

## **Examen del concurs oposició per optar a places de la categoria facultatiu / facultativa especialista d'àrea de cirurgia general i de l'aparell digestiu del Servei de Salut de les Illes Balears**

### Observacions:

- Aquest examen consta de **set (7) qüestionaris** corresponents a set temes o casos clínics diferents d'aquesta especialitat.
- Cada qüestionari està identificat amb un número i una breu descripció sobre el cas o la matèria de què tracta, i seguidament hi ha **24 preguntes** de tipus test, numerades de l'1 al 24.
- **Heu de respondre les 24 preguntes de tres (3) dels set temes o casos.** Les quatre darreres preguntes (núm. 21-24) de cada tema són de reserva per si alguna de les altres (1-20) resulta impugnada.
- Per a cada pregunta només hi ha una resposta correcta d'entre les quatre possibles.
- Cada resposta correcta es valora amb 1 punt, de manera que la valoració total de l'examen és de 60 punts (20 preguntes × 3 temes). És necessari respondre les preguntes de reserva, encara que en principi només es puntuaran les preguntes 1-20. Cada resposta errònia es penalitza amb una quarta part del valor d'una de correcta. Les respostes en blanc i les que contenguin més d'una alternativa marcada no es valoren.
- Les pàgines de cada quadern estan numerades; comprovau-ne el contingut fins a la darrera pàgina. Si detectau alguna anomalia en la impressió d'algun dels quaderns, demanau que us el canviïn.
- **Heu de senyalar les respostes en el full òptic que us han entregat. Llegiu molt atentament les instruccions que hi figuren.**
- El temps per completar la prova és de **120 minuts, inclòs el temps per senyalar les respostes en el full òptic.**
- Podeu utilitzar els qüestionaris com a esborrany. Una vegada acabada la prova, us els podeu endur.

### Advertiments:

- No podeu llegir cap dels qüestionaris fins que no us ho indiquin.
- No faceu en el full òptic cap tipus de marca ni signatura que pugui desvirtuar els principis d'igualtat, mèrit i capacitat.
- Únicament podeu emprar bolígraf negre o blau.
- No és permès emprar calculadora.
- Durant la prova no podeu dur damunt ni tenir a la taula cap aparell electrònic, ni tan sols apagat.
- Abans del començament de la prova, algun membre del tribunal o algun dels seus col·laboradors haurà explicat les instruccions que heu de seguir. Si no heu entès alguna d'aquestes instruccions, demanau-li que us l'aclareixi.
- El fet de concórrer a aquesta prova suposa acceptar aquestes instruccions, sense detriment del dret a interposar-hi una reclamació o un recurs.
- Incomplir qualsevol d'aquests advertiments pot suposar l'exclusió de la prova.







## Cas 1. Patologia quirúrgica de l'àrea hepaticobiliar i pancreàtica

1. **Quin és el plantejament més adequat després d'identificar una estenosi biliar tardana posterior a una colecistectomia?**
  - a) Resecció quirúrgica del segment biliar afectat i reconstrucció amb hepaticojejunostomia terminoterminal en Y de Roux-en-Y.
  - b) Colangiopancreaticografia retrògrada endoscòpica (CPRE) amb esfinterotomia i col·locació d'stent al conducte pancreàtic.
  - c) Col·locació d'un catèter transhepàtic per a descompressió biliar.
  - d) Col·locació quirúrgica d'un tub en T al lloc de la via biliar.
  
2. **Què inclou el tractament adequat per a una lesió neoplàsica de la vesícula biliar que afecta la làmina pròpia?**
  - a) Colecistectomia seguida de quimioteràpia adjuvant.
  - b) Quimioradioteràpia neoadjuvant seguida de resecció quirúrgica.
  - c) Resecció hepàtica segmentària central (segments IV-V) i limfadenectomia hilar.
  - d) Colecistectomia tota sola.
  
3. **Quina d'aquestes determinacions no s'empra en les següents escales de qualificació per a pacients amb malaltia hepàtica?**
  - a) Bilirubina en Child-Turcotte-Pugh (CTP).
  - b) Albúmina en *model for end-stage liver disease* (MELD).
  - c) Creatinina sèrica en *model for end-stage liver disease* (MELD).
  - d) INR en Child-Turcotte-Pugh (CTP).

- 4. Segons els criteris estàndards de Milà, quin dels pacients següents amb hepatocarcinoma és candidat a un trasplantament hepàtic?**
- a) Una lesió de 4,5 cm al segment VI amb invasió de la vena porta dreta.
  - b) Tres lesions disseminades per tot el fetge, la més grossa de les quals fa 2,5 cm.
  - c) Lesió única de 5,5 cm al segment II.
  - d) Tres lesions, confinades al lòbul dret, la més grossa de les quals fa 3,8 cm.
- 5. Senyalau quina de les respostes següents no és un criteri de fallida orgànica en el context de la pancreatitis aguda:**
- a) Febre superior a 38 °C.
  - b) Ràtio PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> inferior a 300.
  - c) Creatinina sèrica superior a 1,9 mg/dl.
  - d) Pressió arterial sistòlica inferior a 90 mmHg, sense resposta a la infusió de fluids per la via intravenosa.
- 6. Senyalau l'afirmació falsa sobre la pancreatitis necrosant:**
- a) El tractament quirúrgic s'ha de retardar, si és possible, fins a la quarta setmana a fi que es delimitin les àrees necròtiques.
  - b) S'aconseja plantejar un abordatge escalonat de menor a major invasivitat.
  - c) Cal iniciar una profilaxi antibiòtica precoç en tots els pacients per evitar la sobreinfecció del teixit necròtic.
  - d) Presenta una corba de mortalitat bimodal amb una fase precoç (primers catorze dies) i una fase tardana (passades quatre setmanes).



7. **Plantejau-vos el cas d'un pacient de 56 anys sense antecedents d'interès, excepte cirrosi hepàtica causada pel virus de l'hepatitis C, de grau A en l'escala Child-Pugh, que presenta una única lesió de 2,5 cm, hipodensa, que torna hiperdensa en relació amb el parènquima hepàtic en la fase tardana. Senyalau l'afirmació correcta:**
- a) Hi està indicada la resecció quirúrgica.
  - b) És obligatori fer una biòpsia de la lesió abans de plantejar qualsevol actitud terapèutica.
  - c) Segons l'algorisme del Barcelona Clinic Liver Cancer (BCLC), el trasplantament hepàtic és el tractament més adequat si la pressió portal i la bilirubina estan elevades.
  - d) Atès que no compleix els criteris de Milà, cal descartar l'opció del trasplantament hepàtic.
8. **Senyalau l'afirmació incorrecta en relació amb les metàstasis hepàtiques d'origen colorectal:**
- a) Clàssicament, es considerava que el 50 % de les metàstasis hepàtiques d'origen colorectal eren irreseccables, el 35 % eren potencialment resecables i només el 15 % eren inicialment resecables.
  - b) És preferible esperar de sis a vuit setmanes per fer la intervenció quirúrgica de les metàstasis hepàtiques si s'han utilitzat agents antiangiògens en l'estratègia de neoadjuvència.
  - c) L'embolització portal percutània com a estratègia oncoquirúrgica de les metàstasis hepàtiques produeix atròfia relativa del fetge embolitzat i hipertròfia compensadora del fetge romanent en 4-8 setmanes.
  - d) La toxicitat hepàtica associada a l'irinotecan produeix congestió sinusoidal i hiperplàsia nodular regenerativa (*blue liver*), i l'associada a l'oxaliplatí produeix esteatohepatitis (*yellow liver*).

- 9. Senyalau l’afirmació incorrecta en relació amb els abscessos hepàtics:**
- Els abscessos hepàtics piogènics solen ser causats per gèrmens com ara *Escherichia coli*, *Klebsiella sp*, *Bacteroides sp* o *Enterococcus sp*, i generalment són secundaris a problemes biliars; habitualment requereixen drenatge percutani i antibioteràpia.
  - Els abscessos amèbics generalment causats per *Echinococcus granulosus* s’han de tractar amb metronidazole i un agent intraluminal, com la paromomicina.
  - Els abscessos hepàtics es localitzen habitualment a la part dreta del fetge (80 %) i solen ser únics (70 %), encara que poden ser múltiples, especialment els d’origen biliar.
  - Les complicacions infreqüents però greus dels abscessos hepàtics inclouen la fístula hepatobronquial, la trombosi portal, l’oclusió de les venes hepàtica o cava i el trencament a pericardi.
- 10. Senyalau l’afirmació incorrecta en relació amb els quists del colèdoc:**
- El tipus I de la classificació de Todani és el més freqüent (80 %) i correspon a la dilatació sacular del conducte biliar comú.
  - El tipus V de la classificació de Todani requereix un trasplantament hepàtic en els casos difusos o d’insuficiència hepàtica.
  - El tipus IV de la classificació de Todani (o coledococèle) s’origina a la porció intraduodenal del ducte biliar.
  - El tipus II de la classificació de Todani es defineix com un diverticle aïllat.
- 11. Quin és el plantejament més adequat del cas d’una dona de 55 anys asimptomàtica a qui es diagnostica de manera casual un pòlip vesicular de 8 mm?**
- Ecografia de control cada sis mesos durant un any i després anualment només si el pòlip és estable.
  - Colecistectomia laparoscòpica de manera preferent, atesa la mida del pòlip.
  - Colangiografia per ressonància magnètica de manera preferent abans de plantejar la cirurgia.
  - Ecografia de control cada tres mesos durant un any i després cada sis mesos només si el pòlip és estable.

- 12. Senyalau l'afirmació incorrecta en relació amb l'hepatocarcinoma i les indicacions per al trasplantament hepàtic:**
- a) És la segona indicació de trasplantament hepàtic en la majoria dels països (també a Espanya).
  - b) Els criteris de Milà són l'estàndard de referència per indicar un trasplantament hepàtic.
  - c) Amb els criteris expandits per a trasplantament i amb les teràpies locoregionals dirigides a aconseguir *downstaging*, després del trasplantament s'obtenen resultats excel·lents en termes de supervivència i supervivència sense recurrència.
  - d) La Societat Espanyola de Trasplantament Hepàtic no considera encara els criteris *up-to-seven* com a criteri d'expansió per al trasplantament hepàtic fora dels criteris de Milà.
- 13. Quina de les respostes següents és la indicació més freqüent de tractament quirúrgic en pacients amb pancreatitis crònica?**
- a) Esteatorrea.
  - b) Presència d'un pseudoquist de pàncrees.
  - c) Dolor refractari als analgèsics.
  - d) Icterícia.
- 14. En relació amb els tumors papiHars mucinosos intraductals (TPMI) de branca secundària, senyalau quin criteri no és una indicació per al tractament quirúrgic:**
- a) Lesió quística del cap del pàncrees amb icterícia.
  - b) Presència d'un nòdul mural de més de 5 mm.
  - c) Lesió quística de més de 10 mm.
  - d) Dilatació del conducte de Wirsung de 10 mm o més.
- 15. Quina de les respostes següents no és un criteri de tumor *border-line* resecable en el càncer de pàncrees?**
- a) Contacte del tumor amb la vena cava.
  - b) Contacte del tumor amb l'artèria mesentèrica superior en menys de 180° de la circumferència.
  - c) Contacte amb irregularitat de l'eix mesentèric/porta en menys de 180° de la circumferència.
  - d) Contacte del tumor amb el tronc celíac en més de 180° de la circumferència.

- 16. La hipertensió portal clínicament significativa és evident quan...**
- ...la pressió venosa hepàtica enclavada supera els 10 mmHg.
  - ...la pressió venosa hepàtica lliure supera els 20 mmHg.
  - ...el gradient de pressió venosa hepàtica supera els 10 mmHg.
  - ...el gradient de pressió venosa hepàtica supera els 20 mmHg.
- 17. Quina de les respostes següents es considera un determinant principal de la idoneïtat per la resecció quan s'avalua un pacient amb metàstasis hepàtiques colorectals *border line* resecables?**
- Nombre i mida dels tumors metastàtics.
  - Volum previst de romanent hepàtic.
  - Aparició sincrònica de les metàstasis o metacròniques en menys d'un any des del diagnòstic del tumor primari.
  - Resposta a la quimioteràpia neoadjuvant o de conversió prèvia.
- 18. Quina estructura anatòmica serveix de referència en la cirurgia hepàtica per localitzar el pedicle portal esquerre?**
- El solc de Rouviere.
  - La placa hilar.
  - El lligament d'Aranzi.
  - El recés de Rex.
- 19. Senyalau l'afirmació incorrecta en relació amb les metàstasis hepàtiques sincròniques d'origen colorectal:**
- En els casos de tumor primari asimptomàtic i metàstasis resecables cal considerar la quimioteràpia neoadjuvant per als pacients amb més càrrega tumoral, seguida de la cirurgia seqüencial o simultània.
  - La concurrència d'una malaltia extrahepàtica (pulmonar, peritoneal o ganglionar) es considera una contraindicació per la resecció hepàtica amb intenció curativa.
  - En els casos de tumor primari asimptomàtic i metàstasis irresecables cal valorar la quimioteràpia de conversió i, si la malaltia hepàtica torna resecable, dur a terme primer la cirurgia hepàtica (*liver first* o teràpia inversa) i després la colorectal.
  - Si el tumor primari és simptomàtic en forma de sangia i les metàstasis són irresecables, la quimioteràpia d'inducció és una estratègia acceptable en aquest escenari.

**20. Senyalau l'afirmació incorrecta en relació amb el càncer periampuHar:**

- a) Aquests tumors es classifiquen en resecables, *border-line* i localment avançats.
- b) La infiltració de l'eix mesentericoportal pel tumor constitueix una contraindicació per a la resecció quirúrgica.
- c) Aproximadament el 20 % dels pacients presenten metàstasis hepàtiques en el moment del diagnòstic.
- d) L'esquema oncològic FOLFIRINOX es considera la primera línia de quimioteràpia adjuvant.

**Preguntes de reserva**

---

**21. Senyalau en quin dels casos següents no és correcte plantejar el tractament quirúrgic en una pancreatitis necrosant:**

- a) Necrosi infectada no controlada amb tractament quirúrgic.
- b) Necrosi estèril amb mal buidatge gàstric superior a vuit setmanes.
- c) Necrosi estèril amb ili paralític persistent més de vuit setmanes.
- d) Febre superior a 38 °C durant més d'una setmana.

**22. En relació amb la pancreatitis aguda biliar, quina de les respostes següents no és un criteri de Ranson al cap de 24 hores de l'inici dels símptomes?**

- a) Leucocitosi superior a 16.000/mm<sup>3</sup>.
- b) Glucèmia superior a 200 mg/dl.
- c) Nitrogen ureic (BUN) superior a 5 mg/dl.
- d) Lactat-deshidrogenasa (LDH) superior a 350 UI/L.

**23. Senyalau la resposta correcta en relació amb el colangiocarcinoma:**

- a) El colangiocarcinoma de tipus *mass-forming* és el menys freqüent entre els colangiocarcinomes intrahepàtics.
- b) Entre els tipus histològics més freqüents hi ha el de tipus nodular, el tipus de escirre, el difusament infiltrant i el sèric.
- c) El colangiocarcinoma que s'origina en un quist de colèdoc és sovint *mass-forming* i se sol associar amb un pronòstic més bo.
- d) El tipus periductal-infiltrant és més comú en el colangiocarcinoma perihilar.



GOIB  
/

**24. Senyalau l'afirmació correcta sobre els quists hidatídics hepàtics segons la classificació de l'Organització Mundial de la Salut:**

- a) Els quists considerats actius són els quists denominats CE1, CE2 i CE3 en aquesta classificació.
- b) Els quists CE2 són quists uniloculars anecoics que contenen arena hidatídica i paret identificable.
- c) Els quists CE4 són quists considerats inactius heterogenis, hipoeoics o hiperecoics, sense vesícules filles.
- d) Hi ha consens internacional sobre l'abordatge dels pacients amb quists hidatídics asimptomàtics que inclou quatre opcions de tractament: observació, tractament mèdic, punció-aspiració-injecció-reaspiració (PAIR) i cirurgia.



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS  
/



## Cas 2. Cirurgia colorectal

- 1. Un dels següents fàrmacs utilitzats en el tractament de la malaltia de Crohn, tant luminal com fistulitzant, no s'ha d'utilitzar com a tractament de manteniment. Senyalau-lo:**
  - a) Metotrexat.
  - b) Budesonida.
  - c) Azatioprina.
  - d) Ustekinumab.
  
- 2. Senyalau l'afirmació falsa sobre la recurrència de la malaltia de Crohn després de la intervenció quirúrgica:**
  - a) La recurrència té lloc tant a la zona proximal com a la distal a l'anastomosi.
  - b) La presència de marges microscòpicament afectes a la peça de resecció no influeix en les xifres de recurrència.
  - c) L'únic factor que realment ha demostrat relació amb l'aparició de la recurrència és el tabaquisme.
  - d) Els pacients amb malaltia estenosant tenen menys probabilitats de recurrència que els intervinguts a causa d'una complicació fistulosa.
  
- 3. Durant una intervenció per malaltia de Crohn ileocecal s'explora la resta de l'intestí prim i s'hi aprecien diverses zones curtes (de 6-8 cm de longitud) que possiblement estan afectades per la malaltia. Si es calibren aquestes àrees, quin diàmetre és el límit per haver de fer una estricturoplàstia?**
  - a) Menys de 0,5 cm.
  - b) Menys d'1,5 cm.
  - c) Menys de 2,5 cm.
  - d) Menys de 3,5 cm.

- 4. Senyalau l'afirmació falsa sobre el quadre de colitis ulcerosa aguda greu (ASUC):**
- a) S'esdevé entre el 15 % i el 25 % dels pacients amb colitis ulcerosa en algun moment de la malaltia.
  - b) És freqüent que s'esdevingui durant el primer brot de la malaltia.
  - c) Es pot complicar amb el desenvolupament d'un megacòlon tòxic fins en el 50 % dels casos.
  - d) La incidència ha disminuït gràcies als tractaments mèdics actuals, que són més efectius.
- 5. Senyalau l'afirmació falsa sobre la cirurgia urgent en els pacients amb colitis ulcerosa aguda greu (ASUC):**
- a) Cal evitar la dissecció pelviana per minimitzar la morbiditat i facilitar la cirurgia de reconstrucció posterior.
  - b) L'abordatge laparoscòpic és una opció segura, que facilita la cirurgia de reconstrucció posterior.
  - c) La secció de l'ili terminal ha de ser al més propera al cec, per a un possible reservori ileoanal posterior.
  - d) Es recomana la secció del mesocòlon en l'arrel dels vasos per disminuir el risc de perforació del còlon.
- 6. El tipus de tronc gastrocòlic de Henle més freqüent està format per les venes...**
- a) ...còlica dreta mitjana, gastroepiploica dreta i pancreatoduodenal anterosuperior.
  - b) ...còlica dreta superior, còlica mitjana i gastroepiploica dreta.
  - c) ...còlica dreta superior, gastroepiploica dreta i pancreatoduodenal anterosuperior.
  - d) ...còlica mitjana, gastroepiploica dreta i pancreatoduodenal anterosuperior.
- 7. Un valor de 18 en l'escala de Jorge-Wexner indica que el pacient sofreix incontinència:**
- a) A gasos.
  - b) Té urgència.
  - c) Lleu.
  - d) Greu.

- 8. Senyalau l'afirmació falsa respecte de l'anatomia quirúrgica aplicada a la limfadenectomia D3 en l'hemicolectomia dreta:**
- a) El tronc quirúrgic de Guillot correspon al teixit limfogràs situat sobre els vasos ileocòlics.
  - b) Els límits del tronc quirúrgic de Guillot són la desembocadura de la vena ilecòlica i el tronc gastrocòlic de Henle a la vena mesentèrica superior.
  - c) S'ha proposat la presència de la vena còlica dreta superior a la peça quirúrgica com a criteri anatomopatològic de limfadenectomia D3 en l'hemicolectomia dreta.
  - d) S'ha proposat la presència del tronc quirúrgic de Guillot a la peça quirúrgica com a criteri anatomopatològic de limfadenectomia D3 en l'hemicolectomia dreta.
- 9. Senyalau l'afirmació falsa respecte dels arcs vasculars de l'angle esplènic:**
- a) L'artèria de Moskowitz està present en l'11 % dels casos.
  - b) L'arcada de Rioloano està present en el 100 % dels casos.
  - c) El coneixement de les arcades vasculars de l'angle esplènic és important abans de l'abordatge medial d'alliberament de l'angle esplènic.
  - d) L'artèria de Moskowitz està situada just per damunt de la vora inferior del pàncrees.
- 10. Què indicàrieu en el cas d'una pacient de 60 anys amb defecte de l'esfínter anal extern (separació d'extrems de 100°) que ha complert el tractament mèdic i la rehabilitació esfinteriana però que ha obtingut una millorança discreta?**
- a) Repetir la tanda de rehabilitació i augmentar la dosi de loperamida.
  - b) Estimulació tibial posterior.
  - c) Augmentadors de volum.
  - d) Esfinteroplàstia de l'esfínter extern.
- 11. Per a què s'empra l'anoplàstia de Corman?**
- a) Per tractar estenosis anals greus.
  - b) Per fer una anastomosi coloanal amb reservori.
  - c) Per tractar el rectocele associat a la incontinença fecal.
  - d) Per als casos d'incontinença fecal en els quals hi hagi una cloaca comuna anovaginal.

- 12. Quina de les respostes següents és una contraindicació de la neuromodulació d'arrels sacres?**
- a) Incontinència en pacients amb lesió medullar.
  - b) Incontinència després de la reparació d'un prolapse rectal.
  - c) Incontinència en els pacients amb defecte esfinterià anal inferior a 40° de separació de caps.
  - d) Incontinència després de la resecció anterior del recte.
- 13. Quina de les respostes següents no està associada a la via serrada de la carcinogènesi?**
- a) Mutació del protooncogèn BRAF.
  - b) Inestabilitat de microsatèl·lits.
  - c) Mutació APC i p53.
  - d) Via de senyalització de la proteïna-cinasa activada per MAPK.
- 14. Quina tècnica és recomanable per primera vegada per tractar una fístula anovaginal o rectovaginal causada per malaltia de Crohn sense proctitis?**
- a) Cèl·lules mare.
  - b) Fistulotomia.
  - c) Penjall vaginal o rectal.
  - d) Interposició del múscul gràcil.
- 15. Quina és la tècnica quirúrgica indicada en el tractament del càncer d'angle hepàtic?**
- a) Hemicolectomia dreta ampliada amb lligadura de vasos ileocòlics.
  - b) Hemicolectomia dreta ampliada amb lligadura de vasos ileocòlics i còlica dreta.
  - c) Hemicolectomia dreta ampliada amb lligadura de vasos ileocòlics, còlica dreta i branca dreta dels vasos còlics mitjans.
  - d) Hemicolectomia dreta amb resecció de vasos a la demanda.



- 16. Plantejau-vos el cas d'un pacient de 60 anys, ARA II, amb càncer de recte a 12 cm del marge anal, estadificat com a cT3a N0 N1 (intramesorectal), amb fàscia mesorectal lliure i sense EMVI. Quina és l'estratègia terapèutica més adequada?**
- a) Radioteràpia neoadjuvant de cicle curt i escissió total del mesorecte.
  - b) Escissió total del mesorecte sense cap tipus de neoadjuvència.
  - c) Quimioradioteràpia neoadjuvant i escissió total del mesorecte.
  - d) Escissió subtotal del mesorecte sense cap tipus de neoadjuvència.
- 17. Plantejau-vos el cas d'un pacient de 80 anys, ARA II, amb un tumor a 2 cm del marge anal, estadificat com a càncer del recte sense afectació del teòric marge circumferencial (cT2N0). Si rebutja l'opció de preservar l'òrgan (*watch and wait*), quina de les següents estratègies terapèutiques és la més adequada?**
- a) Radioteràpia neoadjuvant de cicle curt i escissió total del mesorecte.
  - b) Amputació abdominoperineal sense cap tipus de neoadjuvència.
  - c) Quimioradioteràpia neoadjuvant de cicle llarg i escissió total del mesorecte amb anastomosis coloanal.
  - d) Escissió local transanal amb TEO/TAMIS.
- 18. Hi ha uns criteris reconeguts de risc de recidiva local després de l'escissió local. Quina de les respostes següents no és un d'aquests criteris?**
- a) La infiltració de la submucosa de grau SM1.
  - b) La infiltració limfovascular.
  - c) La presència de gemmació (*budding*) tumoral.
  - d) La presència d'un grau IV de la classificació de Haggit.
- 19. Senyalau l'afirmació incorrecta sobre l'escissió local dels tumors cT1N0:**
- a) Les recidives locals són les mateixes que en l'escissió total del mesorecte.
  - b) Els tumors del terç inferior es poden ressecar adequadament per la via transanal amb l'instrumental adequat.
  - c) Els resultats són més bons amb plataformes TEM/TEO/TAMIS que amb la cirurgia convencional per la via transanal.
  - d) A la cara anterior hi ha més risc de perforació iatrogènica.

**20. Quina de les següents condicions clíniques no és recomanable per indicar l'exèresi local d'un càncer del recte amb intenció curativa?**

- a) Que sigui del terç superior situat a la cara posterior.
- b) Que el tumor sigui considerat uT1 (SM3) per mitjà d'una ecografia endorectal.
- c) Que el tumor sigui moderadament diferenciat.
- d) Que el tumor sigui de diàmetre inferior a 2,5 cm i de predomini vegetant.

#### **Preguntes de reserva**

---

**21. Senyalau l'afirmació falsa en relació amb la tècnica de l'escissió total del mesorecte:**

- a) L'eficàcia és inqüestionable, com s'ha demostrat en assaigs aleatoritzats, en què s'ha comparat amb la resecció rectal convencional.
- b) Va ser popularitzada per Heald i s'ha estès com el paradigma de la cirurgia curativa del càncer del recte localment avançat.
- c) S'avalua per mitjà de la qualitat del mesorecte i l'estat del marge de resecció circumferencial segons els postulats del patòleg Quirke.
- d) Al terç superior del recte, oncològicament pot ser suficient l'escissió subtotal del mesorecte.

**22. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la síndrome de resecció anterior:**

- a) Pot cursar amb cert grau d'incontinència fecal.
- b) Es caracteritza pel restrenyiment de tipus inèrcia còlica.
- c) Es caracteritza per l'increment del nombre de deposicions i la fragmentació de la femta.
- d) La síndrome es presenta en el 70-90 % dels casos operats, però sol millorar al llarg del primer any.



- 23. Senyalau l'afirmació correcta sobre l'ús intraoperatori de verd d'indocianina i imatge ICG amb fluorescència aplicat a la valoració de les anastomosis colorectals:**
- a) És un mètode que quantifica la perfusió intestinal anastomòtica.
  - b) És un mètode que s'ha d'aplicar sempre per valorar la perfusió anastomòtica.
  - c) És un mètode qualitatiu que valora la perfusió intestinal anastomòtica.
  - d) És un mètode que pot predir amb molta fiabilitat la fuita anastomòtica.
- 24. En el cas d'un prolapse del recte amb restrenyiment greu, quina intervenció quirúrgica és la més adequada?**
- a) Alliberament complet rectal per rectopèxia anterior.
  - b) Operació de Delorme amb levartoplàstia posterior.
  - c) Rectopèxia ventral laparoscòpica.
  - d) Operació de Frickman-Goldberg.



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS  
/



### **Cas 3. Cirurgia esofagogàstica**

- 1. Plantejau-vos el cas d'un pacient de 55 anys amb antecedent d'enolisme crònic que acudeix a la consulta a causa d'una disfàgia progressiva de dos mesos d'evolució. Li fan una endoscòpia digestiva alta amb la qual s'evidencia una massa ulcerada parcialment estenosant al nivell de la unió gastroesofàgica i es prolonga 2 cm en sentit proximal. Quin és el diagnòstic més probable?**
  - a) Tumor esofàgic de tipus GIST.
  - b) Síndrome de Boerhaave.
  - c) Carcinoma esofàgic.
  - d) Esofagitis eosinofílica.
  
- 2. Quina és la varietat macroscòpica més freqüent en el càncer esofàgic?**
  - a) Ulcerada.
  - a) Infiltrant.
  - b) Polipoide o vegetant.
  - c) Linitis esofàgica.
  
- 3. A quina àrea es localitza més sovint el carcinoma escamós esofàgic?**
  - a) Al terç proximal.
  - b) Al terç mitjà.
  - c) Al terç distal.
  - d) A la unió gastroesofàgica.

4. **Quin dels factors següents afavoreix específicament l'aparició d'adenocarcinoma esofàgic?**
  - a) Esòfag de Barrett.
  - b) Tabaquisme.
  - c) Consum d'alcohol.
  - d) Dèficit nutricional.
  
5. **Segons l'estadificació de les neoplàsies de l'esòfag d'acord amb la 7a edició de la classificació TNM, ¿a quina «N» correspon un tumor que afecta de tres a sis ganglis?**
  - a) N1a.
  - b) N1b.
  - c) N2.
  - d) N3.
  
6. **Segons la classificació de Siewert, un tumor que es localitza des de la unió gastroesofàgica fins a 2 cm en sentit proximal es considera...**
  - a) ...Siewert 0.
  - b) ...Siewert I.
  - c) ...Siewert II.
  - d) ...Siewert III.
  
7. **En el cas d'un tumor amb afectació local T4b, ¿en quina de les situacions següents pot ser potencialment resecable?**
  - a) Infiltració aòrtica.
  - b) Infiltració traqueal.
  - c) Infiltració d'adenopaties a territori ganglionar a distància.
  - d) Infiltració de pericardi.
  
8. **En quin dels següents tumors d'esòfag no es considera generalment la resecció quirúrgica com a tractament de primera elecció?**
  - a) Tumor del terç proximal.
  - b) Tumor del terç mitjà.
  - c) Tumor del terç distal.
  - d) Tumor de la unió esofagogàstica.



- 9. Quina de les següents tècniques de resecció quirúrgica esofàgica consisteix en un abordatge triple (abdominal, toràctic i anastomosi cervical)?**
- a) Tècnica d'Orringer.
  - b) Tècnica de Pinotti.
  - c) Tècnica d'Ivor-Lewis.
  - d) Tècnica de McKeown.
- 10. En quina de les tècniques següents no es requereix una intubació selectiva i el col·lapse pulmonar dret?**
- a) Tècnica d'Orringer.
  - b) Tècnica d'Ivor-Lewis.
  - c) Tècnica d'Ivor-Lewis modificada.
  - d) Tècnica de McKeown.
- 11. En quin dels estadis següents és més útil la limfadenectomia i té més repercussió en la supervivència?**
- a) T1a.
  - b) T2.
  - c) T4a.
  - d) T4b.
- 12. A través de quin vas es vascularitza una gastroplàstia de reconstrucció després d'una resecció esofàgica?**
- a) Artèria gàstrica esquerra.
  - b) Artèria gastroepiploica esquerra.
  - c) Artèria gastroepiploica dreta.
  - d) Cap de les respostes anteriors és correcta.
- 13. En la resecció quirúrgica esofàgica, ¿a quina estació limfàtica corresponen els ganglis limfàtics subcarinals?**
- a) 7.
  - b) 9.
  - c) De 10 a 15.
  - d) De 2 a 5.

- 14. La resecció quirúrgica del mesoesòfag implica les estructures ganglionars, vasculars i nervioses que envolten l'esòfag. A quin nivell?**
- a) Des del hiat fins al càrdies.
  - b) Des de l'àpex toràcic fins al hiat.
  - c) Des de l'àpex toràcic fins a l'espai subcarinal.
  - d) Des de l'espai subcarinal fins al hiat.
- 15. Segons el consens internacional de registre de complicacions associades a l'esofagectomia, ¿a quin tipus correspon una fuita anastomòtica que requereix tractament intervencionista però no quirúrgic?**
- a) Tipus I.
  - b) Tipus II.
  - c) Tipus III.
  - d) Tipus IV.
- 16. Quina de les complicacions següents és més freqüent en el postoperatori d'una esofagectomia?**
- a) Complicacions respiratòries.
  - b) Fuita anastomòtica.
  - a) Quilotòrax.
  - b) Arrítmies.
- 17. L'estudi CROSS va avaluar la utilitat de la neoadjuvència seguida del tractament quirúrgic. Quina de les afirmacions següents no és correcta?**
- a) La supervivència global va ser més gran en el grup de neoadjuvència més cirurgia que en el grup de cirurgia tota sola.
  - b) Les taxes de resecció completa van ser més grans en el grup de neoadjuvència més cirurgia.
  - c) En el grup de neoadjuvència es van evidenciar taxes de toxicitat per radioquimioteràpia del 15 %.
  - d) En el grup de neoadjuvència es van evidenciar taxes de resposta patològica completa del 29 %.

- 18. Si un pacient no ha rebut tractament previ a la intervenció quirúrgica, ¿en quins casos es considera indicat el tractament adjuvant amb quimioradioteràpia?**
- a) Carcinoma epidermoide amb resecció R1.
  - b) Carcinoma epidermoide amb resecció R2.
  - c) Adenocarcinoma amb histologia pT2, amb factors histològics de risc associats.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 19. Contra quin tipus de càncer és més útil el tractament amb quimioradioteràpia radical com a tractament únic?**
- a) Carcinoma epidermoide de localització supracarinal.
  - b) Carcinoma epidermoide de localització infracarinal.
  - c) Adenocarcinoma de localització supracarinal.
  - d) Adenocarcinoma de localització infracarinal.
- 20. Quin és el tractament d'elecció contra un tumor amb estadificació cT1b cN0 M0?**
- a) Cirurgia resectiva d'inici.
  - b) Neoadjuvència seguida de tractament quirúrgic.
  - c) Tractament endoscòpic seguit de tractament adjuvant.
  - d) Neoadjuvència seguida de tractament endoscòpic.

#### **Preguntes de reserva**

---

- 21. Quin dels següents tractaments endoscòpics es considera més útil en el tractament paliatiu d'un càncer esofàgic irresecable?**
- a) Dilatació endoscòpica.
  - b) Injecció endoscòpica amb agents quimioteràpics.
  - c) Coagulació amb argó plasma.
  - d) Col·locació d'una pròtesi endoscòpica.



- 22. En el cas d'un càncer d'esòfag en el qual, per mitjà d'una ecoendoscòpia, es detecta una infiltració en la capa muscular de la mucosa, a quin estadi d'invasió local correspon, segons l'estadificació per ultrasonografia?**
- a) uT1.
  - b) uT2.
  - c) uT3.
  - d) uT4.
- 23. Senyalau l'afirmació falsa segons els criteris d'operabilitat per a la cirurgia del càncer d'esòfag:**
- a) Els pacients de més de vuitanta anys són descartats, perquè aquest tipus de cirurgia està contraindicat.
  - b) Els pacients amb cirrosi hepàtica (grau B en l'escala de Child-Pugh) poden presentar un risc quirúrgic inacceptable.
  - c) Els pacients amb deterioració de la funció respiratòria tenen un índex més alt de complicacions respiratòries.
  - d) Els pacients obesos tenen un índex més alt d'atelèctasis.
- 24. Segons el consens internacional de registre de complicacions associades a l'esofagectomia, ¿a quin tipus correspon una isquèmia de la plàstia gàstrica que requereix resecció i derivació esofàgica?**
- a) Tipus I.
  - b) Tipus II.
  - c) Tipus III.
  - d) Tipus IV.



#### **Cas 4. Cirurgia endocrina: pacient d'edat mitjancera amb una massa cervical**

- 1. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la possibilitat que l'origen de la massa de la pacient siguin nòduls tiroïdals:**
  - a) El 5-10 % de la població general pot presentar aquest tipus de nòdul.
  - b) En un estudi ecogràfic es poden identificar nòduls en la meitat de la població i tot.
  - c) La majoria d'aquests nòduls són benignes i asimptomàtics.
  - d) La forma de presentació varia si es tracta d'un nòdul benigne o d'un de maligne.
  
- 2. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la simptomatologia i els factors de risc dels nòduls tiroïdals:**
  - a) La majoria dels nòduls tiroïdals es diagnostiquen de manera incidental per mitjà de tècniques d'imatge sol·licitades per un altre motiu.
  - b) Aquests nòduls, malgrat ser palpables, sovint no causen més simptomatologia que la preocupació estètica.
  - c) L'exposició a radiacions ionitzants durant la infància i l'adolescència no augmenta el risc de patir càncer de tiroide.
  - d) El creixement explosiu, la paràlisi de les cordes vocals, la consistència pètria i l'absència de moviment amb la deglució són altament suggestius de malignitat.

- 3. Senyalau l'afirmació incorrecta en el cas de trobar un nòdul tiroïdal:**
- a) Cal avaluar sempre tres condicions: la funcionalitat, la simptomatologia i la presència de factors de risc de malignitat en la forma de presentació o en l'exploració física.
  - b) Cal fer una anamnesi i una exploració física adequades, sol·licitar la prova de l'hormona estimulant de la tiroide i una ecografia cervical.
  - c) Actualment es recomana fer una punció-aspiració amb agulla fina (PAAF) a tots els pacients amb nòduls tiroïdals, no només als que tinguin símptomes compressius, o si per mitjà d'una ecografia s'evidencien nòduls de més de 2 cm o amb factors de risc.
  - d) Per individualitzar el tractament de manera eficaç cal integrar la informació clínica, radiològica i citològica.
- 4. En el cas de detectar qualsevol massa cervical cal descartar que es tracti de goll multinodular. Senyalau quina de les respostes següents no és una característica del goll multinodular:**
- a) El factor determinant més important per al desenvolupament del goll multinodular és el dèficit de iode en la dieta.
  - b) Té lloc una proliferació de cèl·lules epitelials amb formació de fol·licles i increment del teixit intersticial i del col·loide, amb la formació de nòduls com a resultat final.
  - c) Es recomana una tomografia computada (TC) als pacients amb goll multinodular abans de fer-los una tiroidectomia total.
  - d) La prova inicial més útil en l'abordatge del goll multinodular és la determinació de la tirotropina (TSH) al plasma per valorar la funció tiroïdal.
- 5. Si aquesta pacient fos diagnosticada de goll multinodular, no seria una indicació clara de cirurgia...**
- a) ...l'hipotiroïdisme.
  - b) ...la sospita de malignitat.
  - c) ...la simptomatologia compressiva de la via aèria.
  - d) ...el goll intratoràctic simptomàtic.



- 6. Senyalau l'afirmació correcta sobre la cirurgia de l'adenoma de la paratiroide per mitjà de paratiroidectomia selectiva:**
- a) L'abordatge d'elecció per a la paratiroidectomia selectiva és la incisió central de Kocher.
  - b) El trencament de l'adenoma i/o l'extirpació parcial és la causa principal de recurrència/persistència en aquest tipus d'abordatge.
  - c) El descens de l'hormona paratiroidal (PTH) intraoperatòria després de l'extirpació d'un adenoma assegura l'absència d'un segon adenoma en una altra localització.
  - d) En l'abordatge selectiu, per assegurar una taxa d'èxit similar a la de l'exploració bilateral és suficient localitzar l'adenoma per mitjà d'una ecografia abans de l'operació.
- 7. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de les proves diagnòstiques d'imatge i citològiques del nòdul tiroïdal:**
- a) La millor tècnica radiològica per avaluar el nòdul tiroïdal és l'ecografia, per damunt de la tomografia computada (TC).
  - b) Les característiques ecogràfiques són molt específiques per als diferents tipus histològics de tumor.
  - c) En els nòduls purament quístics no es recomana fer una PAAF.
  - d) Per a l'avaluació citològica per mitjà d'una PAAF, la classificació de Bethesda és la més utilitzada.
- 8. Si, una vegada estudiada la massa cervical, s'hagués diagnosticat hipertiroïdisme a aquesta pacient, què caldria tenir en compte?**
- a) Les causes més freqüents són la malaltia de Graves, el goll multinodular i l'adenoma tòxic.
  - b) La malaltia de Graves és la causa més freqüent de tirotoxicosi i es pot desenvolupar a qualsevol edat, encara que sol afectar dones d'entre 20 i 40 anys.
  - c) Entre les manifestacions clíniques pot haver-hi la pèrdua de pes, la irritabilitat, el nerviosisme, la hiperhidrosi, la diarrea, el tremolor, la ginecomàstia, la taquicàrdia, la hipertensió arterial i fins i tot la insuficiència cardíaca.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.

- 9. Senyalau l'afirmació correcta sobre el càncer de tiroide:**
- a) És més freqüent entre les dones.
  - b) És més freqüent entre els homes, sobretot joves.
  - c) No s'associa a factors de risc.
  - d) El creixement ràpid d'un nòdul tiroïdal sempre indica malignitat.
- 10. Quina de les respostes següents no s'inclou en la classificació ecogràfica del nòdul tiroïdal TI-RADS (Thyroid Imaging Reporting and Data System)?**
- a) TI-RADS 1: tiroide normal; cap lesió focal.
  - b) TI-RADS 3: nòduls probablement benignes (menys del 5 % de risc de malignitat).
  - c) TI-RADS 5: nòduls probablement malignes (més del 50 % de risc de malignitat).
  - d) TI-RADS 6: malignitat ja detectada per mitjà d'una biòpsia o una punció.
- 11. Senyalau l'afirmació incorrecta sobre el carcinoma papil·lar de tiroide:**
- a) Representa prop del 90 % de les neoplàsies malignes de tiroide.
  - b) El microcarcinoma de tiroide fa referència al tumor l'extensió del qual no supera els 10 mm.
  - c) La taxa de recidiva és baixa, inferior al 2-5 % després de deu anys de seguiment.
  - d) Actualment té un pronòstic excel·lent, amb només un 2-4 % de mortalitat a més de vint anys vista.
- 12. Senyalau l'afirmació correcta respecte del carcinoma folicular de tiroide:**
- a) La morfologia és molt variable i, per tant, fàcilment distingible de les lesions benignes.
  - b) No es pot diagnosticar amb una citologia per mitjà d'una PAAF.
  - c) El tractament quirúrgic és la tiroidectomia total.
  - d) Continua essent controvertit fer un buidatge ganglionar profilàctic.

- 13. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de les situacions especials del carcinoma papil·lar de tiroide, com ara l'embaràs o la infància:**
- a) La incidència del carcinoma papil·lar de tiroide en la infància (0-18 anys) és freqüent.
  - b) El tractament del carcinoma papil·lar de tiroide en la infància ha de ser el menys agressiu possible, individualitzat i cal evitar el radi-iodo en els pacients de risc baix.
  - c) El tractament quirúrgic d'elecció per a les embarassades és el mateix que per a les no embarassades: tiroidectomia total amb limfadenectomia o sense.
  - d) Durant la gestació, encara que la regla general és intentar diferir el tractament quirúrgic, si cal aplicar-lo és preferible durant el segon trimestre.
- 14. Senyalau l'afirmació incorrecta sobre el carcinoma medu·llar de tiroide:**
- a) És un tumor que deriva de les cèl·lules parafol·liculars tiroïdals o cèl·lules C. Produeix calcitonina, que és un marcador sensible i específic per al diagnòstic i el seguiment.
  - b) El 75 % dels casos de carcinoma medu·llar de tiroide són familiars, en el context de síndromes MEN (neoplàsia endocrina múltiple).
  - c) En tots els casos de carcinoma medu·llar de tiroide suposadament esporàdic cal fer un estudi genètic per descartar-ne l'origen familiar.
  - d) Dins de les síndromes MEN 2, el carcinoma medu·llar de tiroide s'inclou en la síndrome MEN 2A, juntament amb el feocromocitoma i l'hiperparatiroïdisme.

- 15. En el cas d'una síndrome MEN 2 A, quina de les afirmacions següents respecte del feocromocitoma és incorrecta?**
- a) El desenvolupament de la feocromocitoma (50 % dels casos) va precedir d'hiperplàsia de la medulla adrenal. Sol ser bilateral, encara que no necessàriament sincrònic, i és més freqüent en els casos de mutació en el codó 634.
  - b) Es diagnostica per mitjà de la determinació de les catecolamines i de les metanefrines (totals i fraccionades) a l'orina de 24 hores. S'ha de fer anualment des de la pubertat o a partir de l'edat d'aparició més primerenca a la família.
  - c) L'adrenalectomia es fa després de la cirurgia tiroïdal en cas de diagnòstic sincrònic amb el carcinoma medullar de tiroide i exclusivament de la glàndula afectada.
  - d) L'abordatge estàndard és laparoscòpic o retroperitoneoscòpic i la tècnica d'adrenalectomia, total. Es pot fer també una adrenalectomia subtotal en lloc de la total, però els resultats són molt variables.
- 16. Senyalau l'afirmació incorrecta sobre els següents tipus de tumor tiroïdal:**
- a) El diagnòstic genètic dels casos familiars de carcinoma medullar de tiroide permet diagnosticar-lo i tractar-lo de manera precoç per mitjà d'una tiroidectomia total.
  - b) La mutació del gen RET està present en gairebé tots els pacients amb carcinoma anaplàsic.
  - c) Encara que entre el carcinoma pobrament diferenciat i l'anaplàsic no suposin més del 5 % dels casos de carcinoma tiroïdal, són responsables del 80 % de les morts.
  - d) En el cas del limfoma tiroïdal, la cirurgia té un paper secundari: el tractament es basa en quimioteràpia i radioteràpia.

- 17. En el cas del carcinoma papil·lar de tiroide recidivat, el pronòstic empitjora de manera significativa. Senyalau l’afirmació incorrecta:**
- a) El carcinoma papil·lar de tiroide presenta un percentatge relativament alt de recidives, que oscil·la —segons les sèries— entre el 5 % i el 30 % dels casos.
  - b) El diagnòstic precoç, la planificació adequada i una gran experiència de tot l’equip són els pilars del tractament en aquests pacients.
  - c) La majoria de les recidives es produeixen en els primers deu anys després del tractament inicial.
  - d) En cas de recidiva amb estudis d’imatge positius, bé sobre el llit tiroidal o sobre adenopaties, la teràpia amb I-131 és el tractament d’elecció.
- 18. Senyalau l’afirmació incorrecta sobre les indicacions actuals de la limfadenectomia central i lateral:**
- a) La limfadenectomia del compartiment central està indicada a tots els pacients amb carcinoma papil·lar de tiroide i sospita radiològica o clínica d’invasió ganglionar.
  - b) Hi ha consens en múltiples guies clíniques sobre les indicacions i l’extensió de la limfadenectomia profilàctica del compartiment central.
  - c) La indicació de la limfadenectomia laterocervical continua essent l’afectació clínica o radiològica.
  - d) No s’ha establert el paper del gangli sentinella per guiar la limfadenectomia lateral.
- 19. Senyalau l’afirmació incorrecta sobre el tractament amb iode radioactiu:**
- a) Cal evitar l’exposició a grans quantitats de iode no radioactiu (per exemple, contrastes iodats, amiodarona) durant els tres mesos anteriors al tractament, perquè el iode no radioactiu impedeix absorbir el radioactiu.
  - b) Cal descartar quedar-se embarassada abans d’iniciar el tractament i establir mesures anticonceptives fins al final del tractament.
  - c) Cal suspendre el tractament amb antitiroïdals almenys cinc dies abans del tractament. Es pot reiniciar 3-5 dies després per mantenir el control de la funció tiroïdal.
  - d) Una contraindicació relativa és l’oftalmopatia de Graves moderada o greu, especialment en pacients fumadors, perquè el iode radioactiu pot exacerbar la malaltia.

**20. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tractament de l'adenoma tòxic tiroïdal:**

- a) El control farmacològic de la tirotoxicosi és eficaç i permet evitar la cirurgia, perquè en la majoria dels casos s'aconsegueix controlar-la a llarg termini, fins i tot després de suspendre la medicació antitiroïdal.
- b) Es pot aconseguir l'eutiroidisme després del tractament amb iode radioactiu fins en el 80 % dels pacients, amb una sola dosi; no obstant això, la variabilitat en la mida del nòdul, la captació i la dosi d'I-131 poden produir recurrència o hipotiroïdisme.
- c) La tècnica quirúrgica d'elecció per al tractament d'un nòdul tòxic solitari és la tiroidectomia total.
- d) La solució de Lugol (solució saturada de iodur potàssic, 8 gotes cada vuit hores durant 7-10 dies abans del procediment quirúrgic) és una preparació preoperatòria que resulta molt útil per tractar l'adenoma tòxic.

**Preguntes de reserva**

---

**21. Després d'una tiroidectomia total, quina de les afirmacions següents respecte de l'hipoparatiroidisme postoperatori és incorrecta?**

- a) És la complicació més freqüent de la cirurgia tiroïdal, especialment en el transcurs d'una tiroidectomia total (75 % dels hipoparatiroidismes adquirits).
- b) L'agressió directa (manipulació excessiva, cauterització o exèresi inadvertida) i la lesió indirecta (devascularització) de la glàndula contribueixen al desenvolupament de l'hipoparatiroidisme.
- c) És útil lligar les branques terminals de l'artèria tiroïdal inferior en una zona allunyada de la càpsula tiroïdal per evitar el compromís vascular a les paratiroides.
- d) Pot cursar de manera transitòria amb una incidència molt variable, que oscil·la entre el 25 % i el 30 % segons les sèries —algunes ho xifren fins en el 68 % dels casos—, o permanent, molt menys freqüent, que s'estima entre l'1 % i el 2 % en mans expertes.

**22. Senyalau l'afirmació correcta respecte de la lesió intraoperatòria del nervi recurrent:**

- a) La zona més vulnerable per lesionar el nervi durant la tiroidectomia és al nivell del lligament de Berry.
- b) La presència d'un nervi recurrent no recurrent es pot trobar fins al 10 % dels casos; es troba sempre al costat esquerre associat a un origen aberrant de l'artèria subclàvia.
- c) La utilització del monitoratge nerviós intraoperatori evita la lesió recurrential intraoperatòria.
- d) La causa principal de disfunció del nervi recurrent en el període postoperatori és la transecció, i és molt poc freqüent la lesió nerviosa funcional no estructural.

**23. Senyalau l'afirmació correcta sobre la preparació farmacològica preoperatòria per a la cirurgia en cas de feocromocitoma:**

- a) En el nostre medi, els fàrmacs betabloCADadors són els més emprats. S'hi han d'associar blocadors  $\alpha$ -adrenèrgics si el pacient presenta taquiarrítmies.
- b) La restricció hídrica prèvia a la intervenció quirúrgica i una dieta amb poca sal són elements importants de la preparació preoperatòria.
- c) Actualment es qüestiona la preparació farmacològica preoperatòria sistemàtica —sovint mal tolerada en pacients normotensos— en lloc de la indicació selectiva de preparació farmacològica preoperatòria en embarassades, persones hipertenses (HTA > 180/115 mmHg) o en els casos de complicacions relacionades amb la hipertensió arterial (cardiopatia isquèmica, accident cerebrovascular, insuficiència cardíaca congestiva, etc.).
- d) La preparació farmacològica preoperatòria evita la hipotensió posterior a la resecció.



- 24. Senyalau l'afirmació correcta respecte de l'hiperparatiroidisme en la síndrome MEN 2A:**
- a) L'hiperparatiroidisme primari és la manifestació més freqüent de la síndrome: està present en més del 90 % dels pacients i habitualment la manifestació també és més precoç.
  - b) Habitualment es tracta d'un hiperparatiroidisme greu, amb una gran incidència de litiasi renal.
  - c) Tot i que les indicacions quirúrgiques són similars a les de l'hiperparatiroidisme primari esporàdic, sovint es proposa als pacients la cirurgia d'una forma més precoç, precisament a causa de la precocitat de la deterioració òssia i renal en aquesta síndrome.
  - d) L'afectació glandular és variable, des d'un adenoma fins a una hiperplàsia de totes les glàndules.



## **Cas 5. Patologia de la paret abdominal**

- 1. En un dels casos següents no s'hauria d'optar per la cirurgia laparoscòpica urgent d'una hèrnia ventral. Senyalau-lo:**
  - a) Pacients obesos.
  - b) Falta de dades sobre peritonitis.
  - c) Eventracions de dimensions grosses.
  - d) Hèrnies laterals de dimensions petites.
  
- 2. Senyalau la resposta incorrecta respecte del dolor inguinal de tipus neuropàtic:**
  - a) Generalment és incapacitant.
  - b) Requereix cirurgia per resoldre'l de manera definitiva.
  - c) Respon adequadament a les infiltracions amb esteroides.
  - d) Produeix claudicació contínua en el pacient.
  
- 3. Quina de les complicacions següents no és esperable en el postoperatori immediat d'una hèrnia ventral?**
  - a) Necrosi cutània.
  - b) Seroma.
  - c) Neuràlgia de la ferida.
  - d) Pneumònia.
  
- 4. Quin dels factors següents no augmenta la mortalitat després d'una intervenció quirúrgica urgent d'una hèrnia ventral?**
  - a) Edat superior a setanta anys.
  - b) Poc temps des de l'inici dels símptomes.
  - c) Sexe masculí.
  - d) Elevació dels índexs de lactat, de la CPK i del dímer D.

- 5. Quina de les afirmacions següents és incorrecta?**
- a) L'hèrnia ventral encarcerada és sempre una urgència quirúrgica.
  - b) Les troballes per mitjà de la tomografia computada (TC) són predictives d'isquèmia intestinal.
  - c) La mortalitat en les intervencions quirúrgiques urgents pot assolir el 14 %.
  - d) Sempre cal forçar la reducció manual a urgències.
- 6. Senyalau la resposta correcta sobre l'abordatge inguinal laparoscòpic d'urgència:**
- a) L'abordatge total extraperitoneal (TEP) és millor que l'abordatge transabdominal preperitoneal (TAPP).
  - b) Tots dos abordatges són igual de vàlids.
  - c) L'abordatge TAPP és millor que l'abordatge TEP.
  - d) No s'ha d'optar per cap dels dos abordatges.
- 7. Quina de les respostes següents és indicació d'abdomen obert en la cirurgia d'urgències?**
- a) Isquèmia mesentèrica.
  - b) Hemorràgia que requereix tamponament (*packing*).
  - c) Pancreatitis aguda greu.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 8. Un dels factors següents no ha demostrat disminuir la incidència de seroma en una hèrnia ventral. Senyalau-lo:**
- a) La dissecció no gaire àmplia de teixits subcutanis.
  - b) L'ús de drenatges subcutanis.
  - c) Les teràpies de buit.
  - d) La compressió de la ferida.
- 9. Quina de les accions següents no disminueix la incidència d'infecció del lloc quirúrgic?**
- a) Profilaxi antibiòtica.
  - b) Mantenir la normotèrmia peroperatòria.
  - c) No rasurar la ferida.
  - d) Rentar la zona amb clorhexidina alcohòlica.



- 10. En un cas de cirurgia contaminada amb resecció intestinal, quina de les respostes següents es pot considerar correcta?**
- a) S'ha d'utilitzar una malla de polipropilè (PPL) de porus ample.
  - b) Les malles biològiques no són acceptades.
  - c) Reparació anatòmica amb independència de la mida del defecte.
  - d) La malla de poliglactina és una alternativa.
- 11. Quin dels factors següents disminueix la incidència de l'hèrnia incisional en el tancament de la laparotomia?**
- a) L'ús de punts curts amb una relació S/H 4/1.
  - b) L'ús de sutures monofilament, contínues i en un pla.
  - c) L'ús de malles profilàctiques en pacients de risc.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 12. Senyalau l'afirmació incorrecta amb relació a les hèrnies que apareixen en el tancament dels orificis estomàtics:**
- a) N'augmenta la freqüència en els pacients obesos.
  - b) El tancament cutani en bossa de tabac disminueix la infecció del lloc quirúrgic.
  - c) No és rellevant en els pacients amb MPOC.
  - d) L'ús d'una pròtesi en el tancament disminueix la incidència de les hèrnies incisionals.
- 13. Quin de factors següents influeix en l'augment de la infecció del lloc quirúrgic?**
- a) La infecció a distància.
  - b) La durada del procediment quirúrgic.
  - c) L'abús de l'electrocauterització.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 14. Senyalau l'afirmació falsa sobre la teràpia de buit en la infecció del lloc quirúrgic:**
- a) Millora el dolor en disminuir el nombre de cures.
  - b) Augmenta la neoangiogènesi i el teixit de granulació.
  - c) No es pot aplicar de manera ambulatoria.
  - d) Disminueix la càrrega bacteriana de les ferides.

**15. En obrir la fàscia cribriforme s'accedeix a explorar...**

- a) ...l'orifici inguinal profund.
- b) ...l'orifici inguinal superficial.
- c) ...l'orifici crural.
- d) ...el pubis.

**16. L'espai de Retzius és...**

- a) ...posterior a la fàscia transversal i a la beina posterior del múscul.
- b) ...anterior a la fàscia transversal i a la beina posterior del múscul.
- c) ...posterior a la fàscia transversal i anterior a la beina posterior del múscul.
- d) ...anterior a la fàscia transversal i posterior a la beina posterior del múscul.

**17. Senyalau l'afirmació correcta sobre el quadrilàter miopectini:**

- a) Té un límit inferior en el tracte iliopúbic per davall dels vasos ilíacs externs.
- b) El límit superior el forma la unió dels músculs oblic intern i transvers en l'anomenat *tendó conjunt*.
- c) El límit medial és la línia alba.
- d) El límit lateral són els vasos ilíacs externs.

**18. En un cas de recidiva d'una hèrnia crural sotmesa a reparació protètica per la via anterior, quina tècnica de reparació és més apropiada?**

- a) Abordatge iteratiu anterior.
- b) Abordatge laparoscòpic intraabdominal (TAPP).
- c) Abordatge retroperitoneal (laparoscòpic o obert).
- d) Les respostes b) i c) són correctes.



- 19. Senyalau l'afirmació correcta respecte de les tècniques d'anestèsia/analgèsia de la paret per a una intervenció quirúrgica d'una hèrnia inguinal:**
- a) Per al blocatge del pla transvers de l'abdomen (TAP) sol ser suficient amb 8 ml.
  - b) El blocatge ecoguiat del nervi ilioinguinal més iliohipogàstric és d'elecció per al blocatge de la paret abdominal.
  - c) No cal una infiltració amb anestèsic local, perquè el dolor postoperatori és lleu i es controla amb AINE.
  - d) La infiltració local amb lidocaïna és la tècnica d'elecció per a l'analgèsia postoperatòria.
- 20. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte dels blocatges / la infiltració local en la intervenció quirúrgica d'una hèrnia inguinal:**
- a) El blocatge TAP consisteix en el dipòsit d'anestèsic entre la fàscia de l'oblic extern i la de l'oblic intern.
  - b) L'èxit de l'anestèsia local per a la intervenció quirúrgica d'una hèrnia inguinal depèn en gran mesura de la destresa del cirurgià/anestèsista.
  - c) El blocatge TAP ha demostrat eficàcia per al control del dolor somàtic postoperatori.
  - d) El blocatge selectiu ilioinguinal i iliohipogàstric redueix el dolor postoperatori i la necessitat d'analgèsics.

## Preguntes de reserva

---

- 21. Segons la classificació de Gilbert, una hèrnia indirecta amb un anell intern entre 2 i 4 cm és una hèrnia...**
- a) ...de tipus 2.
  - b) ...de tipus 3.
  - c) ...de tipus 4.
  - d) ...de tipus 6.
- 22. Caldria optimitzar els pacients abans de programar-los per a una intervenció quirúrgica d'una hèrnia ventral. Però quina de les actuacions següents no és necessària?**
- a) Deshabitució tabàquica.
  - b) Pèrdua de pes si l'índex de massa corporal (IMC) és superior a 30.
  - c) Incloure el pacient en la llista d'espera preferent.
  - d) Revertir una coagulopatia o l'anèmia.
- 23. Sobre quin dels aspectes següents no té conseqüències una intervenció quirúrgica sense ingrés per tractar una hèrnia ventral?**
- a) L'estructura dels centres i els seus circuits arquitectònics.
  - b) L'organització dels serveis de l'hospital.
  - c) La seguretat del pacient i els resultats clínics.
  - d) La cultura sanitària dels pacients.
- 24. Quina de les tècniques següents no s'ha d'aplicar en una intervenció quirúrgica urgent d'una hèrnia ventral encarcerada?**
- a) Tancament exclusiu de la pell.
  - b) Tècnica de separació de components anterior.
  - c) Tècnica de Rives.
  - d) Tècnica de separació de components posterior (TAR).



## **Cas 6. Cirurgia d'urgències i politraumatisme**

- 1. Segons la Guia Clínica de la Societat Mundial de Cirurgia d'Emergència (WSES) de 2022, quina és l'opció terapèutica més adequada per al cas d'un pacient inestable amb signes de peritonitis i diagnòstic d'isquèmia intestinal per oclusió de l'artèria mesentèrica superior?**
  - a) Iniciar immediatament teràpia anticoagulant.
  - b) Intervenció quirúrgica amb revascularització de l'artèria mesentèrica superior, resecció d'una eventual perforació intestinal de les nanses necròtiques i cirurgia de control de danys.
  - c) Intervenció quirúrgica amb resecció de les nanses isquèmiques i anastomosi.
  - d) Intervenció quirúrgica amb resecció de les nanses isquèmiques i cirurgia de control de danys.
  
- 2. Segons la Guia Clínica de la Societat Mundial de Cirurgia d'Emergència (WSES) de 2022, quina és l'opció terapèutica més adequada per al cas d'un pacient estable amb dolor abdominal a qui s'ha detectat en una tomografia computada (TC) un edema de les nanses intestinals i trombosi de la vena mesentèrica superior i de la vena esplènica?**
  - a) Iniciar immediatament teràpia anticoagulant i control estricte de l'evolució.
  - b) Intervenció quirúrgica, resecció d'eventuals nanses intestinals necròtiques i cirurgia de control de danys.
  - c) Intervenció quirúrgica amb resecció de les nanses isquèmiques i anastomosi.
  - d) Laparoscòpia exploradora.



3. **En el cas d'un pacient de 25 anys atès al servei d'urgències a causa d'un accident de cotxe a més de 80 km/h que presenta un traumatisme tancat de l'abdomen i un *shock index* d'1,5 i un ABC Score de 4, ¿quina de les respostes següents és l'opció terapèutica més adequada després de la valoració primària?**
- a) Ecografia FAST.
  - b) Activar el protocol de transfusió massiva i fer una TC amb contrast.
  - c) Intervenció quirúrgica immediata amb cirurgia de control de danys.
  - d) Activar el protocol de transfusió massiva i intervenció quirúrgica immediata amb cirurgia de control de danys.
4. **Quina de les respostes següents defineix una lesió de la melsa de grau 3 segons la Classificació del Traumatisme Esplènic de l'Associació de Cirurgia del Trauma (AAST) de 2018?**
- a) Una laceració de més de 5 cm.
  - b) Un hematoma subcapsular de més del 50 % o una laceració de més de 3 cm.
  - c) Un hematoma subcapsular de més del 50 % de la superfície, un hematoma subcapsular trencat o un hematoma intraparenquimàtic de més de 5 cm, o bé una laceració parenquimàtica de més de 3 cm de profunditat.
  - d) Un hematoma subcapsular de més del 50 % de la superfície, un hematoma subcapsular trencat o un hematoma intraparenquimàtic de més de 3 cm, o bé una laceració parenquimàtica de més de 5 cm de profunditat.
5. **Quina de les respostes següents defineix un traumatisme hepàtic de grau 4 segons la Classificació del Traumatisme Esplènic de l'Associació de Cirurgia del Trauma (AAST) de 2018?**
- a) Una laceració del parènquima hepàtic de més de 5 cm.
  - b) Una disrupció parenquimàtica que afecta el 25-75 % del fetge; sagnia activa a la cavitat peritoneal.
  - c) Un hematoma subcapsular de més del 50 % de la superfície; laceració parenquimàtica de més de 10 cm.
  - d) Lesió de la vena cava retrohepàtica.



- 6. Quina és la dosi d'àcid tranexàmic en l'estudi CRASH-2?**
- a) Dosi de càrrega d'1 g per la via intravenosa en infusió durant deu minuts, seguida d'una infusió d'1 g durant vuit hores.
  - b) Dosi de càrrega d'1 g per la via intravenosa en infusió durant deu minuts, seguida d'una infusió de 2 g durant vuit hores.
  - c) Dosi de càrrega de 2 g per la via intravenosa en infusió durant deu minuts, seguida d'una infusió de 2 g durant vuit hores.
  - d) Dosi de càrrega d'1 g per la via intravenosa en infusió durant deu minuts.
- 7. En un protocol de transfusió massiva, quina de les respostes següents és la ràtio òptima de transfusió de glòbuls vermells, plasma i plaquetes?**
- a) Ràtio 1:1:1.
  - b) Ràtio 1:2:1.
  - c) Ràtio 2:1:1.
  - d) Ràtio 1:1:2.
- 8. Senyalau l'afirmació correcta segons un protocol de transfusió massiva:**
- a) La hipocalcèmia és el resultat de la quelació de citrat del calci iònic ( $\text{Ca}^{++}$ ) sèric.
  - b) La transfusió massiva es pot definir com la transfusió de cinc unitats de concentrat eritrocitari en un període de 24 hores.
  - c) Cal administrar sempre un complex de protrombina humana dels factors de coagulació II, VII, IX i X.
  - d) Cal administrar vitamina K per corregir l'alteració de la coagulació induïda pel trauma.

9. **Segons la classificació del xoc hemorràgic de l'Advanced Trauma Life Support (ATLS, 10 edició), senyalau l'afirmació correcta sobre un xoc de grau 4:**
- a) La pèrdua temàtica és inferior al 30 %.
  - b) La freqüència cardíaca és augmentada, però la puntuació de l'escala de coma de Glasgow (GCS) és normal.
  - c) La tensió és disminuïda, la freqüència cardíaca és augmentada i el dèficit de bases està entre -2 i -6 mEq/L.
  - d) El dèficit de bases és igual o inferior a -10 mEq/L.
10. **Segons l'Advanced Trauma Life Support (ATLS, 10 edició), la pressió de perfusió cerebral és...**
- a) ...igual a la pressió arterial mitjana.
  - b) ...igual a la pressió arterial mitjana menys la pressió intracranial.
  - c) ...igual a la pressió intracranial menys la freqüència cardíaca.
  - d) ...igual a la pressió arterial mitjana menys la freqüència respiratòria.
11. **Segons la Guia Clínica de la Societat Mundial de Cirurgia d'Emergència (WSES) de 2019, senyalau l'afirmació correcta sobre la pancreatitis aguda:**
- a) Cal fer una TC abdominal a tots els pacients en el moment de l'ingrés.
  - b) La profilaxi antibiòtica no és necessària.
  - c) Un valor superior a 150 mg/L de proteïna C reactiva en el moment de l'ingrés és un factor pronòstic de pancreatitis greu.
  - d) Cal fer sempre una colangiografia per ressonància magnètica.
12. **Senyalau l'afirmació correcta sobre l'obstrucció intestinal per adherències segons la Guia Clínica de Bolonya:**
- a) Si no hi ha pas de contrast oral al còlon en les primeres dotze hores des de l'administració, és necessària la intervenció.
  - b) Un dèbit de 500 ml o més per la sonda nasogàstrica en el tercer dia de l'ingrés pot indicar fracàs del tractament mèdic.
  - c) No està indicat administrar contrast oral.
  - d) Cal fer sempre una laparoscòpia exploradora.



**13. Plantejau-vos el cas d'un pacient de 25 anys atès al servei d'urgències a causa de múltiples ferides d'arma blanca a l'abdomen i al tòrax. Tensió arterial sistòlica = 80 mmHg; freqüència cardíaca = 120 bpm; puntuació en l'escala de coma de Glasgow (GCS) = 13. En l'exploració es detecta disminució dels sorolls en tots dos hemitòrax i sortida de nanses intestinals per una de les ferides de l'abdomen.**

**De quin tipus de xoc es tracta?**

- a) Xoc distributiu.
- b) Xoc obstructiu.
- c) Xoc mixt: obstructiu i hemorràgic.
- d) Xoc hemorràgic.

**14. En relació amb el mateix cas de la pregunta anterior, senyalau l'afirmació correcta:**

- a) L'E-FAST no és útil perquè ja pateix una evisceració.
- b) Si no té la triada de Beck es pot descartar el tamponament cardíac.
- c) Cal fer-li un E-FAST.
- d) Cal fer-li una TC amb contrast endovenós.

**15. En un incident amb víctimes múltiples, quin tipus de triatge prehospitalari és l'adequat?**

- a) Ha de ser fisiològic.
- b) Ha de ser sempre el triatge JumpSTART.
- c) Ha de ser un triatge anatòmic.
- d) Sempre ha de ser un triatge de tipus ATLS.

**16. Senyalau l'afirmació correcta en relació amb el triatge de tipus START:**

- a) Sempre s'ha de valorar primer l'estat mental del pacient.
- b) Si el pacient no respira, s'ha de catalogar com a «negre».
- c) Si el pacient no respira, s'ha de catalogar com a «vermell».
- d) Primer cal allunyar els pacients menys greus.



17. **Plantejau-vos el cas d'un pacient de 25 anys que ha patit un accident de cotxe a 120 km/h i que és assistit al servei d'urgències d'un trauma tancat abdominal, un traumatisme cranial, una amputació traumàtica sagnant de la cama dreta. Tensió arterial sistòlica = 80 mmHg; freqüència cardíaca = 120 bpm; puntuació en l'escala de coma de Glasgow (GCS) = 13.**

**Senyalau l'afirmació correcta:**

- a) S'ha de valorar el pacient segons l'ordre A-B-C-D-I del triatge de tipus ATLS.
- b) Primer cal cercar i aturar les hemorràgies externes.
- c) S'ha de mantenir una hipotensió permissiva fins que s'hagin controlat les causes de la sagnia.
- d) Cal fer-li sempre una TC amb contrast endovenós.

18. **Plantejau-vos el cas d'un pacient de 45 anys atès al servei d'urgències de múltiples ferides d'arma blanca a l'abdomen i una única ferida al tòrax a prop de l'estèrnum (al nivell del V estadi intercostal de l'esquerra) i evisceració de nanses de l'intestí prim causada per una de les ferides abdominals. Tensió arterial sistòlica = 60 mmHg, però davallant; freqüència cardíaca = 120 bpm; puntuació en l'escala de coma de Glasgow (GCS) = 8.**

**En la valoració primària li fan una radiografia del tòrax, que evidencia un envelament de tot el pulmó esquerre, de manera que es decideix col·locar-li un tub al tòrax esquerre amb sortida d'1.200 ml de sang. No li fan l'E-FAST perquè ja presenta una evisceració i es decideix enviar-lo directament a la sala d'operacions.**

**Senyalau l'afirmació correcta:**

- a) Si no presenta la triada de Beck es pot descartar el tamponament cardíac.
- b) Cal fer primer una finestra pericàrdica per descartar el tamponament cardíac.
- c) Sempre s'ha de fer primer una laparotomia, perquè ja té un drenatge toràcic amb només 1.200 ml de sang.
- d) Cal començar per una toracotomia anterior esquerra per descartar un tamponament cardíac i fer un *clamp* a l'aorta toràcica.



- 19. Quina de les següents mesures terapèutiques cal aplicar en la reanimació de control de danys?**
- a) Hipotensió permissiva, reanimació hemostàtica i cirurgia de control de danys.
  - b) Sempre col·locar un baló d'oclusió intraaòrtic (REBOA).
  - c) Cal fer sempre una TC amb contrast endovenós.
  - d) S'ha de mantenir sempre la tensió arterial sistòlica del pacient al voltant de 120 mmHg.
- 20. Segons la Guia Clínica de Tòquio de 2018, per classificar una colecistitis aguda de grau 2 la durada dels símptomes ha de ser superior a...**
- a) ...48 hores.
  - b) ...72 hores.
  - c) La durada dels símptomes no és important.
  - d) ...24 hores.

#### **Preguntes de reserva**

---

- 21. Senyalau l'afirmació correcta amb relació a un pacient estable amb un trauma abdominal tancat i amb la marca de la corretja, d'acord amb la Guia Clínica de la Societat Mundial de Cirurgia d'Emergència (WSES) de 2022:**
- a) Si el FAST és negatiu no cal fer-li una TC.
  - b) Sempre cal fer-li una TC.
  - c) Si el pacient està estable es pot fer una observació estricta sense cap prova d'imatge.
  - d) Si el pacient està estable pot ser donat d'alta.
- 22. Per quina raó és excepcionalment perjudicial la hipocalcèmia en un pacient en estat crític que requereix una transfusió massiva?**
- a) El calci iònic ( $\text{Ca}^{++}$ ) és un cofactor en els factors II, VII, IX, i X.
  - b) El calci iònic ( $\text{Ca}^{++}$ ) és un cofactor de la vitamina K.
  - c) El calci iònic ( $\text{Ca}^{++}$ ) és un cofactor del plasminogen.
  - d) El calci iònic ( $\text{Ca}^{++}$ ) és un cofactor de la trombina.



**23. Per què és important l'àcid tranexàmic en un cas d'hemorràgia?**

- a) És un cofactor en els factors II, VII, IX, i X.
- b) Augmenta l'adhesió plaquetària al lloc de la lesió vascular.
- c) És un cofactor del plasminogen.
- d) Inhibeix de manera competitiva la conversió de plasminogen en plasmina.

**24. Senyalau l'afirmació correcta sobre el tamponament (*packing*) retroperitoneal:**

- a) Pot controlar només la sagnia venosa.
- b) No fa falta tancar l'aponeurosi després de fer un tamponament retroperitoneal.
- c) S'ha de fer sempre quan se sospiti una fractura de la pelvis.
- d) Si es col·loca una corretja pelviana no fa falta fer un tamponament retroperitoneal.



## Cas 7. Proctologia

### 1. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la fisiopatologia de les hemorroides:

- a) No s'ha demostrat que hi ha associació entre les hemorroides internes i la bipedestació prolongada.
- b) Els coixinets anals estan mantinguts en la seva posició pel lligament suspensor de la mucosa.
- c) Les hemorroides internes s'associen al descens de les pressions del canal anal.
- d) La diarrea crònica o la malaltia de Crohn es poden associar a hemorroides.

### 2. Senyalau l'afirmació correcta respecte del tractament de les fístules perianals per mitjà de penjall d'avanç mucós:

- a) Tècnicament, és difícil de dur a terme.
- b) Té un índex de recurrències inferior al d'altres tècniques.
- c) El penjall s'isquemia amb facilitat.
- d) És el mètode de tractament d'elecció per a les fístules complexes.

### 3. En quin cas estan indicades l'esfinterorràfia i la reconstrucció esfinteriana?

- a) En tots els casos de fístules altes.
- b) En tots els casos de fístules recurrents.
- c) En tots els casos de pacients amb factors de risc de patir incontinència postoperatòria greu.
- d) En tots els casos de pacients amb fístules recidivades i complexes amb incontinència preoperatòria.



4. **Senyalau l'afirmació correcta respecte de l'abscés anorectal:**
  - a) Cal fer un drenatge i una fistulotomia en tots els casos.
  - b) Cal identificar obligatòriament l'orifici fistulós intern.
  - c) Sempre s'hi desenvoluparà una fístula.
  - d) Cal fer un drenatge i marcar l'orifici intern si aquest és fàcilment identificable.
  
5. **Senyalau l'afirmació correcta respecte de la manometria anorectal:**
  - a) És una prova de valoració subjectiva de la funció individualitzada dels esfínters anals.
  - b) Només permet valorar la funció dels esfínters anals en repòs.
  - c) Permet valorar la sensibilitat rectal, però no la distensibilitat.
  - d) En ocasions, les troballes manomètriques no es corresponen amb la realitat clínica del pacient.
  
6. **Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la manometria anorectal:**
  - a) En els pacients amb malaltia de Hirschsprung, el reflex rectoanal inhibitori està absent.
  - b) La distensibilitat rectal (*compliance*) es defineix com el canvi de volum rectal per unitat de canvi de pressió.
  - c) No permet determinar la longitud del canal anal.
  - d) Permet analitzar la pressió màxima basal i en contracció voluntària.
  
7. **En quin cas està indicada la fistulotomia d'una fístula perianal?**
  - a) Sempre, independentment del tipus de fístula.
  - b) Únicament en els casos de fístules submucoses.
  - c) Només en els casos de fístules submucoses o interesfinterianes.
  - d) En els casos de fístules transesfinterianes baixes en pacients sense factors de risc d'incontinència.

- 8. Senyalau l'afirmació correcta respecte del prolapse rectal:**
- a) En pacients joves, el tractament per la via perineal és el més indicat.
  - b) En el prolapse mucós, el tractament d'elecció és la rectosigmoidectomia perineal.
  - c) La rectopèxia laparoscòpica amb malla o sense és la tècnica d'elecció per tractar el prolapse rectal complet en pacients joves.
  - d) Les respostes b) i c) són correctes.
- 9. Quina de les afirmacions següents és incorrecta?**
- a) Els abscessos anorectals i les fístules perianals són estadis successius d'una mateixa malaltia.
  - b) Fins al 90 % dels abscessos anorectals tenen un origen criptoglandular.
  - c) La tria de la via de drenatge no influeix en l'aparició posterior de fístules complexes.
  - d) Un abscess supraelevador amb origen interesfinterià s'ha de drenar per la via endoanal.
- 10. Senyalau l'afirmació correcta respecte de la neoplàsia intraepitelial anal:**
- a) És possible la regressió espontània, la persistència sense canvis o la progressió de lesions de grau baix a lesions de grau alt.
  - b) El cribratge de la patologia anal causada pel virus del papilloma humà en poblacions de risc és útil per prevenir el càncer epidermoide de l'anús.
  - c) L'anuscòpia d'alta resolució és la tècnica d'elecció per diagnosticar les lesions escamoses intraepitelials de grau baix (HSIL).
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 11. Senyalau l'afirmació correcta respecte del tractament de la incontinència anal:**
- a) La rehabilitació del sòl pelvià no té utilitat; només és útil la bioretroalimentació (*biofeedback*).
  - b) Els agents augmentadors de volum (*bulking agents*) poden tenir utilitat quan hi ha una lesió a l'esfínter anal extern.
  - c) L'esfinteroplàstia és útil en les lesions de l'esfínter anal extern inferiors a 160°.
  - d) Les respostes b) i c) són correctes.



**12. Senyalau l'afirmació correcta respecte de la fissura anal:**

- a) S'associa a restrenyiment només en un terç dels casos.
- b) El tractament mèdic és el d'elecció per a la fissura crònica, amb el qual s'assoleix una alta taxa de curació.
- c) El tractament quirúrgic amb penjalls cutanis té una eficàcia superior a l'esfinterotomia lateral interna (ELI).
- d) Sempre s'associa a hipertonia esfinteriana.

**13. Senyalau l'afirmació correcta respecte de les fistules rectovaginals:**

- a) Es poden classificar en altes, baixes i mitjanes en relació amb la línia pectínia i l'orifici vaginal.
- b) Segons la complexitat, es classifiquen com a *simples* quan fan menys de 2,5 cm i són baixes i secundàries a traumatisme o infecció, i com a *complexes* quan fan més de 2,5 cm i són altes i causades per una malaltia inflamatòria intestinal, per la radioteràpia o una neoplàsia o si són persistents després de diversos intents de reparació.
- c) Les respostes a) i b) són correctes.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

**14. Quina de les afirmacions següents és incorrecta?**

- a) El rectocele, l'enterocele i el prolapse rectal són fases diferents d'una mateixa patologia.
- b) Tant l'anisme com la síndrome del perineu descendent poden causar síndrome de defecació obstructiva.
- c) L'úlcera rectal solitària pot ser una lesió eritematosa, ulcerada o polipoide, única o múltiple.
- d) L'úlcera rectal solitària s'associa en la majoria dels casos al prolapse rectal o a una intussuscepció.

**15. Senyalau l'afirmació correcta respecte del càncer anal:**

- a) L'estadi T2 correspon a un tumor de més de 2 cm i de 5 cm o menys en l'eix major.
- b) L'estadi T1 correspon a un tumor d'1 cm o menys en l'eix major.
- c) Les respostes a) i b) són correctes.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

- 16. Senyalau l'afirmació correcta respecte dels traumatismes perineals:**
- a) S'ha de valorar sempre el grau de lesió esfinteriana, fent una ecografia endoanal si és necessari.
  - b) La reparació primària de l'esfínter és sempre necessària, independentment del grau de lesió esfinteriana i de les lesions associades.
  - c) Si hi ha lesió esfinteriana, s'hi ha d'associar sempre una colostomia.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.
- 17. Segons els criteris de Roma 4, senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la síndrome de l'elevador de l'anus:**
- a) El pacient pateix àlgies rectals cròniques o recurrents de més de tres mesos de durada.
  - b) Provoca episodis de més de vint minuts de durada.
  - c) No es té sensibilitat durant la tracció posterior en el puborectal.
  - d) Cal excloure altres causes de dolor rectal amb hipertonia de l'elevador o sense.
- 18. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la pruija anal:**
- a) És un símptoma de vegades invalidant que obliga a fer una història clínica i una exploració completes.
  - b) El tractament tòpic sempre dona resultats satisfactoris.
  - c) En la història clínica cal considerar les malalties sistèmiques, com ara la diabetis *mellitus* i les malalties psicològiques, com ara les síndromes ansiosodepressives.
  - d) L'ús de certs sabons o detergents pot ser la causa de la pruija anal.
- 19. Senyalau l'afirmació correcta respecte de l'ecografia endoanal:**
- a) És útil per a l'estudi de les fístules perianals i de la incontinença anal, però no per al dolor anal crònic.
  - b) On es pot valorar de manera òptima una lesió d'esfínter anal intern és al canal anal mitjà.
  - c) Al canal superior cal valorar el gruix de l'esfínter anal intern.
  - d) Al canal mitjà, l'esfínter anal intern s'evidencia com un anell hiperecoic.

**20. Senyalau l'afirmació correcta respecte del càncer anal:**

- a) La invasió del recte, la pell perianal o els esfínters no es consideren propis de l'estadi T4.
- b) Per a la majoria dels autors, la mida del tumor és un factor pronòstic poc important.
- c) L'afectació de ganglis no té relació directa amb la mida del tumor.
- d) Cap de les respostes anteriors és correcta.

**Preguntes de reserva**

---

**21. En quins casos cal indicar una fistulotomia per tractar una fístula perianal?**

- a) En tots els casos de fístules baixes.
- b) En els casos en què el resultat d'un estudi manomètric del pacient sigui normal.
- c) En els casos de fístules interesfinterianes o transesfinterianes baixes en pacients sense antecedents d'incontinència ni factors de risc d'incontinència.
- d) En cap cas.

**22. Senyalau l'afirmació incorrecta respecte de la malaltia hemorroidal:**

- a) Té la mateixa incidència en pacients amb cirrosi i hipertensió portal que en la resta de la població.
- b) És la causa més comuna de rectorràgia en els infants.
- c) Les hemorroides poden contribuir a la continència anal.
- d) Les varices rectals associades a hipertensió portal són distingibles de les hemorroides en l'exploració.

**23. Què és una fístula perianal simple?**

- a) La que és tècnicament fàcil de solucionar.
- b) La que compromet els dos terços distals de l'esfínter intern.
- c) La que es pot tractar amb una fistulotomia sense arriscar la continència, i els seus trajectes i l'orifici intern són identificables fàcilment.
- d) Aquella en què els resultats del tractament tenen un índex de recurrència baix.

- 24. Quina d'aquestes tècniques quirúrgiques està indicada per tractar una fístula transesfinteriana alta?**
- a) Fistulotomia i esfinterorràfia.
  - b) Lligadura interesfinteriana (LIF).
  - c) Penjall d'avanç rectal.
  - d) Totes les respostes anteriors són correctes.



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I SERVEI SALUT  
B ILLES BALEARS