A) Tiene intención paliativa
- B) Mejorar la supervivencia
- C) Disminuir la recurrencia
- D) Facilitar el seguimiento

35 Dentro de las formas de presentación clínica del hiperparatiroidismo primario, la más habitual en países desarrollados es:

- A) Hiperparatiroidismo primario "clásico"
- B) Hiperparatiroidismo primario normocalcémico
- C) Hiperparatiroidismo primario asintomático
- D) Crisis paratirotóxica

- 36 Entre las contraindicaciones del abordaje laparoscópico por vía anterior para suprarenalectomía se encuentran todas las siguientes, EXCEPTO:**
- A) Carcinoma suprarrenal
 - B) Adherencias peritoneales
 - C) Neumopatía importante
 - D) Necesidad de otra cirugía como la colecistectomía
- 37 En el MEN tipo 1, es característico todo MENOS UNO:**
- A) Hiperparatiroidismo
 - B) Tumores de la hipófisis anterior
 - C) Tumor gastroenteropancreático
 - D) Transmisión genética autosómica recesiva
- 38 Con respecto a la telorrea, ¿cuál de los siguientes enunciados es FALSO?**
- A) Su presencia descarta el diagnóstico de cáncer
 - B) Presenta una incidencia en su presentación del 1% de la población general
 - C) Pueden ser funcionales u orgánicas
 - D) Puede ser debida a la toma de cimetidina
- 39 Respecto al tumor phyllodes de mama es FALSO:**
- A) El tumor phyllodes es una neoplasia fibroepitelial poco frecuente de la mama y de comportamiento clínico imprevisible
 - B) Hay que sospecharla ante tumoración benigna muy grande y de rápido crecimiento
 - C) Si hay nódulos axilares palpables siempre está indicada la linfadenectomía
 - D) El sobrecrecimiento del estroma define el comportamiento agresivo que predice potencial metastásico
- 40 Para el diagnóstico histológico de las imágenes radiológicas sospechosas de malignidad en los programas de cribado de cáncer de mama, señalar la opción correcta:**
- A) Las lesiones histológicas de alto riesgo (LHAR) tienen signos radiológicos específicos, por lo que no es necesaria la biopsia percutánea
 - B) La biopsia con aguja gruesa (BAG) es la técnica de elección para el diagnóstico histológico de las lesiones sospechosas de malignidad visibles también en ecografía
 - C) La sensibilidad de la BAG alcanza el 95% en la biopsia de grupos de microcalcificaciones cuando se utiliza la guía de esterotáxica
 - D) La biopsia quirúrgica sigue siendo el método inicial de diagnóstico en estas lesiones
- 41 Respecto al carcinoma de mama masculino, NO ES CIERTO.**
- A) Suelen ser lobulillares
 - B) Relacionados con mutación BRCA 1
 - C) Relacionados con mutación BRCA 2
 - D) Niveles altos de estrógeno

- 42 En el tratamiento quirúrgico de la achalasia ¿qué maniobra NO reduce o aumenta el reflujo gastroesofágico?**
- A) Plastia tipo Toupet
 - B) Plastia tipo Dor
 - C) Liberación del del esófago distal
 - D) Ninguna de ellas
- 43 Respecto al cáncer de esófago es cierto que:**
- A) El carcinoma escamoso es el subtipo histológico más frecuente
 - B) El adenocarcinoma secundario al esófago de Barrett es el subtipo histológico más frecuente
 - C) Tanto el carcinoma escamoso como el adenocarcinoma tienen una frecuencia de presentación similar
 - D) El adenocarcinoma es más frecuente en el tercio medio del esófago
- 44 ¿Cuál de las siguientes técnicas para el tratamiento quirúrgico del reflujo gastroesofágico NO busca la creación de un mecanismo valvular?**
- A) Funduplicatura parcial (Dor o Toupet)
 - B) Belsey Mark IV
 - C) Operación de Hill
 - D) Intervención de Collis
- 45 El síndrome de evacuación gástrica rápida (dumping) se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:**
- A) El tardío es mucho más frecuente (80%), en contraposición al precoz (20%)
 - B) Ocurre típicamente después de un Billroth II
 - C) Presenta síntomas abdominales y vasomotores a los 10 ó 30 minutos tras ingesta
 - D) El octreótido y la acarbosa pueden ser opciones de tratamiento
- 46 ¿Cuál de las siguientes NO sería una recomendación dietética para un paciente gastrectomizado?**
- A) Efectuar comidas de pequeña cuantía repartidas en 6-8 tomas
 - B) Comidas con elevado contenido calórico-proteico
 - C) Evitar carbohidratos de absorción rápida
 - D) Reposo antes de las comidas para estimular el apetito
- 47 ¿Qué es el defecto de Petersen en el by-pass gástrico en Y de Roux?**
- A) Un defecto mesentérico en la yeyunoyeyunostomía
 - B) Un defecto en el mesocolon transversal en pacientes con una extremidad de Roux retrocólica
 - C) Un espacio entre el mesocolon transversal y el mesenterio de la extremidad de Roux
 - D) Un defecto en la unión gastro-yeyunal

- 48 En un paciente con un cáncer gástrico T4, en el que se puede realizar cirugía curativa, la técnica quirúrgica de elección es (señale la correcta):**
- A) Gastrectomía total sin linfadenectomía
 - B) Gastrectomía total y linfadenectomía D2
 - C) Gastrectomía subtotal y linfadenectomía D2
 - D) Resección endoscópica del tumor
- 49 Se consideran técnicas quirúrgicas puramente restrictivas en la obesidad:**
- A) El By-pass gástrico
 - B) El By-pass bilio pancreático standard y el Cruce duodenal
 - C) La Gastroplastia vertical con banda y la Banda gástrica ajustable
 - D) El By-pass gástrico con una sola anastomosis
- 50 El Síndrome de Lynch NO se caracteriza por:**
- A) Asociarse a poliposis
 - B) Tener una herencia autosómica dominante
 - C) Es fundamental completar la historia clínica con los criterios de Bethesda entre otros
 - D) Se afecta predominantemente el colon proximal
- 51 Sobre los adenocarcinomas del canal anal es cierto:**
- A) El tratamiento es exclusivamente quimiorradioterapia
 - B) Representan el 20 % de las neoplasias anorrectales
 - C) Tienen menor supervivencia global que los carcinomas escamosos
 - D) No existe relación con fístulas crónicas de la enfermedad de Crohn
- 52 Dentro del arsenal terapéutico de que disponemos en la enfermedad de Crohn endoluminal, ¿cuál de los siguientes fármacos NO estaría indicado?**
- A) Everolimus
 - B) 6-mercaptopurina
 - C) Adalimumab
 - D) Salazopirina
- 53 Es característico de la colitis ulcerosa:**
- A) La afectación perianal por la enfermedad
 - B) La afectación sincrónica de segmentos de intestino delgado
 - C) La afectación transmural del segmento afecto
 - D) La afectación continua e ininterrumpida de la mucosa colónica que suele comenzar en el recto distal
- 54 En un paciente con un megacolon tóxico refractario al tratamiento médico, la intervención quirúrgica de elección debería ser:**
- A) Proctocolectomía restauradora (reservorio ileoanal)
 - B) Proctocolectomía total e ileostomía terminal
 - C) Colectomía + ileostomía terminal tipo Brooke
 - D) Colectomía y anastomosis ileo-rectal

- 55 En la diverticulitis aguda complicada, los abscesos pericólicos pueden drenar en órganos adyacentes dando lugar a fístulas; a este respecto señale la correcta:**
- A) Representa menos del 5% de los casos de enfermedad diverticular que requieren tratamiento quirúrgico
 - B) La fístula más frecuente es la colovaginal
 - C) En estos casos la colonoscopia nunca es obligatoria
 - D) Las fístulas diverticulares generalmente no cierran espontáneamente y requieren tratamiento quirúrgico
- 56 ¿Cuándo está indicada la neuromodulación de raíces sacras en la incontinencia anal?**
- A) Incontinencias con esfínter íntegro o reparado
 - B) Incontinencias con esfínter íntegro o reparado, incontinencia secundaria a problemas neuromusculares, lesiones limitadas al esfínter anal, prolapsos operados o tras resección anterior baja
 - C) Incontinencia secundaria a problemas neuromusculares, lesiones limitadas al esfínter anal
 - D) Lesiones limitadas al esfínter anal, prolapsos operados o tras resección anterior baja
- 57 El síndrome del periné descendente se relaciona frecuentemente con:**
- A) Intususpección o prolapso interno
 - B) Historia previa de estreñimiento
 - C) Presencia de incontinencia
 - D) Todas ellas
- 58 En los abscesos anorrectales todo es cierto, EXCEPTO:**
- A) El dolor es el síntoma predominante
 - B) Los abscesos más comunes son los de localización pelvirrectal
 - C) El absceso submucoso se localiza entre la línea pectina y el margen anal
 - D) Los abscesos perianales e isquiorrectales se diagnostican por inspección
- 59 Sobre la colecistostomía percutánea. ¿Cuánto tiempo mínimo se debe dejar el catéter?**
- A) 4-5 semanas
 - B) 2-3 meses
 - C) 2-3 semanas
 - D) 2-3 días
- 60 En el carcinoma de vesícula biliar NO es correcto:**
- A) El factor pronóstico más importante es el grado de invasión ganglionar
 - B) En el caso de colecistectomía laparoscópica previa se debe proceder a la resección de los orificios de los puertos
 - C) En hallazgo postoperatorio (cáncer incidental) está indicada en todos los casos cirugía radical, que incluirá la segmentectomía IVb-V, resección de conducto biliar y linfadenectomía hiliar
 - D) Ante la sospecha intraoperatoria la conversión a cirugía abierta es obligada

- 61 ¿Qué tipo de lesiones, de la clasificación de Bismuth, se pueden reparar mediante hepático-yeyunostomía extrahepática?**
- A) Tipo I
 - B) Tipo II
 - C) Tipo III
 - D) Todas las anteriores
- 62 El factor más importante para la supervivencia del paciente que se interviene por metástasis hepática es:**
- A) El margen de resección libre de tumor
 - B) El tamaño de las metástasis
 - C) El número de metástasis
 - D) La localización de las metástasis en relación con el hilio hepático
- 63 ¿En cuál de los siguientes escenarios clínicos la sospecha inicial sería de colangiocarcinoma?**
- A) Ictericia, dolor abdominal agudo en paciente con litiasis vesicular
 - B) Ictericia indolora con dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática
 - C) Ictericia indolora con dilatación de la vía biliar intrahepática y vía biliar extrahepática normal
 - D) En cualquiera de los tres escenarios la sospecha inicial sería colangiocarcinoma
- 64 La poliquistosis hepática (señale la respuesta FALSA):**
- A) Es una enfermedad de transmisión autosómica dominante, que se asocia a poliquistosis renal en un 70-90%
 - B) No suele presentar insuficiencia hepática y rara vez se asocia a colangiocarcinoma
 - C) Al igual que la enfermedad renal evoluciona a insuficiencia renal con necesidad de diálisis, suele desarrollar insuficiencia hepática
 - D) El tratamiento es controvertido, requiriendo tratamiento quirúrgico cuando existen complicaciones de los quistes, incluso trasplante hepático
- 65 Elija la respuesta correcta de las características de los métodos ablativos en patología hepática.**
- A) Respecto a la cirugía convencional presentan las siguientes ventajas: posibilidad de tratar pacientes sin indicación quirúrgica, morbimortalidad reducida y mejor tolerancia para el paciente, coste económico reducido
 - B) La radiofrecuencia es la técnica más empleada, y utiliza ondas electromagnéticas de entre 375-500 kHz
 - C) La crioterapia puede presentar complicaciones tales como coagulación intravascular diseminada, estallido hepático por congelación (cracking) y el llamado crioshock
 - D) Todas las respuesta son correctas

- 66 En el tratamiento quirúrgico del colangiocarcinoma perihiliar se consideran criterios de irresecabilidad todos los siguientes, EXCEPTO uno:**
- A) Extensión bilateral hasta conductos segmentarios
 - B) Infiltración de la bifurcación portal
 - C) Atrofia hepática unilateral + invasión vascular contralateral o infiltración biliar hasta conductos segmentarios
 - D) Infiltración biliar unilateral hasta los conductos segmentarios + invasión vascular contralateral
- 67 En términos absolutos, los tumores malignos más frecuentes de hígado son:**
- A) Hepatocarcinoma
 - B) Colangiocarcinoma intrahepático
 - C) Metástasis
 - D) Hepatoblastoma
- 68 Con respecto al traumatismo hepático, señale la respuesta FALSA:**
- A) El hígado es el órgano sólido que más se lesiona en los traumatismos abdominales penetrantes y el segundo tras el bazo en los cerrados
 - B) El tratamiento conservador está indicado en todos los grados de gravedad excepto en las lesiones de grado V
 - C) Si el packing perihepático detiene el sangrado, se debe indicar el fin de la cirugía (control de daños)
 - D) En las lesiones penetrantes hepáticas con orificio de entrada y salida con trayecto intrahepático, la sutura de ambos extremos puede ser suficiente
- 69 ¿Cuál de los siguientes está aceptado universalmente para la profilaxis primaria de la hemorragia por varices esofágicas?**
- A) Escleroterapia
 - B) Cirugía derivativa
 - C) Espironolactona
 - D) B-bloqueantes no cardiosselectivos
- 70 Indicación de tratamiento quirúrgico del traumatismo esplénico (señale la respuesta correcta):**
- A) Según grado de lesión esplénica
 - B) Según grado de hemoperitoneo
 - C) Edad mayor de 55 años
 - D) Todas son falsas

71 Respecto a los tumores del área periampular, elija la opción FALSA.

- A) Dentro de este término se engloban las neoplasias ductales de la cabeza de páncreas, los colangiocarcinomas distales, las neoplasias de duodeno y, las neoplasias de la ampolla
- B) De todas las anteriores, el adenocarcinoma de duodeno y el adenocarcinoma de la ampolla son las más infrecuentes
- C) Los adenocarcinomas de la ampolla se pueden clasificar histológicamente en tipo intestinal y biliopancreático, siendo este último de mejor pronóstico
- D) El tratamiento suele ser la DPC (duodenopancreatectomía cefálica)

72 En el adenocarcinoma ductal pancreático es FALSO:

- A) La edad media de presentación es a los 64 años siendo rara su presentación por debajo de los 40
- B) Presenta mayor incidencia en ciertos grupos étnicos
- C) Se ha establecido una correlación directa con el tabaco
- D) Tiene una mayor incidencia en la mujer

73 De las siguientes afirmaciones respecto a la neoplasia mucinosa papilar intraductal (IPMN), elija la INCORRECTA:

- A) Se localizan generalmente dentro de la cabeza del páncreas, y surgen de los conductos pancreáticos, donde el epitelio ductal forma una proyección papilar con producción de mucina
- B) Pueden localizarse en el conducto principal (MD-IPMN), o en conducto ramificado (BD-IPMN)
- C) La IPMN del conducto de ramificación (BD-IPMN), tienen mayor potencial de malignización que la del conducto principal (MD-IPMN)
- D) Existen cuatro subtipos histológicos de IPMN: gástrico, intestinal, pancreático biliar y oncocítico

74 ¿Cuándo debe realizarse la colecistectomía en una pancreatitis aguda leve de origen biliar?

- A) Durante la misma estancia hospitalaria
- B) 30 días tras el alta
- C) 60 días tras el alta
- D) Durante la misma estancia o hasta 15 días tras el alta

75 ¿En qué situaciones de la evolución de una pancreatitis crónica está indicada la pancreatectomía distal?

- A) En pancreatitis crónica parcelaria
- B) Estenosis ductal del cuerpo pancreático
- C) Tumor inflamatorio en cuerpo pancreático
- D) En todas las anteriores situaciones

- 76 ¿Qué porcentaje de pacientes con un carcinoide tienen cifras urinarias elevadas de 5-HIAA (ácido 5-hidroxiindolacético)?**
- A) 10%
 - B) 50%
 - C) 20%
 - D) 70%
- 77 En el estudio de extensión del carcinoide apendicular NO se incluye:**
- A) Niveles de cromogranina A en sangre
 - B) Niveles de 5-hidroxiindolacético en sangre
 - C) Gammagrafía con octreótido marcada con In-111
 - D) Gammagrafía I-131 MIBG (metayodobencilguanidina)
- 78 En la peritonitis bacteriana espontánea ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?**
- A) La recurrencia no es habitual
 - B) No está indicada la profilaxis mediante descontaminación intestinal selectiva con quinolonas orales
 - C) Afecta al 10-25% de los pacientes con cirrosis avanzada y descompensación edemoascítica
 - D) El análisis del líquido peritoneal suele mostrar una flora polimicrobiana
- 79 En referencia a las peritonitis terciarias:**
- A) Se definen como aquellas peritonitis "post-peritonitis", que engloban patógenos nosocomiales (con resistencias antibióticas), en pacientes inmunodeprimidos.
 - B) Las peritonitis terciarias, conllevan una mortalidad del 30-60%, así como una gran inversión en recursos
 - C) El mejor tratamiento de la peritonitis terciaria, es su prevención con un buen control del foco séptico, y un adecuado tratamiento antibiótico de la peritonitis secundaria
 - D) Todas las respuestas anteriores son correctas
- 80 Ante un paciente varón de 45 años, que acude a Urgencias por cuadro de fiebre de 38°C asociado a dolor en fosa iliaca derecha de seis días de evolución, con leucocitosis y desviación izquierda, realizamos un TAC de abdomen con contraste intravenoso. ¿Qué espera encontrar con mayor probabilidad?**
- A) Linfadenitis mesentérica
 - B) Plastrón apendicular por apendicitis aguda complicada
 - C) Enfermedad inflamatoria intestinal
 - D) Pielonefritis aguda
- 81 El diagnóstico de los trastornos que originan el dolor abdominal, requiere:**
- A) Anamnesis cuidadosa y examen físico completo
 - B) Examen físico completo y analítica completa
 - C) Anamnesis cuidadosa y ultrasonografía abdominal
 - D) Examen físico completo y ultrasonografía abdominal

- 82 ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en el manejo de la obstrucción de intestino delgado es FALSA?**
- A) La utilización de contrastes hidrosolubles es útil para resolver cuadros oclusivos por bridas por su efecto antiinflamatorio
 - B) El control del dolor tipo cólico es fundamental, habitualmente mediante paracetamol o AINES, para no enmascarar posibles signos de irritación peritoneal en la evolución del cuadro
 - C) Si no existe una mejoría clínica o radiológica en un plazo de 48-72 horas, está indicada una laparotomía / laparoscopia de urgencia
 - D) Todas las anteriores son ciertas
- 83 Clasificación de la AAST, en los traumatismos hepáticos, alteraciones del parénquima que afectan al 25-75% del lóbulo hepático o uno a tres segmentos de Couinaud, es:**
- A) Grado IV
 - B) Grado III
 - C) Grado II
 - D) Grado I
- 84 Con respecto a los factores que modulan el proceso de la cicatrización, ¿cuál es la opción INCORRECTA?**
- A) En la obesidad es más frecuente la necrosis grasa y el déficit de riego sanguíneo
 - B) El déficit más importante es el relacionado con la vitamina C
 - C) La pérdida de peso aguda tiene que situarse entre un 15-20% para entorpecer el proceso cicatricial
 - D) El déficit de cobre interfiere en la reepitelización
- 85 De los siguientes focos de sepsis en un quemado ¿cuál es el menos frecuente?**
- A) Heridas
 - B) Arbol traqueobronquial
 - C) Acceso venoso central
 - D) Tubo digestivo
- 86 El Síndrome de Aplastamiento (Crush Syndrome) se caracteriza por presentar:**
- A) Hipertensión arterial
 - B) Hipopotasemia
 - C) Alcalosis metabólica
 - D) Aumento de la concentración sérica de creatinfosfoquinasa (CPK)

87 En relación a las heridas de bala, marcar la respuesta INCORRECTA.

- A) Las lesiones resultantes dependen más del peso del proyectil que de la velocidad del mismo
- B) El tratamiento conservador inicial puede ser razonable en pacientes hemodinámicamente estables, con heridas del cuadrante superior derecho, con trayectoria limitada al hígado según TAC
- C) La laparoscopia puede ser una opción para evaluar la penetración peritoneal de heridas tangenciales en pacientes estable
- D) Como regla general, la laparotomía está garantizada para las heridas por bala o escopeta, que penetran en cavidad peritoneal, ya que la mayoría tiene lesiones internas graves asociadas

88 El ántrax es una infección que:

- A) Suele estar causado por bacilos grampositivos
- B) Aumenta su incidencia en pacientes inmunodeprimidos
- C) Predomina en las regiones axilar e inguinal
- D) Son correctas las respuestas A y B

89 En un paciente anticoagulado con warfarina, que precisa de cirugía urgente no demorable y que presenta un INR de 2,2, la actuación que se considera más correcta es la utilización de:

- A) Vitamina K intravenosa a dosis altas
- B) Concentrado de plaquetas intraoperatorio
- C) Complejo protrombínico
- D) Puede intervenir sin precisar reversión

90 Las siguientes situaciones pueden alterar la coagulación, EXCEPTO:

- A) Enfermedad de von Willebrand
- B) Disfunción plaquetaria secundaria a intolerancia al gluten
- C) Tratamiento con heparina de bajo peso molecular
- D) Disfunción plaquetaria secundaria a hipotermia

91 Respecto a los tumores retroperitoneales primarios, elija la respuesta correcta.

- A) Se suelen definir como toda neoformación quística o sólida, desarrollada en el retroperitoneo y que provenga de células y tejidos modificados en los órganos
- B) La clasificación modificada de Ackerman, divide a los tumores retroperitoneales primarios en origen mesodérmico, origen neurogénico, y origen de restos embrionarios
- C) La incidencia estimada de tumores retroperitoneales primarios es de 1:300.000 habitantes / año
- D) Todas las anteriores son correctas

92 La causa más grave de perforación esofágica es:

- A) Perforación iatrogénica
- B) Perforación ocurrida en el seno de una instrumentación quirúrgica (cirugía del cuello, cirugía esofágica)
- C) Perforación secundaria a cuerpo extraño
- D) Rotura espontánea esófago (síndrome de Boerhave)

93 Referente al síndrome compartimental abdominal (SCA), indique la respuesta INCORRECTA:

- A) Puede desencadenarse como consecuencia de resucitación masiva con líquidos, hemorragia intraperitoneal o retroperitoneal, edema tisular secundario, aumento del volumen extracelular, o fenómenos de isquemia reperfusión
- B) Entre otros, son factores predisponentes a la aparición de SCA: sepsis, peritonitis, bacteriemia, neumonía, cirugía de control de daños, politransfusión, acidosis metabólica y ventilación mecánica.
- C) Se entiende por SCA, la presión intraabdominal ≥ 12 mm Hg, registrada al menos en tres ocasiones, con intervalos de 4-6 horas
- D) La medición de la presión intrabdominal (PIA), se realiza a través de una sonda de Foley conectada a un transductor de presión, e introducida en la vejiga vacía, con posterior inyección en vejiga de 25 ml de suero fisiológico

94 En la reparación quirúrgica de una eventración debemos tener en cuenta que:

- A) No se debe abrir el saco herniario, si es posible, para no contaminar
- B) Se debe abrir el saco y liberar el contenido con adhesiolisis completa
- C) Se deben comprobar intraperitonealmente la existencia de orificios satélites al principal
- D) Son correctas las respuestas B y C

95 Respecto a las hernias paraestomales es cierto que:

- A) Las colostomías presentan mayor riesgo de hernia paraestomal que las ileostomías
- B) Los estomas terminales presentan mayor riesgo de hernia paraestomal que los estomas laterales
- C) A y B son ciertas
- D) Ninguna es cierta

96 ¿Cuál le parece la opción correcta en el tratamiento de la fisura anal?

- A) La terapia con toxina botulínica es de elección en fisuras anales crónicas
- B) Los tratamientos con L-arginina, minoxidil y captopril asociados al diltiazem aún están en fase experimental
- C) La esfinteromía anal interna es el tratamiento inicial de elección
- D) Los calcioantagonistas ejercen una acción parecida a la toxina botulínica en el esfínter anal

97 Es correcto en los fecalomas:

- A) La localización más frecuente es en colon sigmoideo y recto
- B) Inicialmente pueden pasar desapercibidos debido a la presencia de diarrea por rebosamiento
- C) En casos más avanzados llegan a producir megacolon tóxico o retención urinaria
- D) Todas son correctas

98 Ante un traumatismo ano-rectal extraperitoneal secundario a una herida por asta de toro, ocurrido cuatro horas antes, en un paciente estable, y con afectación del aparato esfinteriano anal, la actitud terapéutica más adecuada sería:

- A) Antibioterapia de amplio espectro + desbridamiento de la herida con reparación del mecanismo esfinteriano sí esto es posible y valorar realización de eventual colostomía derivativa
- B) Colostomía en asa
- C) Observación
- D) Amputación abdominoperineal

99 Para el diagnóstico del megacolon congénito o enfermedad de Hirschsprung es correcto:

- A) La manometría rectal orienta al diagnóstico de enfermedad de Hirschsprung si se encuentra ausencia del reflejo anal inhibitorio
- B) El enema opaco está contraindicado por riesgo de perforación
- C) En la edad adulta es causa frecuente de estreñimiento refractario a terapia médica convencional
- D) La expulsión de meconio normalmente en un neonato descarta el diagnóstico

100 Con respecto a la trombosis venosa mesentérica (TVM), señale la respuesta correcta:

- A) La TVM predomina en hombres por encima de los 50 años
- B) El hallazgo más constante en la TVM es la distensión abdominal más llamativa que el timpanismo que la acompaña
- C) Una de las causas de TVM secundaria es el embarazo o puerperio
- D) El hallazgo principal de la TAC en la TVM es la falta de definición de la pared o estenosis de la vena mesentérica o portal

FACULTATIVO ESPECIALISTA CIRUGÍA GENERAL Y APARATO DIGESTIVO 2021 / LIBRE

CUESTIONARIO PRÁCTICO

CASO PRACTICO 1:

Paciente de 25 años traído a Urgencias tras sufrir accidente de moto a unos 80 Km/h en las cercanías del hospital. Al parecer ha colisionado contra un vehículo que se ha incorporado a la autovía y ha salido despedido, cayendo sobre el lado izquierdo golpeándose contra el guardarrail. Llevaba casco. Se ha levantado por sus propios medios y lo ha traído el conductor del coche contra el que ha colisionado. A su llegada a Urgencias el paciente refiere dolor importante en costado y flanco izquierdos, con leve sensación de disnea. No refiere alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos. No medicación habitual. Está apendicectomizado. A su llegada a urgencias se coloca collarín cervical, se monitoriza al paciente y se canalizan 2 vías periféricas de grueso calibre. Expl. física: TA: 85/40 mmHg, a 115 l.p.m. Sat O2 basal: 97%. Consciente y orientado, Escala de Glasgow 15, pupilas isocóricas y normorreactivas. Buena coloración de piel y mucosas. Leve taquipnea, A. cardiaca: tonos rítmicos, sin soplos. A. Pulmonar: disminución del murmullo en lado izquierdo, con crepitantes. Abdomen: blando, depresible, no distendido, doloroso a la palpación en hipocondrio izquierdo y flanco, con discreta defensa. Se palpa ligera crepitación en flanco que se extiende a todo el hemitórax izquierdo. Extremidades: Pulsos conservados. Movilización adecuada de las cuatro extremidades. Heridas superficiales en pierna izquierda. Escoriaciones cutáneas en hemitórax izquierdo y zona de cresta ilíaca.

101 ¿Cuál de las siguientes valoraciones NO se corresponde con la evaluación primaria?

- A) El paciente habla correctamente por lo que no presenta compromiso de la vía aérea
- B) Está inestable hemodinámicamente y, dado que no presenta signos de sangrado externo, hay que sospechar focos de sangrado interno
- C) Sus antecedentes personales no parecen importantes en cuanto a influir en una mala evolución del paciente
- D) Tiene afectación de la ventilación, dado que está taquipneico y con disminución del murmullo en hemitórax izquierdo, aunque no parece necesitar una actuación urgente sobre el tórax dado que su saturación basal de O2 es 97 %

102 ¿Qué exploraciones complementarias NO solicitarías en este paciente durante la evaluación primaria?

- A) Radiografías de tórax y pelvis
- B) Hemograma, bioquímica, coagulación, gasometría venosa y pruebas cruzadas
- C) FAST
- D) Radiografía de columna cervical

103 ¿Qué otras actuaciones se podrían realizar durante la evaluación primaria? (señale la respuesta FALSA)

- A) Prevenir la hipotermia mediante mantas térmicas
- B) Colocación de sonda vesical
- C) Sutura de heridas
- D) Colocación de sonda nasogástrica

104 Radiografía de tórax: se aprecian dos fracturas costales izquierdas (7ª y 8ª), enfisema subcutáneo en hemitórax izquierdo, no neumotórax y mínimo pinzamiento del seno costofrénico izquierdo. Radiografía de pelvis: No se aprecian fracturas óseas. FAST: líquido libre en celda esplénica, espacio de Morrison y Douglas. Laceración esplénica. No líquido en saco pericárdico. Durante su estancia en el box de críticos se han infundido 1.000 cc de cristaloides y se ha administrado analgesia + oxigenoterapia, tras lo cual el paciente presenta TA de 120/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 85 lpm y Sat O2 del 99%, sin taquipnea. El resultado analítico demuestra una leucocitosis de 13.000/mm³, con Hb de 11,5 g/dL, PCR de 5 mg/L. Resto de parámetros dentro de la normalidad. Ante estos hallazgos, ¿qué actitud se debe tomar?

- A) Dado que está hemodinámicamente estable se debe quedar en observación monitorizado durante 24 horas, antes de subir a planta
- B) Debe ingresar en UCI tras colocación de tubo endotorácico para monitorización continua y hemogramas seriados
- C) Indicaría cirugía urgente del bazo
- D) Realizaría una historia clínica amplia, nueva exploración física más completa y nuevas pruebas complementarias

105 Al paciente se le realiza un Body-TAC con contraste con el siguiente resultado: Cráneo, columna y pelvis sin alteraciones. Tórax: neumotórax basal anterior izquierdo. Mediastino centrado. Parénquima pulmonar sin alteraciones significativas. Mínimo derrame pleural izquierdo. Fracturas costales del 7º, 8º y 9º arcos izquierdos. Enfisema subcutáneo extenso desde zona clavicular hasta cresta iliaca. Abdomen: líquido libre periesplénico, en fondo de saco de Douglas y en espacio de Morrison. Bazo con laceración de 4 cm de longitud en polo superior y hematoma intraparenquimatoso central de 6 cm, sin signos de extravasación de contraste. Hígado normal. No presencia de neumoperitoneo. No signos de sangrado activo a ningún nivel. ¿Qué grado de lesión esplénica presenta este paciente según la clasificación de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST)?

- A) II
- B) III
- C) IV
- D) V

106 ¿Cuál sería el manejo más adecuado para este paciente?

- A) Dado que tiene una lesión esplénica grave, con líquido libre en 3 espacios anatómicos, indicaría cirugía urgente (esplenectomía)
- B) Mantendría monitorizado en observación de urgencias o en UCI (según la disponibilidad del centro) y no indicaría tratamiento quirúrgico si permanece estable hemodinámicamente
- C) Realizaría una laparoscopia exploradora para valorar la necesidad de esplenectomía
- D) Colocaría un drenaje torácico y realizaría una angioembolización

CASO PRACTICO 2:

Una mujer de 42 años con antecedentes de exposición a radiaciones en su juventud, descubre la presencia de una masa palpable en la región inferior derecha de su cuello. Acude a consulta en donde a la exploración física se encuentra una nodulación a la derecha de la tráquea 2 dedos por arriba del esternón. El nódulo tiene consistencia sólida, móvil y no dolorosa, midiendo unos 2 cm.

107 El diagnóstico más probable en este caso sería:

- A) Bocio
- B) Adenoma tiroideo
- C) Quiste tirogloso
- D) Cáncer de tiroides

108 De la siguientes, ¿cuál sería la primera prueba complementaria que recomendaría?

- A) Punción-aspiración con aguja fina (PAAF)
- B) PET-TAC
- C) Ecografía de cuello
- D) Gammagrafía de cuello

109 Teniendo en cuenta el diagnóstico más probable, ¿cuál de las siguientes pruebas estará elevada en esta paciente?

- A) Calcitonina
- B) Tiroglobulina (TGB)
- C) Gonadotropina Coriónica (HCG)
- D) Hormona estimulante del tiroides (TSH)

110 Atendiendo a los antecedentes, exploración física y hallazgos de las pruebas complementarias, todo parece orientar a un:

- A) Carcinoma folicular
- B) Carcinoma medular
- C) Carcinoma papilar
- D) Carcinoma anaplásico

111 Previo a realizar una propuesta terapéutica, se debería determinar la existencia de afectación ganglionar, que se localiza en los siguientes compartimientos, EXCEPTO:

- A) Submentoniano
- B) Yugular alto
- C) Yugular bajo
- D) Mediastínico

CASO PRACTICO 3:

Mujer de 55 años, que presenta como único antecedente personal HTA en tratamiento. En revisión rutinaria se detecta, como hallazgo casual mediante ecografía abdominal, lesión quística en cuerpo-cola de páncreas, y ausencia de colelitiasis.

112 ¿Cuál de las siguientes entidades clínicas, entre otras, podría corresponder con los hallazgos ecográficos?

- A) Pseudoquiste de páncreas
- B) Cistoadenoma seroso
- C) Neoplasia intraductal papilar mucinosa
- D) Cualquiera de las anteriores.

113 Ante los hallazgos ecográficos, ¿cuál sería la prueba menos indicada para la tipificación de la lesión pancreática?

- A) TAC abdominal
- B) RMN de páncreas
- C) Ecoendoscopia
- D) CPRE

114 ¿Cuál sería la prueba diagnóstica que realizaría de primera elección?

- A) TAC abdomen
- B) Ecoendoscopia
- C) CPRE
- D) RMN

115 Tras la realización de TAC abdominal, se evidencian los siguientes hallazgos: Tumoración quística bien circunscrita, con pequeños tabiques que delimitan quistes de diferentes tamaños, con apariencia de panal de abeja y cicatriz central estrellada calcificada. ¿Cuál de las siguientes entidades cree que es la responsable de los hallazgos?.

- A) Neoplasia intraductal papilar mucinosa
- B) Neoplasia quística mucinosa
- C) Cistoadenoma seroso
- D) Tumor sólido pseudopapilar

116 ¿Cuál de las siguientes pruebas cree que sería necesario realizar para asegurar el diagnóstico?

- A) RMN
- B) Arteriografía de tronco celiaco
- C) Ecoendoscopia seguida de PAAF
- D) Ninguna de las anteriores

117 La realización de la PAAF pone de manifiesto la existencia de líquido no viscoso, con cifras muy bajas de amilasa, CEA < 5 ng/ml y células cuboides con citoplasma claro. Ante estos hallazgos y los del TAC, ¿cuál cree que sería la actitud terapéutica más indicada?

- A) Pancreatectomía corporocaudal
- B) Pancreatectomía total
- C) Tratamiento conservador
- D) Quimioterapia neodyuvante

CASO PRACTICO 4:

Paciente de 34 años varón derivado a consulta de Cirugía por hematoquecia y alteración del hábito intestinal. En la exploración se realiza tacto rectal que es normal y en la anoscopia se detectan hemorroides grado II sin signos de sangrado activo. Se solicita una colonoscopia que informa de poliposis de más de 100 pólipos distribuidos en colon y recto.

118 ¿Cuál de las siguientes respuestas es verdadera?

- A) Hay que sospechar una Poliposis Adenomatosa Familiar (PAF), que se transmite con carácter autosómico dominante
- B) Se debe realizar una biopsia de más de 10 pólipos para determinar si estamos ante una PAF
- C) No estamos ante un caso de PAF
- D) Todas las respuestas anteriores son falsas

119 Las pruebas realizadas ofrecen el diagnóstico de adenocarcinoma de recto, a 7 cm de margen anal, que sobrepasa la muscular propia hasta el tejido pericorrectal y presenta adenopatías en mesorrecto. No se aprecian metástasis a distancia. ¿A qué estadio corresponde según la clasificación TNM?

- A) Estadio IIA
- B) Estadio IIB
- C) Estadio IIIA
- D) Estadio IIIB

120 Se solicitan pruebas genéticas que confirman el diagnóstico de PAF. ¿A qué otras manifestaciones extracolónicas se asocia este síndrome? Señale la respuesta FALSA:

- A) Pólipos gástricos
- B) Adenomas duodenales
- C) Cáncer de endometrio
- D) Lesiones pigmentadas en el epitelio de la retina

121 De los siguientes tratamientos, ¿cuál NO estaría indicado realizar en este paciente, una vez se ha diagnosticado la PAF?

- A) Proctocolectomía total con reservorio ileal y anastomosis ileoanal
- B) Colectomía total con anastomosis ileorrectal
- C) Proctocolectomía total con ileostomía terminal
- D) Seguimiento anual mediante colonoscopia y extirpación de pólipos mayores de 5 mm si se trata de PAF atenuada

122 ¿Qué tratamiento sería el indicado en este paciente?

- A) Resección anterior baja de recto y quimioterapia postoperatoria
- B) Resección anterior baja de recto y radioterapia postoperatoria
- C) Quimiorradioterapia neoadyuvante y resección anterior baja de recto a las 8 semanas
- D) Amputación abdominoperineal

- 123 Con respecto a la amputación abdominoperineal, ¿cuál de estas consideraciones es INCORRECTA?**
- A) Está indicada en pacientes con infiltración esfinteriana
 - B) Presenta mayor tasa de recidiva local que la resección anterior de recto
 - C) Debe obtenerse una pieza de resección cilíndrica
 - D) La realización de forma sincrónica por dos equipos de cirujanos del tiempo abdominal y perineal aporta mejores resultados
- 124 En referencia a las complicaciones del tratamiento quirúrgico del cáncer de recto, señale la respuesta FALSA:**
- A) La dehiscencia anastomótica ocurre con la misma frecuencia que en la cirugía del cáncer de colon
 - B) La infección de la herida es más frecuente en la amputación abdominoperineal
 - C) La lesión del plexo hipogástrico provoca alteraciones de la función urinaria y sexual
 - D) Puede producirse lesión ureteral en el 1% de los casos
- 125 Se consideran factores de buen pronóstico en el tratamiento del cáncer de recto todos los siguientes, EXCEPTO:**
- A) Margen distal de resección mayor de 5 mm
 - B) Escisión completa del mesorrecto
 - C) Margen circunferencial mayor de 1 mm
 - D) Resección R0
- 126 En consenso con el paciente, se decide preservar el recto ya que la afectación del mismo es moderada (menos de 20 pólipos) y realizar seguimiento con rectoscopia cada 6-12 meses. Tras 4 años de seguimiento el paciente lo interrumpe por cambio de domicilio a otra ciudad. Consulta de nuevo a los 3 años por rectorragia y sensación de tenesmo y en la exploración se palpa una tumoración indurada a unos 7 cm de margen anal. La rectoscopia con biopsia confirma el diagnóstico de adenocarcinoma. ¿Qué exploración NO estaría indicada en principio para completar la estadificación previa al tratamiento?**
- A) Resonancia magnética nuclear pélvica
 - B) TAC toraco-abdominal
 - C) Tomografía por emisión de positrones (PET)
 - D) Ecografía endorrectal (EER)
- 127 En cuanto a la realización de un estoma de derivación en la resección anterior de recto, ¿cuál de las siguientes NO constituye una indicación?**
- A) Tumores de recto bajo
 - B) Presencia de metástasis a distancia
 - C) Radioterapia preoperatoria
 - D) Dudas sobre la integridad de la anastomosis

CASO PRACTICO 5:

Paciente de 60 años, con AP de haber sido intervenido de hace 10 años de colelitiasis y coledocolitiasis, hipertenso en tratamiento con IECA, no fumador y exbebedor desde hace 5 años, en seguimiento en la consulta de digestivo por cuadro de cirrosis hepática secundaria a VHC de 8 años de evolución, sin episodios de encefalopatía ni ascitis, con signos de hipertensión portal. Acude por cuadro de molestias abdominales inespecíficas en hipocondrio derecho, acompañado de sensación de aumento del perímetro abdominal. La analítica muestra un hemograma normal y una bioquímica donde destaca una BT de 2 mg/dl, albúmina de 3 g/dl, fosfatasa alcalina y transaminasas en rango de normalidad. El INR es de 1.8. Se ha solicitado una ecografía abdominal en la que se informa de la presencia de ascitis en leve cantidad, con un hígado de aspecto cirrótico y una lesión sólida a nivel del segmento V del hígado de 1.2 cm. de diámetro, sin otros hallazgos relevantes.

128 En el paciente planteado en el caso clínico, la actitud indicada en primer lugar debería ser:

- A) Repetir una ecografía abdominal a los 4 meses y, si el nódulo ha aumentado un 25% su volumen, realizar una TC abdominal con contraste intravenoso
- B) Realizar una TC de abdomen de 4 fases y/o una RM con contraste dinámico
- C) Realizar una PET-TC
- D) Plantear una punción de la lesión para estudio anatomopatológico

129 ¿Cuál de las siguientes características le orientaría más hacia un diagnóstico de hepatocarcinoma (CHC)?

- A) La semiología radiológica es muy variada, reflejando las diferencias de vascularización y de necrosis presentada por el tumor. Es una característica distintiva típica del CHC la hipervascularidad en la fase arterial de la TC, con lavado en las fases venosa portal o tardía
- B) Suele presentarse como una masa hipodensa, de comportamiento infiltrativo, generalmente con dilatación segmentaria de la vía biliar asociada, siendo característica la presencia de una marcada hipercaptación tumoral en la fase de equilibrio en la TC
- C) Suelen ser muy uniformes en cuanto a las características radiológicas, siendo típica la hipovascularidad en la fase arterial de la TC, con realce en las fases venosas portal o tardía
- D) Suelen presentar un realce globular y periférico en los márgenes de la lesión, como expresión de las características anatómicas de las lesiones

130 En el caso presentado, si se tratara de un hepatocarcinoma, según la clasificación BCLC (Barcelona-Clinic Liver Cancer), se clasificaría como:

- A) Estadío muy inicial (0)
- B) Estadío inicial (A)
- C) Estadío intermedio (B)
- D) Estadío avanzado (C)

131 ¿En cuáles de los siguientes casos de hepatocarcinoma estaría indicado el trasplante hepático como tratamiento de elección?

- A) Paciente en estadio inicial (A), con buena calidad de vida, estadio Child-Pugh B, con un nódulo hepático único de 2.5 cm. de diámetro, con presión portal aumentada y sin enfermedades asociadas
- B) Paciente en estadio muy inicial (0), con buena calidad de vida, estadio Child-Pugh A, con un nódulo de 1.5 cm. de diámetro, con presión portal aumentada y bilirrubina aumentada, sin enfermedades asociadas
- C) Paciente en estadio intermedio (B), con buena calidad de vida, estadio Child-Pugh B, con 4 nódulos < 2 cm. de diámetro, sin enfermedades asociadas
- D) Las respuestas A y B son correctas

132 En relación al tratamiento del hepatocarcinoma (CHC), uno de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA:

- A) La resección es la opción de tratamiento de 1ª línea en los pacientes con tumores solitarios y una función hepática bien preservada, definida como una bilirrubina normal, con un gradiente de presión venosa hepática ≤ 10 mmHg. O con un recuento de plaquetas ≥ 100.000 (evidencia 2A; recomendación 1B)
- B) Está demostrado que los tratamientos neoadyuvantes o adyuvantes y posterior ablación, mejoran los resultados clínicos con respecto a los pacientes tratados con resección de inicio (evidencia 1D; recomendación 2C)
- C) Se recomiendan las resecciones anatómicas (evidencia 3A, recomendación 2C)
- D) La recurrencia tumoral constituye la complicación principal de la resección, y el patrón de recurrencia influye en la asignación del tratamiento posterior y sus resultados. En caso de recurrencia, el paciente deberá ser reevaluado mediante un estadiaje BCLC (Barcelona Clinic Liver Cancer) y deberá ser tratado de nuevo en consecuencia

CASO PRACTICO 6:

Varón de 22 años. No presenta antecedentes médico-quirúrgicos de interés. Consulta por dolor abdominal localizado sobre todo en hipogastrio y fosa ilíaca derecha de 48 horas de evolución, de intensidad creciente y acompañado de febrícula de 37,5-38°C, malestar general y vómitos alimentarios. A la exploración presenta dolor claro en fosa ilíaca derecha con defensa muscular y signos de irritación peritoneal local.

133 ¿Cuál de las siguientes patologías le parece la más probable que presente el paciente teniendo en cuenta los datos aportados?

- A) Rotura folicular en ovario derecho
- B) Dispepsia
- C) Colangitis aguda
- D) Apendicitis aguda

- 134 Se confirma una colección intraabdominal de 9 x 6 cm en fosa ilíaca derecha, compatible con absceso. ¿Qué actitud considera la más adecuada?**
- A) Drenaje percutáneo de la colección
 - B) Cambiar el antibiótico por uno más potente, independientemente del antibiograma
 - C) Aumentar los antitérmicos y analgésicos, que están siendo insuficientes
 - D) Proponer una intervención quirúrgica de urgencia
- 135 ¿Cuál de las siguientes opciones quirúrgicas le parece la menos adecuada?**
- A) Laparotomía media suprainfraumbilical o xifopubiana
 - B) Laparotomía por incisión de McBurney
 - C) Laparoscopia exploradora y terapéutica si procede
 - D) Laparotomía media infraumbilical
- 136 El cirujano encontró un plastrón inflamatorio en el área íleo-cecal, sin distinguir claramente el apéndice cecal, con el meso del íleon engrosado y abrazando casi por completo la superficie del intestino, con adenopatías en los mesos y exudado sero-purulento en la corredera derecha y pelvis. ¿Cuál de los posibles diagnósticos le parece el más certero?**
- A) Enfermedad de Crohn ileal complicada
 - B) Apendicitis aguda
 - C) Diverticulitis aguda
 - D) Colecistitis aguda
- 137 El cirujano decidió hacer una resección íleo-cecal por laparotomía media infraumbilical. El paciente presentó un postoperatorio favorable, con buena tolerancia oral y sin complicaciones de índole infecciosa, siendo dado de alta a los 5 días de la intervención. A las 48 horas del alta, consulta por fiebre de hasta 38,8°C, dolor abdominal y malestar general. ¿Qué dato clínico NO esperaría encontrar usted en la anamnesis y exploración del paciente?**
- A) Dolor y tumefacción en la herida quirúrgica
 - B) Ictericia cutáneo-mucosa
 - C) Tos productiva con esputo verdoso
 - D) Disuria
- 138 Tras drenaje de un absceso de pared importante y establecer curas locales de la herida, previo cultivo del exudado purulento, el paciente persiste 72 horas después con fiebre y dolor en fosa ilíaca derecha. Los análisis revelan una leucocitosis de 16.540/mm³ con neutrofilia del 89% y una PCR de 295 mg/dL. ¿Qué actitud considera la más adecuada?**
- A) Cambiar las curas por instilaciones de antibiótico tópico tras el resultado del antibiograma
 - B) Solicitar una prueba de imagen, ecografía de abdomen o TC
 - C) Aumentar los antitérmicos y analgésicos, que están siendo insuficientes
 - D) Proponer una reintervención quirúrgica de urgencia

139 Tras el drenaje del absceso, el resto de la evolución fue adecuada y el paciente fue dado de alta a los 10 días del ingreso. El informe de anatomía patológica reveló un patrón en íleon de inflamación transmural con estenosis focales, ulceraciones longitudinales y profundas e hiperplasia linfoide en todas las capas. Estos hallazgos le parecen compatibles con:

- A) Colitis ulcerosa
- B) Colitis isquémica
- C) Enfermedad de Crohn
- D) Colitis xantogranulomatosa

140 Con el diagnóstico ya confirmado, ¿cual le parece la actitud más adecuada?

- A) Iniciar tratamiento con corticoides a dosis de 1 gramo/kg peso
 - B) Iniciar tratamiento con Adalimumab a dosis plenas
 - C) Remitir al paciente a una unidad especializada en enfermedad inflamatoria intestinal
 - D) Reintervención quirúrgica en busca de nuevos focos de la enfermedad
-

CASO PRACTICO 7:

Paciente de 21 años de edad que acude a consulta porque desde los 14 años presenta obesidad progresiva; ha realizado varios regímenes hipocalóricos con éxito inicial pero recuperación rápida de peso. Refiere una alimentación hipercalórica, le gustan los dulces y tiene una actividad física escasa. Ante el reiterado fracaso es remitida para valoración de cirugía. A la exploración física con obesidad global: peso: 154,5 kg; talla, 166 cm; estrías cutáneas, y desarrollo puberal completo. Exploraciones complementarias normales, excepto hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia y ocasionalmente hiperglucemias.

141 Para valorar el índice de masa corporal realizaríamos la siguiente fórmula (señale la respuesta correcta):

- A) $IMC = \text{Peso en kg} / (\text{talla en metros})^2$
- B) $IMC = \text{Peso en Kg} / (\text{talla en centímetros})^2$
- C) $IMC = \text{Peso en gramos} / (\text{talla en metros})^2$
- D) $IMC = \text{Peso en gramos} / (\text{talla en centímetros})^2$

142 ¿Qué pruebas deben realizarse de entrada en esta paciente antes de la intervención, en caso de estar indicada?

- A) Analítica completa, Ecografía, valoración cardiopulmonar, EDA y Polisomnografía
- B) Analítica completa, Ecografía, valoración cardiopulmonar, EDA y test de Helicobáctery pílori
- C) Analítica completa, Ecografía, EDA, test de helicobáctery pílori y polisomnografía
- D) Analítica completa, Test de intolerancia alimentaria, Test de esfuerzo, Ecografía y EDA

143 Con cirugía bariátrica podemos obtener una pérdida importante de peso y mejorar la calidad de vida y autoestima de los pacientes. Además, influye en las siguientes patologías, EXCEPTO:

- A) Mejora e incluso puede remitir la Diabetes Mellitus tipo 2 en los obesos mórbidos, hasta en un 80-85% de los casos
- B) Mejora e incluso puede conseguir la remisión del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) hasta en más del 90% de los casos
- C) Mejora las alteraciones psiquiátricas de tipo psicótico o alteraciones de la personalidad y del comportamiento alimentario
- D) Disminuye el riesgo de padecer cáncer

144 Con respecto a la cirugía bariátrica, todas las siguientes afirmaciones son correctas SALVO UNA, que debe señalar:

- A) La cirugía de la obesidad actúa directamente sobre la secreción de grelina cuando se reseca o excluye el fundus gástrico
- B) La exclusión del intestino proximal tras cirugía bariátrica resultaría en una reducción de GIP, una disminución de la estimulación de las células beta y una disminución de la resistencia periférica a la insulina
- C) En el caso de derivación biliopancreática, la ampliación de la longitud del intestino común y/o alimentario aumenta las complicaciones nutricionales a largo plazo
- D) Con la banda gástrica ajustable el porcentaje de "remisión" de la DM2 es significativamente superior al conseguido con la terapia médica convencional

145 En la paciente del caso clínico que nos ocupa, y en caso de estar indicada la cirugía, ¿qué técnica sería de elección en nuestro país?

- A) Gastroplastia vertical anillada
- B) Banda gástrica ajustable
- C) Gastrectomía tubular
- D) By-pass gástrico

146 La paciente fue intervenida quirúrgicamente, luego de pasar un tratamiento dietético médico con inclusión de dieta y ejercicio. Se realizó un bypass gástrico por vía laparoscópica. A los tres meses, acude a urgencias con cuadro de dolor abdominal con náuseas y algún vómito bilioso. La paciente refiere que los síntomas comenzaron tras una comida copiosa. A la exploración, abdomen blando, depresible, dolor a la palpación profunda en epi-mesogastrio, discreto timpanismo y sin reacción peritoneal. Se realiza una Rx de abdomen y un TAC que muestran signos de sospecha de una obstrucción de intestino delgado.

- A) El tratamiento inicial consistirá en sonda nasogástrica, aporte hidroelectrolítico, gastrografin por la sonda y nueva valoración cada 12 h durante las primeras 24-48h. Si no remite el cuadro, se indicará cirugía
- B) En un cuadro de obstrucción tras cirugía bariátrica, se debe pensar en una hernia de Petersen, que abordará inicialmente con tratamiento médico estándar, añadiendo octreótido, durante las primeras 24-48h. Si no remite el cuadro, se indicará cirugía
- C) Se debe sospechar una hernia interna y operar de urgencia
- D) Se debe sospechar un ileo biliar como primera causa tras cirugía bariátrica y se debe intervenir de urgencia

147 ¿Qué complicaciones pueden ocurrir en el postoperatorio inmediato tras cirugía bariátrica?

- A) Fuga anastomótica (0.5-1%)
- B) Hemorragia digestiva (1-7%)
- C) Estenosis gastroyeyunal (2-6,6%)
- D) Son correctas las respuestas A y B

148 Después de utilizar una técnica en cirugía bariátrica, pueden ocurrir complicaciones que llevan a reintervenir. Todas las respuestas son correctas SALVO UNA, que debe señalar:

- A) Fístula gastrogástrica después de by-pass gástrico
- B) Fístula gastrogástrica después de gastroplastia vertical
- C) Erosión de pared gástrica tras banda gástrica
- D) Solo A y C son correctas

149 Para evaluar los resultados de las técnicas quirúrgicas utilizadas en cirugía bariátrica, se han utilizado los siguientes indicadores:

- A) Porcentaje de sobrepeso perdido
- B) Mejora o curación de comorbilidades
- C) Mejora de calidad de vida
- D) Todas las respuestas son correctas.

150 A largo plazo, la complicación más frecuente relacionada con el antecedente bariátrico es (señale la respuesta correcta):

- A) Obstrucción intestinal
- B) Úlcera de boca anastomótica
- C) Hernia laparotómica
- D) Ninguna de las anteriores

151 Con respecto al hepatoblastoma, ¿cuál es el enunciado incorrecto?

- A) Suele ser una masa indolora y de crecimiento muy lento
- B) Afecta a niños menores de 5 años
- C) Suele acompañarse de una elevación de la alfa-fetoproteína
- D) Es característica la aparición de una pubertad precoz como dato paraneoplásico

152 El GIST gástrico se caracteriza por:

- A) Asienta sobre lesiones premalignas gástricas
- B) Ausencia de recidivas locales debido a su bajo potencial de malignidad
- C) En su génesis se encuentran involucradas algunas enzimas del grupo de las tirosinquinazas (regulan la actividad de cientos de células)
- D) La aparición del imatinib mesilato ha desplazado a la cirugía a un segundo escalón terapéutico tras él

153 Todas las siguientes son técnicas de estricturoplastias, excepto:

- A) Marthius
- B) Heineke-Mikulicz
- C) Finney
- D) Taschieri



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Familias