

1. En cuanto a la piel señale la respuesta falsa

- a) La epidermis como el sistema nervioso deriva del ectodermo después de la gastrulación
- b) Los queratinocitos basales son células madre parcialmente diferenciadas que confieren a la piel la capacidad regenerativa y proliferativa
- c) El epitelio prácticamente no tiene actividad metabólica siendo su función principal la de barrera.
- d) En la dermis existe un plexo vascular debajo de la membrana basal en la dermis papilar.

2. Sobre los injertos señale la respuesta falsa

- a) Las indicaciones de un injerto de piel parcial grueso son las mismas que las de un injerto de piel parcial fino
- b) El injerto de piel total es de indicación en grandes pérdidas de sustancia para obtener una reparación más funcional
- c) Los injertos finos permiten una rápida reepitelización y múltiples "retomas"
- d) Los injertos de piel total se contraen menos al madurar

3. En cuanto a la zona donante de los injertos señale la respuesta verdadera

- a) Hay que advertir al paciente de los problemas de decoloración e incluso cicatrización patológica
- b) Cualquier apósito es adecuado siempre y cuando se mantenga seco
- c) La reepitelización no se establece hasta el mes
- d) La piel se puede conservar de forma indefinida a 4°C sin que disminuya la viabilidad.

4. En cuanto a las complicaciones de los injertos, señale la respuesta errónea

- a) Problemas sistémicos pueden hacer que no prenda el injerto
- b) El sangrado es importante, pudiendo perderse 100-200ml/1% de superficie corporal
- c) La infección más frecuente es por diseminación sistémica
- d) La infección por pseudomonas tiene un aspecto clínico particular y fácil de identificar.

5. En cuanto al tratamiento quirúrgico del paciente quemado, señale el proceder adecuado

- a) Si en una quemadura se detectan signos clínicos de infección o un cultivo con más de 10^5 microorganismos se debe hacer un desbridamiento quirúrgico.
- b) El tratamiento de las quemaduras de menos del 1% de la SCQ es siempre conservador
- c) El único tratamiento desbridante que ha demostrado su eficacia es el enzimático.
- d) Unas quemaduras dérmico-profundas se deben tratar de forma conservadora hasta los 21 días, por si curan.

6. En el tratamiento quirúrgico de las quemaduras faciales, señale lo erróneo:

- a) En el primer momento lo importante es valorar lesiones respiratorias asociadas
- b) Se debe hacer un desbridamiento quirúrgico precoz independientemente de la profundidad porque el resultado cosmético y funcional al reconstruir por unidades será superior.
- c) Se puede hacer un desbridamiento enzimático
- d) Se pueden hacer curas expositivas y valorar evolución

7. En el tratamiento de las quemaduras químicas señale lo que NO debe hacer

- a) En las quemaduras por bases como no penetra en profundidad basta con un desbridamiento superficial y cobertura con injertos
- b) En las quemaduras por bases realizará un desbridamiento seriado y reconstrucción
- c) En algunas quemaduras por agentes químicos puede estar indicado el tratamiento quirúrgico de urgencia para retirar el producto
- d) En las quemaduras por agentes especiales hay que valorar el agente, el medio y el paciente antes de tomar decisiones quirúrgicas.

8. En un paciente que sufre una congelación que NO haría

- a) Valorar y tratar las complicaciones sistémicas
- b) Realizar el ABC del tratamiento inicial
- c) Recalentar la zona dañada (pies, manos) de forma local con inmersión en agua a 42º
- d) Realizar amputaciones de forma precoz para evitar la infección

9. En un paciente que se presenta en la consulta con una tumoración en el reborde orbitario, que no sabe desde cuando lo tiene y que le ha crecido lentamente. ¿en qué pensaría?

- a) Quiste sebáceo
- b) Tumoración de la glándula lagrimal
- c) Carcinoma basocelular expansivo
- d) Quiste dermoide

10. En un paciente con una tumoración en la línea media del cuello, señale que no encontrará de forma primaria

- a) una masa por debajo del hioides
- b) una fístula al nacer
- c) un trayecto fistuloso como secuela de una infección
- d) tiroides ectópico e incluso adenocarcinoma papilar

11. Paciente que consulta por dolor en la base de la lengua con una herida de varios meses de evolución que él cree que es por la dentadura, como procedería.

- a) Está claro que es un tumor, tratamiento de resección y reconstrucción inmediata con colgajos funcionales.
- b) Biopsia incisional y tratamiento definitivo
- c) Biopsia incisional y estudio de extensión, valoración en el comité de cabeza y cuello.
- d) Tratamiento conservador y revisión porque el paciente refiere que ya tuvo estas molestias y remitieron con medicación.

12. En un tumor oral que afecta a la mandíbula ¿Cuál no es una opción terapéutica adecuada?

- a) Dependiendo de la zona y del paciente puede no necesitar reconstruir el hueso
- b) Para reconstruir el hueso podemos usar el colgajo inguinal con cresta iliaca
- c) Para reconstruir el hueso podemos usar el colgajo de peroné
- d) Para reconstruir el hueso podemos usar el colgajo antebraquial con injerto de hueso de banco y placa de titanio.

13. En las lesiones de los tendones de la mano. Señale lo erróneo

- a) En caso de lesión de los flexores en zona II se recomienda la reparación de uno de los dos para evitar adherencias y problemas como el síndrome de la cuadriga.
- b) La reparación del aparato extensor es muy exigente por las lesiones secundarias que se pueden desarrollar
- c) En reconstrucción diferida de los tendones sigue siendo necesario recurrir a injertos autólogos
- d) La rehabilitación funcional de los tendones sigue siendo el punto definitivo para una reparación exitosa.

14. En las fracturas de los dedos. Señale lo erróneo

- a) La clasificación de Salter-Harris se refiere a las fracturas de la placa de crecimiento de los niños
- b) Las fracturas abiertas de la falange distal en general no requieren antibióticos
- c) Las fracturas abiertas de los restantes huesos requieren desbridamiento y antibióticos inespecíficos
- d) Las fracturas intraarticulares tienen buen pronóstico si se dejan al menos 6 semanas de inmovilización

15. En las infecciones de la mano, señale que no debe hacer

- a) Inmovilizar y elevar el miembro afecto en la fase aguda
- b) Desbridar y evitar espacios muertos
- c) Antibióticos inespecíficos a la espera de los cultivos
- d) Mantener la mano inmóvil con una férula hasta la completa resolución del problema.

16. En la enfermedad de Dupuytren señale lo incorrecto

- a) La banda pretendinea da lugar a la cuerda pretendinea que desarrolla una contractura en flexión de la MCF
- b) El ligamento natatorio da lugar a la cuerda espiral que produce un desplazamiento del pedículo neurovascular
- c) El tendón del abductor digiti minimi da lugar a la cuerda del abductor digiti minimi y una contractura en flexión de la IFP del quinto dedo
- d) Las fibras del ligamento natatorio dan lugar a la cuerda natatoria y una contractura en aducción de la primera comisura.

17. En el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad de Dupuytren, que se ha demostrado más útil que las restantes medidas

- a) Inyecciones de corticoides intralesionales
- b) Ultrasonidos
- c) Colagenasa clostridial
- d) Radioterapia

18. En el tratamiento del envejecimiento todo lo que sigue es cierto, salvo

- a) La toxina botulínica es fundamental en el tratamiento del envejecimiento del tercio medio facial
- b) La toxina botulínica es fundamental en el tratamiento del envejecimiento del tercio superior facial
- c) La toxina botulínica es útil en el tratamiento de la hiperhidrosis axilar.
- d) La toxina botulínica se puede usar para tratar las bandas platismales aunque no tenga indicación etiquetada.

19. En los materiales de relleno tisular señale lo correcto

- a) El más usado es el colágeno
- b) Los más seguros son los semi y permanentes
- c) La silicona líquida es un buen material pero sus resultados no lo son
- d) La grasa probablemente sea el "gold estándar" de los materiales de relleno tisular

20. La complicación más frecuente de las técnicas de ritidectomía (lifting) es:

- a) Hematoma postoperatorio
- b) Lesión sensitiva del n. auricular
- c) Lesión del facial
- d) Infección

21. El linfedema:

- a) Es un proceso agudo que puede ocurrir como resultado de defectos congénitos, daño iatrogénico o infección del sistema linfático
- b) El sistema linfático se compone de capilares linfáticos que drenan en vasos colectores progresivamente mayores.
- c) La obesidad y la radiación no han demostrado un aumento en el riesgo de linfedema de forma significativa
- d) La patología del linfedema, se debe a una acumulación de proteínas y ácidos grasos, sin acumulo líquido, que llevan a una fibrosis crónica y depósito adiposo.

22. Respecto al linfedema congénito, es cierto que:

- a) Es más frecuente en varones
- b) Es más frecuente en extremidades superiores.
- c) Supone entre el 30-50% de los linfedemas primarios
- d) La enfermedad de Milroy es una forma familiar de linfedema congénito ligada al sexo.

23. La liposucción tipo Brorson para el tratamiento del linfedema:

- a) Está indicada para pacientes con linfografía previa con verde de indocianina que muestran linfáticos competentes a nivel distal
- b) Durante el procedimiento, puede usarse un torniquete para reducir la pérdida sanguínea
- c) Tras el tratamiento, está contraindicado el uso de manguito compresión de la extremidad
- d) La liposucción asistida por vibración no es apropiada en estos pacientes por dificultar el proceso perioperatorio.

24. Las anastomosis linfático-venulares para el tratamiento quirúrgico del linfedema de extremidad superior secundario al tratamiento quirúrgico de cáncer de mama:

- a) La linfografía con verde de indocianina ayuda a localizar los vasos linfáticos en la planificación preoperatoria
- b) El procedimiento se basa en la sustitución de nódulos linfáticos que han sido dañados o resecaos previamente en la axila
- c) La zona donante más empleada es el área epigástrica inferior con los vasos iliacos circunflejos superficiales.
- d) El tejido adiposo y la isla cutánea incluidas en el colgajo, son útiles para reemplazar el tejido fibrótico de la axila

25. La realización de una cantoplastia lateral con tira tarsal para reposición de párpado inferior sin acortamiento horizontal, está indicada en:

- a) Pacientes con malposición palpebral tratada mediante múltiples procedimientos previos.
- b) Pacientes con retracción por déficit cutáneo.
- c) Pacientes con malposición cantal y laxitud cutánea o ectropión
- d) Pacientes con malposición cantal sin laxitud ni ectropión

26. Dos horas tras una blefaroplastia, un paciente de 60 años, hipertenso, presenta dolor agudo en ojo derecho con inflamación y pérdidas de visión. El manejo más apropiado incluye:

- a) Elevación de la cabeza y frío local
- b) Tratamiento antihipertensivo
- c) Analgésicos y diuréticos
- d) Cantotomía, manitol y corticoides

27. Ante un paciente que tras ser intervenido de rinoseptoplastia hace 6 semanas aqueja obstrucción nasal persistente, la actitud más adecuada sería:

- a) Vasoconstrictores tópicos durante 1 mes
- b) Spray nasal de corticoides 7-14 días si persiste edema
- c) Corrección quirúrgica en los próximos 2 meses si existe causa mecánica
- d) Frío local

28. Mujer de 40 años que presenta punta nasal dinámica a tensión con acortamiento de labio superior y descenso de la punta al sonreír, ¿qué manejo quirúrgico realizarías para su corrección?

- a) Liberación transoral del músculo depresor del septo nasal
- b) Acortamiento alar lateral
- c) Infiltración de 10 UI de toxina botulínica A en músculo procerus
- d) Liberación transcutánea del músculo elevador alar

29. Respecto a las complicaciones de los injertos grasos, no es cierto que:

- a) El IMC no tiene una correlación aparente con la aparición de complicaciones
- b) La infección de Mycobacterias aparece a los 1-3 meses postoperatorios
- c) La aparición de seroma se soluciona generalmente con drenaje percutáneo y compresión
- d) La aparición de anemia tras la cirugía requiere transfusión sanguínea si la hemoglobina desciende de 8g/dL incluso en pacientes asintomáticos

30. En la cirugía postbariátrica:

- a) Un IMC > de 35 KG/m² aumenta el riesgo de complicaciones
- b) Mantener al paciente a baja temperatura (<35°) durante la cirugía, ayuda a reducir el sangrado intraoperatorio y el tiempo quirúrgico
- c) La profilaxis antitrombótica en estos pacientes, incluye la administración de Heparina de bajo peso molecular antes de las dos horas postoperatorias.
- d) En cirugías prolongadas con el paciente en prono, la cama debe colocarse en anti-Trendelenburg para prevenir ceguera debida a aumento de la presión en los globos oculares.

31. Paciente mujer de 38 años, con pérdida masiva de peso (50kg) que presenta laxitud epigástrica y ptosis púbica ¿Cuál sería la actitud quirúrgica para su corrección?

- a) Liposucción de exceso de grasa con corrección del exceso dérmico mediante terapia con radiofrecuencia
- b) Abdominoplastia con cicatriz horizontal suprapúbica y plicatura de rectos abdominales con sutura no-reabsorbible
- c) Abdominoplastia en flor de lis con resuspensión púbica mediante suturas no-reabsorbibles a fascia abdominal anterior
- d) Abdominoplastia con cicatriz vertical en un primer tiempo quirúrgico y con resuspensión púbica mediante suturas no-reabsorbibles a fascia abdominal anterior en un segundo tiempo

32. Paciente de 5 años que acude presentando microtia unilateral derecha con hipoplasia completa del pabellón auricular y atresia del conducto auditivo externo. Según la clasificación de Tanzer, se trata de:

- a) Tipo I
- b) Tipo II.A
- c) Tipo II.B
- d) Tipo III

33. La otoplastia puede ser, tal vez considerada, como la única cirugía "estética" realizada en niños. ¿Cuál de estas consideraciones al respecto no es correcta?

- a) El grado de deformidad y la edad del paciente determinan la indicación
- b) En casos de microtia, según la recomendación de Firmin, el proceso reconstructivo se inicia a los 2 años.
- c) En niños pequeños con orejas prominentes cuyos padres deseen corrección temprana, puede recomendarse la realización de la cirugía desde los 4 años.
- d) El hecho de que la opinión de los padres y abuelos esté implicada en la decisión quirúrgica, puede alterar la relación médico-paciente.

34. El nevus melanocítico congénito (NMC):

- a) Está formado por grupos de neuroblastos que se forman a partir de las 5-24 semanas tras el nacimiento
- b) EL NMC está relacionado con el aumento de riesgo de melanoma cutáneo, pero no así de melanoma extracutáneo.
- c) Los NMC < de 20 cm de diámetro tienen un riesgo absoluto de malignización a melanoma <1% antes de la pubertad.
- d) La melanosis neurocutánea se caracteriza por un exceso de depósito de melanocitos a lo largo de los nervios periféricos.

35. Respecto al nevus congénito gigante:

- a) Se define como una lesión > de 20 cm de diámetro
- b) Se define como una lesión < 5% de superficie corporal total.
- c) Los tratamientos con CO2 y dermoabrasión son más efectivos después de los 3 años de edad
- d) El riesgo de malignización es al menos de un 50% a lo largo de la vida.

36. Niña de 3 años que presenta una malformación linfática intraorbitaria izquierda que causa exoftalmos y ptosis palpebral. ¿Cuál sería la primera línea de tratamiento en este caso?

- a) Observación
- b) Terapia con láser de colorante pulsado
- c) Esclerosis con Doxiciclina
- d) Resección quirúrgica en bloque

37. Respecto a la reducción mamaria con pedículo inferior, es cierto que:

- a) Es una evolución del patrón de reducción mamaria desarrollado por Strombeck, con pedículo horizontal, en 1960.
- b) El complejo areola-pezones (CAP) está irrigado por el plexo subdérmico a través de perforantes intercostales y de la arteria mamaria interna incluidos en el pedículo
- c) La mayoría de estudios reportan una incidencia de necrosis del CAP entre 5-10%
- d) Los cambios sensitivos en el CAP, se atribuyen a la sección de los nervios intercostales entre el 7º y el 10º segmentos intercostales

38. En referencia al tratamiento de la ginecomastia, No es correcto:

- a) La mayoría de los casos son autolimitados y benignos y no requieren tratamiento.
- b) El tamoxifeno es primera línea de tratamiento en varones con desbalance andrógenos/estrógenos incluso en pacientes con cáncer de próstata.
- c) La liposucción es actualmente la principal técnica quirúrgica empleada
- d) La técnica de Webster, trata de realizar la resección tisular con una incisión en flor de lis.

39. Entre las ventajas de la reconstrucción mamaria inmediata (RMI), No se encuentra:

- a) Previene las secuelas psicológicas
- b) Reduce costes hospitalarios
- c) No tiene impacto sobre los tratamientos adyuvantes de quimioterapia y/o radioterapia
- d) No interfiere con la detección de recurrencias locales.

40. Respecto al uso de matrices dérmicas acelulares en cirugía mamaria.

- a) No están indicadas en pacientes con contractura capsular
- b) Ayudan a la estabilización de los implantes en casos de malposición.
- c) Son matrices reabsorbibles que inducen la formación cápsula periprotésica
- d) No tiene impacto sobre la aparición de complicaciones postoperatorias tipo infección o seroma

41. Mujer de 55 años intervenida de reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P. Presenta áreas induradas en mama reconstruida compatibles con necrosis grasa que pueden ser atribuidas a:

- a) Resección de áreas mal vascularizadas del colgajo
- b) Desgrasado excesivo del colgajo durante el "insetting"
- c) Lesión de nervios motores durante la disección del colgajo
- d) Ligaduras a más de 3mm del pedículo

42. En el "lipofilling" mamario:

- a) Las alteraciones mamográficas son raras tras el aumento mamario con injertos grasos
- b) El modo de preparación de la grasa, centrifugado vs lavado y decantado, no influye en el porcentaje de sobre-inyección de grasa necesario
- c) No hay evidencia en el aumento de riesgo de aparición de cáncer mamario en pacientes sometidas a "lipofilling", tanto en aumentos mamario estético, como en procedimientos reconstructivos.
- d) Menos del 50% de las pacientes requiere más de 1 procedimiento de injerto graso para conseguir corregir los defectos de contorno en reconstrucción mamaria

43. Respecto a la reconstrucción mamaria con colgajo de músculo dorsal ancho, es falso que:

- a) Se trata de un colgajo tipo IV en la clasificación de Mathes y Nahai
- b) El estudio preoperatorio generalmente consiste en la exploración física únicamente
- c) La toracotomía ipsilateral por una cirugía torácica previa, es una contraindicación
- d) La pérdida del colgajo es debida casi siempre a lesión o torsión del pedículo toracodorsal durante la disección o transposición del colgajo.

44. En una parálisis facial completa ¿Cuál de los siguientes músculos de la mímica no es prioritario reanimar?

- a) Frontalis.
- b) Zygomaticus Major.
- c) Mentalis.
- d) Depressor labii inferioris/depressor anguli oris.

45. En una parálisis facial, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.

- a) La porción inferior del músculo orbicular de los párpados mantiene el margen palpebral en contacto con el ojo.
- b) Para corregir el lagofthalmos en una parálisis facial se usan pesas de oro colocadas en posición subtarsal.
- c) La combinación de una pesa de oro en párpado superior y una suspensión tendinosa estática del párpado inferior puede mejorar la mayoría de los síntomas oculares producidos en una parálisis facial.
- d) La tarsorrafia lateral tiene, actualmente, indicaciones muy limitadas como son el fallo de técnicas más estéticamente aceptables.

46. Con respecto a la reanimación dinámica de una parálisis facial sólo una es cierta

- a) La neurotización del nervio facial es posible hasta pasados 24 meses del inicio de la lesión.
- b) Cuando el muñón proximal ipsilateral del nervio facial no es utilizable hay que recurrir obligatoriamente a otros pares craneales, distintos del facial, para realizar las neurotizaciones.
- c) La reparación del nervio facial mediante injertos de nervio sural, aún en lesiones recientes, nunca está indicada.
- d) La restauración de la simetría bucal y de la sonrisa se pueden conseguir en un tiempo quirúrgico usando el nervio maseterino ipsilateral con una neurorrafia directa la rama bucal inferior.

47. En la cirugía reconstructiva de los defectos de la mejilla, que aspecto de los siguientes no es correcto.

- a) Es conveniente restaurar la superficie facial en uniformidad, color y textura.
- b) Hay que preservar la posición del párpado inferior y la función del esfínter oral.
- c) En defectos complejos/compuestos se usan colgajos libres para cobertura y colgajos locorreregionales para relleno y tapizado.
- d) Si el defecto se extiende a otras unidades funcionales, éste se trata por separado en cada una.

48. Con respecto al uso del colgajo de Karapandzic en la reconstrucción labial sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta

- a) Puede usarse para reconstruir labio inferior y superior mediante incisiones curvilíneas circunorales extendidas bilateralmente desde la base del defecto.
- b) Un defecto superior al 50% de un labio puede reconstruirse con un solo colgajo.
- c) No se mantiene la inervación del músculo orbicular de los labios.
- d) En los colgajos bilaterales las incisiones se colocan por dentro de los surcos nasolabiales.

49. Con respecto de la reconstrucción de defectos labiales totales o subtotales, una de las siguientes afirmaciones es falsa.

- a) Se refiere a defectos superiores al 80% del labio.
- b) Los colgajos regionales de avance de mejilla, tipo Bernard o Fujimori, producen excelentes resultados funcionales.
- c) El colgajo libre antebraquial radial compuesto (con tendón de palmaris longus) es una alternativa que permite mantener la competencia oral.
- d) La suspensión del tendón palmaris longus se efectúa desde ambos modiolos bilateralmente.

50. En el diagnóstico clínico del melanoma se usa la regla nemotécnica ABCD. Con respecto a ésta cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.

- a) A, se refiere a forma asimétrica
- b) B, se refiere a bordes irregulares
- c) C, se refiere a los cambios de color
- d) D, se refiere a diámetro mayor a 3 mm.

51. Con respecto al pronóstico y estadiaje del melanoma, sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta.

- a) Un T3 es un tumor con un Índice de Breslow de 2.01 a 4.0 mm de espesor.
- b) El Índice de Breslow no es un importante predictor de supervivencia en el melanoma.
- c) Las metástasis cutáneas en tránsito se producen por vía hematológica.
- d) El pronóstico de los pacientes con metástasis linfáticas, clínicamente detectables, depende de las características del tumor primario.

52. En el tratamiento quirúrgico primario del melanoma una de las siguientes es falsa

- a) a. La biopsia incompleta de un tumor primario, previa a la cirugía, disminuye la tasa de supervivencia a los 5 años.
- b) b. Para un melanoma estadio IA (≤ 1 mm de grosor) el margen de extirpación recomendado es de 1 cm.
- c) c. Lesiones subungueales de espesor $>$ de 1 mm se tratan con desarticulación de la falange distal.
- d) d. La fascia muscular profunda no se incluye, habitualmente, en el margen profundo de la resección salvo invasión manifiesta.

53. Con respecto a los subtipos histológicos del melanoma una afirmación es falsa.

- a) El melanoma de extensión superficial (MES) representa el 50%-80% de los casos y se caracteriza por una fase de crecimiento radial (horizontal) durante años.
- b) El léntigo maligno melanoma tiene un pronóstico similar al MES con un índice de invasión comparable.
- c) El melanoma subungueal se caracteriza por ser de diagnóstico precoz y tiene elevadas tasas de supervivencia a los 5 años.
- d) Un rasgo característico del melanoma desmoplásico es la presencia de células fusiformes en el análisis anatomopatológico.

54. Con respecto a los protocolos de extensión ganglionar del melanoma, una de las siguientes es cierta.

- a) En pacientes con adenopatías palpables el protocolo a seguir es realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela.
- b) Un ganglio de Cloquet positivo contraindica la linfadenectomía inguinal profunda o pélvica.
- c) La biopsia selectiva de ganglio centinela está contraindicada en lesiones > 3 mm de Breslow.
- d) La radioterapia adyuvante está indicada en caso de adenopatías múltiples y extensión extracapsular en el análisis de la pieza de linfadenectomía.

55. Con respecto a los traumatismos de alta energía que afectan a las extremidades inferiores y requieren cobertura, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.

- a) Las fracturas abiertas tipo IIIC de Gustilo requieren revascularización urgente de la extremidad.
- b) La reconstrucción y cobertura inmediata es la respuesta adecuada para todos los pacientes.
- c) El uso de clavos intramedulares (no fresados) es equivalente al de fijadores externos con respecto a la evolución a retardo de consolidación, infección y osteomielitis crónica.
- d) Factores significativos que predisponen al desarrollo de infección grave son la pérdida de hueso superior a 2 cm y las fracturas IIIC de Gustilo.

56. En caso de sospecha de lesión vascular en un grave traumatismo de miembro inferior, una afirmación es cierta.

- a) El Angiotc es la prueba de imagen de elección en caso de sospecha de lesión vascular en traumatismos de extremidades.
- b) En un traumatismo grave de miembro inferior la lesión vascular (rotura arterial) es la norma.
- c) La arteriografía convencional tiene un margen de sensibilidad y especificidad similar al Angiotc, en confirmar una lesión vascular, con un coste menor.
- d) El tiempo de isquemia de las masas musculares no es decisivo en la supervivencia de una extremidad traumática.

57. Con respecto a la reconstrucción de miembro inferior con colgajos perforantes, sólo una de las siguientes es cierta.

- a) En la región glútea la mayor parte de las perforantes son septales.
- b) Los colgajos propeller pueden necesitar una recarga venosa para mejorar el retorno sanguíneo.
- c) La arteria genicular descendente es el pedículo nutricio del colgajo anterolateral de muslo.
- d) El colgajo perforante de arteria peronea se basa en vasos septales que emergen entre los músculos peroneos y el extensor de los dedos.

58. Con respecto a las indicaciones actuales de reimplante cual es la afirmación cierta.

- a) Pulgar, dedo único distal a inserción FCS (flexor común superficial), mano o proximal y dedos múltiples, son indicaciones habituales de reimplante
- b) Los trabajadores manuales son los candidatos ideales para reimplante de un dedo largo aislado.
- c) La mayor parte de las amputaciones del segundo dedo son indicaciones absolutas de reimplante.
- d) Consideramos contraindicado realizar reimplantes en mayores de 65 años descartando comorbilidad previa.

59. En una amputación proximal a la muñeca, cuál de las siguientes maniobras es correcta:

- a) La revascularización debería hacerse antes de 18 horas de isquemia fría y 12 horas de isquemia caliente.
- b) Las amputaciones a través del antebrazo funcional tienen, en general, muy buen resultado funcional.
- c) Las amputaciones proximales al codo se deben realizar aunque esta articulación no sea potencialmente funcional.
- d) El desbridamiento tiene 2 objetivos: determinar la viabilidad del reimplante y calcular las necesidades de tejidos donantes.

60. En el control y tratamiento postoperatorio de un reimplante es falso que:

- a) Para el control del vasoespasmo sean útiles el reposo en cama 3-5 días, calor local y ambiental y los bloqueos locorregionales.
- b) Los objetivos del tratamiento farmacológico serán contrarrestar la función plaquetar, la interacción trombina/fibrinógeno y aumentar la viscosidad de la sangre.
- c) La agregación plaquetaria es la causa más prevalente de trombosis arterial en las primeras 24 horas.
- d) La heparina fraccionada (heparina sódica) activa la Antitrombina III y detiene la cascada intrínseca de la coagulación.

Preguntas de reserva

1. Con respecto a la anatomía de la unidad funcional de la mejilla cuál de las siguientes afirmaciones es cierta.

- a) Es una unidad de límites fijos, tridimensional y de primera importancia visual.
- b) La nutrición proviene de la arteria infraorbitaria, arteria transversa de la cara y de la arteria angular.
- c) En caso de defecto unilateral se puede comparar, a primera vista, con el lado contralateral para facilitar un patrón de reconstrucción.
- d) Está formada por dos subunidades estéticas: medial y lateral.

2.Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa con respecto a la preparación prequirúrgica y transporte de un paciente con un miembro amputado subsidiario de reimplante.

- a) El mecanismo de lesión es la variable determinante.
- b) La parte amputada se sumerge en una bolsa con suero y la bolsa se introduce en un recipiente con hielo
- c) El control del sangrado es prioritario y debe realizarse mediante la elevación del miembro y la compresión local de la herida.
- d) La preparación se inicia en el lugar del accidente

3. En el envejecimiento cutáneo podemos decir lo siguiente, salvo

- a) Que se produce por factores extrínsecos e intrínsecos
- b) Que es una enfermedad que se desarrolla a partir de los treinta años
- c) Que el tratamiento es mayoritariamente por el número de procedimientos, no quirúrgico
- d) Que es un proceso en que también está implicada la grasa facial

4. En las fracturas de los dedos. Señale lo erróneo

- a) La clasificación de Salter-Harris se refiere a las fracturas de la placa de crecimiento de los niños
- b) Las fracturas abiertas de la falange distal en general no requieren antibióticos
- c) Las fracturas abiertas de los restantes huesos requieren desbridamiento y antibióticos inespecíficos
- d) Las fracturas intraarticulares tienen buen pronóstico si se dejan al menos 6 semanas de inmovilización

5. Una de las siguientes afirmaciones con respecto a la osteomielitis crónica postraumática de tibia es cierta.

- a) El *proteus mirabilis* es el principal microorganismo implicado.
- b) Está científicamente demostrado que la cobertura con colgajos musculares produce mejores resultados a largo plazo.
- c) Los procedimientos de injerto óseo se realizan en un plazo de 6-8 semanas tras la cobertura con colgajo libre/pediculado.
- d) El desbridamiento agresivo de tejido infectado y relleno del espacio muerto generado no son procedimientos decisivos en esta patología.

6. Con respecto a la restauración de la sonrisa, con trasplantes musculares libres reinervados, en una parálisis facial una de las siguientes es falsa.

- a) Cualquier músculo trasplantado puede producir más de una función y movimiento en dos o más direcciones.
- b) Si usamos el nervio facial como donante la sonrisa conseguida será espontánea.
- c) Una de las ventajas del músculo gracilis es que puede ser escindido longitudinalmente y usar entre el 30% y 70% de su grosor según necesidades.
- d) Tras el trasplante podemos ver inicio de movimiento a partir del 6º mes.

CONVOCATORIA PARA LA PROVISIÓN, MEDIANTE CONCURSO-OPOSICIÓN DE 3 PUESTOS DE TRABAJO DE FACULTATIVO DE CIRUGÍA PLÁSTICA

RESPUESTAS CORRECTAS PRIMERA PRUEBA

1.- C	41.- B
2.- B	42.- C
3.- A	43.- A
4.- C	44.- C
5.- A	45.- B
6.- B	46.- D
7.- A	47.- C
8.- C	48.- A
9.- D	49.- B
10.- B	50.- D
11.- C	51.- A
12.- D	52.- A
13.- A	53.- C
14.- D	54.- D
15.- D	55.- B
16.- B	56.- A
17.- C	57.- B
18.- A	58.- A
19.- D	59.- D
20.- A	60.- B
21.- B	
22.- D	RESERVA
23.- B	1.- B
24.- A	2.- B
25.- D	3.- B
26.- D	4.- D
27.- B	5.- C
28.- A	6.- A
29.- D	
30.- A	
31.- C	
32.- B	
33.- B	
34.- C	
35.- A	
36.- C	
37.- B	
38.- D	
39.- C	
40.- B	

CASOS CLÍNICOS

CASO 1

Linfoma anaplásico de células gigantes, asociado a prótesis mamarias

Paciente mujer de 46 años, sana, intervenida hace 8 años de mamoplastia de aumento bilateral.

Presentó condritis postquirúrgica derecha resuelta mediante tratamiento antibiótico y AINE´s con buena evolución hasta hace 2 meses, en que, tras traumatismo leve según relata la paciente, sufrió aumento de volumen con dolor y fiebre asociado en mama izquierda, que no mejora tras toma de antibiótico de amplio espectro y AINE´s.

1. Establezca el dx diferencial
2. ¿Qué exploraciones complementarias le parecen pertinentes?
3. ¿Cuál sería el manejo terapéutico?

CASO 2

Angiosarcoma sobre linfedema crónico (Sd de Stewart-Treves)

Mujer de 71 años, dislipemia, tiroidectomía por bocio multinodular no tóxico en tratamiento substitutivo con levotiroxina, linfedema de extremidad superior derecha, secundario a carcinoma de mama tratado mediante tumorectomía y linfadenectomía con tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia hace 9 años.

Es remitida a nuestra consulta por presentar sobre la zona de linfedema crónico unas lesiones en cara anterior de brazo derecho de 15 días de evolución que inicialmente eran máculas eritemato-purpúricas y que se transformaron en placas y, finalmente, dieron lugar a un tumor de 16x6 cm.

Además, presentó lesiones eritematovioláceas, de reciente aparición, de 1 cm de diámetro en los cuadrantes externos de mama derecha.

Los resultados histopatológicos, tanto de la lesión del brazo, como los de la mama mostraron hendiduras entre los haces de colágeno delineados por células endoteliales fusiformes y epitelioides, hiper cromáticas y atípicas. También fueron positivos el CD34, el CD31 y el factor VIII, por técnicas inmunohistoquímicas.

1. Establezca el dx más probable
2. ¿Cuál es su propuesta para el tratamiento integral de esta paciente?
3. ¿Qué evolución y pronóstico se contempla en este caso?
4. ¿Qué medidas de prevención serían adecuadas?



Caso 3

Reconstrucción cuello

Paciente de 67 años con antecedente de laringotomía total en campo estrecho, hace 6 años, por carcinoma sarcomatoide de cricoides con márgenes quirúrgicos libres, sin invasión vasculo-linfática ni perineural.

Dos años más tarde se aprecia recidiva loco-regional cervical subsidiaria de tratamiento radio-quimioterápico que concluyó en Julio del mismo año, observándose una disminución de sólo el 50% de la masa mediante PET/CT.

Se programa cirugía de rescate quirúrgico, realizándose faringuectomía total desde la base de lengua hasta el esófago cervical, y lateral hasta las carótidas internas.

Se realizó un intento reconstructivo con un colgajo anterolateral de muslo. Microanastomosis vasculares TT a la arteria carótida externa derecha y la vena, al tronco tirolinguofacial derecho. Al 4º día postoperatorio se produce sangrado en cuello que obliga a revisión quirúrgica, encontrándose trombosis de la arteria carótida externa proximal a la anastomosis, el colgajo totalmente desvitalizado se retira.

En la fotografía a los 4 meses, podemos apreciar un faringostoma desde la base de la lengua hasta la entrada del esófago a la altura del traqueostoma sin piel anterior, con cuello pétreo, ligadura de la carótida interna izquierda y carótida interna derecha, con piel re-epitelizada por encima. Espacio paravertebral también re-epitelizado.

1. Qué estudios pertinentes de imagen u otros pueden requerirse.
2. Describa la planificación preoperatoria de la zona receptora y sus prioridades funcionales.
3. Describa las opciones reconstructivas más indicadas, y por cual se inclinaría.

