

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de urología del Servicio de Salud de las Islas Baleares

Observaciones:

- Este examen consta de siete **(7) cuestionarios en un solo cuaderno** correspondientes a siete temas o casos clínicos diferentes de esta especialidad.
- Cada cuestionario está identificado y resaltado con un número y la materia de la que trata o directamente la descripción del caso, y seguidamente hay **24 preguntas** de tipo test, numeradas del 1 al 24.
- **Tiene que responder las 24 preguntas de tres (3) de los siete temas o casos.** Las cuatro últimas preguntas (núm. 21-24) de cada tema son de reserva por si alguna de las otras (1-20) resulta impugnada.
- Para cada pregunta solo hay una respuesta correcta entre las cuatro posibles.
- Cada respuesta correcta se valora con 1 punto, de modo que la valoración total del examen es de 60 puntos (20 preguntas × 3 temas). Es necesario responder las preguntas de reserva, aunque en principio solo se puntuarán las preguntas 1-20. Cada respuesta errónea se penaliza con una cuarta parte del valor de una correcta. Las respuestas en blanco y las que contengan más de una alternativa marcada no se valoran.
- Las páginas del cuaderno están numeradas; compruebe su contenido hasta la última página. Si detecta alguna anomalía en la impresión, pida que se lo cambien.
- **Tiene que señalar las respuestas en la hoja óptica que se le ha entregado. Lea muy atentamente las instrucciones que figuran en esta.**
- El tiempo para completar la prueba es de **120 minutos, incluido el tiempo para señalar las respuestas en la hoja óptica.**
- Puede utilizar el cuaderno como borrador. Una vez finalizada la prueba, puede llevárselo.

Advertencias:

- No puede leer ninguno de los cuestionarios hasta que se le indique.
- No haga en la hoja óptica ningún tipo de marca ni firma que pueda desvirtuar los principios de igualdad, mérito y capacidad.
- Únicamente puede usar bolígrafo negro o azul.
- No se permite usar calculadora.
- Durante la prueba no puede llevar encima ni tener sobre la mesa ningún aparato electrónico, ni siquiera apagado.
- Antes del inicio de la prueba, algún miembro del tribunal o alguno de sus colaboradores habrá explicado las instrucciones que debe seguir. Si no ha entendido alguna de esas instrucciones, pídale que se la aclare.
- El hecho de concurrir a esta prueba supone aceptar estas instrucciones, sin detrimento del derecho a interponer una reclamación o un recurso.
- Incumplir cualquiera de estas advertencias puede suponer la exclusión de la prueba.



Tema 1. Cáncer de próstata metastático

Se hace el seguimiento de un paciente sometido a una prostatectomía radical (PR) y linfadenectomía iliobturatriz bilateral laparoscópica. La anatomía patológica de la pieza determina un adenocarcinoma de próstata Gleason 8 (4+4) que afecta a ambos lóbulos y se extiende hacia las vesículas seminales (pT3b). Según el análisis, los márgenes quirúrgicos son negativos. Así mismo, el porcentaje de nódulos linfáticos positivos en relación con el número total de nódulos linfáticos retirados y analizados fue del 23 % (pN1). Las pruebas de TC y rastreo óseo previas a la prostatectomía no evidenciaron lesiones a distancia.

1. Señale la respuesta incorrecta respecto a la clasificación TNM en el cáncer de próstata:

- a) La etapa clínica T solo se refiere a los hallazgos del examen rectal digital.
- b) Los estadios patológicos pT1a/b/c no existen.
- c) La actual Unión para el Control Internacional del Cáncer (UICC) ya no reconoce los subestadios pT2.
- d) El cáncer de próstata confinado al órgano, confirmado histopatológicamente después de la PR, es de estadio patológico pT1c.

2. ¿A qué grupo de riesgo debe asignarse al paciente descrito?

- a) Riesgo bajo.
- b) Riesgo intermedio.
- c) Riesgo alto.
- d) Riesgo muy alto.



- 3. Señale la respuesta incorrecta en referencia con el análisis de la pieza tras la prostatectomía radical:**
- a) En el vértice de la próstata, el tumor mezclado con músculo esquelético se considera extensión extraprostática.
 - b) El estado de los márgenes es negativo si las células tumorales están cerca de la superficie entintada o en la superficie del tejido que carece de tinta.
 - c) Se recomienda evaluar el diámetro y el volumen del nódulo tumoral dominante.
 - d) No existen definiciones aceptadas internacionalmente de extensión extraprostática focal o microscópica versus no focal o extensa.
- 4. Es importante analizar el estado de salud y la esperanza de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. Señale la respuesta correcta:**
- a) El tratamiento estándar en pacientes vulnerables con deficiencias reversibles (después de la resolución de problemas geriátricos) se considera similar al de los pacientes aptos, independientemente de la esperanza de vida.
 - b) Debe hacerse una evaluación geriátrica especializada a todos los pacientes.
 - c) Debe ofrecerse un tratamiento adaptado a los pacientes con deterioro reversible.
 - d) Deben usarse las herramientas Geriatric-8, Clinical Frailty Scale o Mini-COG® para evaluar el estado de salud.



5. **Una revisión sistemática ha demostrado que la disección de ganglios linfáticos durante la prostatectomía radical no logra mejorar los resultados oncológicos, incluida la supervivencia. Sin embargo, se acepta que la linfadenectomía extendida proporciona información importante para la estadificación y el pronóstico que no puede ser igualada por ningún otro procedimiento actualmente disponible.**

Señale la respuesta correcta:

- a) La linfadenectomía extendida incluye la extirpación de los ganglios que recubren la arteria y la vena ilíacas externas, los ganglios dentro de la fosa obturatriz ubicados craneal y caudalmente al nervio obturador, y los ganglios medial y lateral a la arteria ilíaca interna.
- b) El nomograma de Briganti es el único validado para estimar el riesgo individual de presentar ganglios linfáticos positivos.
- c) Se puede utilizar un riesgo de metástasis ganglionar superior al 10 % para identificar candidatos para la toma de muestras ganglionares.
- d) No se ha conseguido validar externamente un nomograma en hombres diagnosticados mediante biopsia dirigida por resonancia magnética previa.

6. **Señale la respuesta incorrecta en relación con el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata:**

- a) Se ha de informar a los pacientes que ningún abordaje quirúrgico (prostatectomía radical abierta, laparoscópica o robótica) ha mostrado claramente superioridad en términos de resultados funcionales u oncológicos.
- b) No se debe hacer una cirugía de conservación de nervios cuando exista riesgo de extensión extracapsular.
- c) No se debe ofrecer terapia neoadyuvante de privación de andrógenos antes de la cirugía.
- d) Una de las ventajas de la prostatectomía radical robótica es que consigue disminuir significativamente el tiempo quirúrgico respecto a la prostatectomía radical laparoscópica.



7. **El seguimiento tras la intervención es correcto y muestra determinaciones de antígeno específico de la próstata (PSA) inferiores al 0,03. Debido a una pérdida del seguimiento, acude de nuevo a la consulta a los cinco años de la intervención y presenta un PSA de 10. Al cabo de un mes se repite la prueba y el resultado del PSA es de 16.**

Señale la respuesta incorrecta:

- a) La PET/TC con PSMA es más precisa para la estadificación que la TC y la gammagrafía ósea para la enfermedad de riesgo alto.
- b) En la enfermedad de riesgo alto debe hacerse un cribado metastásico que incluya al menos imágenes abdominopélvicas transversales y una gammagrafía ósea.
- c) Los pacientes con metástasis detectables solo con PET/TC o RMN de cuerpo entero deben tratarse con terapias sistémicas y deben descartarse terapias locales o dirigidas.
- d) En Gleason 7 (4+3), ISUP grado 3, deben incluirse al menos imágenes abdominopélvicas transversales y una gammagrafía ósea para la detección de metástasis.

8. **Para los pacientes con pN1, ¿cuál no es un predictor de recurrencia temprana después de la prostatectomía radical?**

- a) Número de ganglios extirpados.
- b) Volumen tumoral dentro de los ganglios linfáticos.
- c) Perforación capsular de las metástasis ganglionares.
- d) Localización de los ganglios dentro de la fosa iliobutratriz.

9. **Señale la respuesta incorrecta respecto a las diferentes opciones de abordaje terapéutico que se pueden considerar en los pacientes con enfermedad ganglionar (pN1):**

- a) Ofrecer terapia de privación androgénica (ADT) adyuvante.
- b) Ofrecer radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y arcoterapia volumétrica de intensidad (VMAT) adicional más radioterapia guiada por imágenes (IGRT).
- c) Ofrecer ADT adyuvante con IMRT-VMAT adicional más IGRT.
- d) Ofrecer observación (abordaje expectante) a un paciente con menos de dos ganglios positivos y un PSA inferior a 0,1 ng/mL.



10. Señale la respuesta incorrecta respecto a la recurrencia bioquímica tras un tratamiento con intención curativa:

- a) Después de una radioterapia primaria, la definición de falla del PSA es cualquier aumento de PSA superior a 2 ng/mL por encima del PSA valor nadir.
- b) Después de un ultrasonido focalizado de alta intensidad (HIFU), se admite el mismo criterio de falla del PSA que para la radioterapia.
- c) Después de un tratamiento de crioterapia no se han validado unos criterios de valoración contra la progresión clínica, por lo tanto, no es posible dar una recomendación de un umbral de PSA.
- d) Después de la prostatectomía radical, el umbral que mejor predice más metástasis es un PSA superior a 0,4 ng/mL y en aumento.

11. Recientemente se ha validado en una cohorte europea la estratificación de los pacientes con recurrencia bioquímica (BCR) por la Asociación Europea de Urología (EAU).

Señale a qué categoría corresponde el paciente descrito:

- a) BCR EAU de riesgo bajo.
- b) BCR EAU de riesgo alto.
- c) BCR EAU de riesgo intermedio.
- d) BCR EAU de riesgo muy alto.

12. En una TC y una gammagrafía ósea se identifican tres lesiones compatibles con metástasis óseas en la columna vertebral y una lesión de características similares en una costilla.

Señale cuál no es un factor pronóstico para la supervivencia en pacientes con cáncer de próstata metastásico:

- a) Número y ubicación de las metástasis óseas.
- b) Presencia de metástasis viscerales.
- c) Grado ISUP.
- d) Nivel de lactato deshidrogenasa (LDH) en sangre.



- 13. El estudio Latitude clasifica la enfermedad en grupos de riesgo alto y bajo según una serie de características. Para su categorización, ¿qué factor no se ha de tener en cuenta?**
- a) Número de metástasis óseas.
 - b) Existencia de metástasis viscerales.
 - c) Grado ISUP.
 - d) Edad del paciente.
- 14. Si se toma la clasificación Latitude para establecer el riesgo y la clasificación aportada por el estudio Chaarted para establecer el volumen de la enfermedad, el paciente se categoriza como de...**
- a) ...riesgo alto y volumen alto.
 - b) ...riesgo alto y volumen bajo.
 - c) ...riesgo bajo y volumen alto.
 - d) ...riesgo bajo y volumen bajo.
- 15. Señale la respuesta correcta respecto al tratamiento de los pacientes con enfermedad metastásica:**
- a) Deben ofrecerse antagonistas de la hormona liberadora de hormona luteinizante (LHRH) o una orquiectomía antes de comenzar la ADT, especialmente a pacientes con complicaciones clínicas inminentes como compresión de la médula espinal u obstrucción de la salida de la vejiga.
 - b) Debe posponerse un tratamiento sistémico temprano a los pacientes M1 asintomáticos de su tumor hasta la aparición de síntomas relacionados.
 - c) Debe ofrecerse monoterapia con antagonistas del receptor de andrógenos a los pacientes con enfermedad M1.
 - d) Debe ofrecerse ADT en monoterapia a los pacientes que no tienen contraindicaciones para la terapia combinada y tienen una expectativa de vida suficiente para beneficiarse de la terapia combinada (superior a 1 año).



16. Señale la respuesta incorrecta en relación con la terapia combinada basada en ADT:

- a) No existen datos comparativos directos que comparen seis ciclos de docetaxel y el uso continuo de apalutamida o de enzalutamida en cáncer de próstata hormonosensible metastático recién diagnosticado.
- b) La preferencia del paciente, los efectos secundarios y la disponibilidad son elementos que deben considerarse a la hora de elegir la terapia combinada adecuada.
- c) Existen varios metaanálisis que concluyen que la terapia combinada es más eficaz que la ADT sola, pero ninguna de las terapias combinadas ha demostrado claramente ser superior a otra.
- d) En caso de administrar enzalutamida deben asociarse al tratamiento corticoides a dosis bajas.



17. **Se inicia el tratamiento con ADT y enzalutamida. Se nota una mejoría clínica inicial así como un descenso de los niveles de PSA. Al cabo de un año, se determina una progresión bioquímica del PSA así como un empeoramiento clínico del paciente. La testosterona se mantiene en un rango de bloqueo hormonal.**

Para considerar que un paciente presenta un cáncer de próstata resistente a la castración hay que confirmar que los niveles de testosterona sérica son inferiores a 50 ng/dL o 1,7 nmol/L y debe presentar...

- a) ...una progresión bioquímica: dos elevaciones consecutivas de PSA, separadas por al menos una semana, con un incremento del 50 % sobre el nadir y siempre que este incremento dé lugar a un PSA mayor de 2 ng/ml; o una progresión radiológica: la aparición de nuevas lesiones en la gammagrafía ósea, ya sea dos o más lesiones óseas nuevas, o una lesión de tejido blando utilizando criterios de evaluación de respuesta en tumores sólidos (RECIST).
- b) ...una progresión bioquímica: tres elevaciones consecutivas de PSA, separadas por al menos una semana, con dos incrementos del 50 % sobre el nadir y siempre que este incremento dé lugar a un PSA mayor de 2 ng/ml; o una progresión radiológica: la aparición de nuevas lesiones en la gammagrafía ósea, ya sea dos o más lesiones óseas nuevas, o una lesión de tejido blando utilizando RECIST.
- c) ...una progresión bioquímica: tres elevaciones consecutivas de PSA, separadas por al menos una semana, con dos incrementos del 50 % sobre el nadir y siempre que este incremento dé lugar a un PSA mayor de 2 ng/ml; o una progresión radiológica: la aparición de nuevas lesiones en la gammagrafía ósea, ya sea tres o más lesiones óseas nuevas, o dos lesiones de tejido blando utilizando RECIST.
- d) ...una progresión bioquímica: dos elevaciones consecutivas de PSA, separadas por al menos dos semanas, con dos incrementos del 50 % sobre el nadir y siempre que este incremento dé lugar a un PSA mayor de 4 ng/ml; o una progresión radiológica: la aparición de nuevas lesiones en la gammagrafía ósea, ya sea tres o más lesiones óseas nuevas, o dos lesiones de tejido blando utilizando RECIST.



18. ¿Qué agente no está aprobado en Europa para el tratamiento del cáncer de próstata resistente a la castración metastásico (CPRCm)?

- a) Doxetacel.
- b) Olaparib.
- c) Radio-223.
- d) Rucaparib.

19. Las mutaciones de la línea germinal pueden impulsar el desarrollo de cáncer de próstata (CaP) agresivo.

Señale la respuesta incorrecta respecto a los hombres que deben ser considerados para la prueba de línea germinal:

- a) Hombres con CaP de riesgo alto y un miembro de la familia diagnosticado con CaP a una edad inferior a 60 años.
- b) Hombres con varios miembros de la familia diagnosticados con cáncer de próstata a una edad inferior a 60 años o un miembro de la familia que murió de CaP.
- c) Hombres con antecedentes familiares de mutaciones de la línea germinal de riesgo alto o antecedentes familiares de múltiples cánceres en el mismo lado de la familia.
- d) Hombres con CaP de riesgo bajo y un miembro de la familia diagnosticado con CaP a una edad superior a 60 años.

20. ¿Qué mutación de la línea germinal en los genes de reparación del ADN no está asociada a un riesgo mayor de cáncer de próstata?

- a) BRCA1.
- b) BRCA2.
- c) MSH2.
- d) PYH1.

Preguntas de reserva

- 21. Si se ha detectado una mutación del gen BRCA2 en el paciente, ¿qué compuesto es específico para dicha mutación, está aprobado por la EMA y se puede considerar como parte del tratamiento?**
- Olaparib.
 - Cabazitaxel.
 - Rucaparib.
 - Radio-223.
- 22. Señale la respuesta incorrecta respecto a los inhibidores de poli-(ADP-ribosa)-polimerasa (PARP):**
- Olaparib y rucaparib están autorizados por la FDA pero la EMA solo ha aprobado el olaparib.
 - La dosis recomendada de olaparib es de 600 mg al día (300 mg por vía oral dos veces al día), con o sin alimentos.
 - Existen otros inhibidores de PARP bajo investigación (p. ej. talazoparib y niraparib).
 - Olaparib y rucaparib están autorizados por la EMA pero la FDA solo ha aprobado olaparib.
- 23. Señale la afirmación correcta respecto a las metástasis óseas que presenta el paciente:**
- En pacientes con metástasis óseas se ha de comenzar inmediatamente con corticosteroides en dosis altas.
 - En pacientes con compresión de la médula espinal la opción inmediata a considerar es la radioterapia.
 - La radioterapia de intensidad modulada es una de las opciones paliativas para el tratamiento de las metástasis óseas dolorosas.
 - Los suplementos de calcio y vitamina D no son necesarios si se prescribe denosumab o bisfosfonatos.
- 24. Señale el efecto secundario con el que no se relaciona la terapia hormonal:**
- Síndrome metabólico.
 - Fracturas óseas.
 - Sofocos.
 - Visión borrosa.



Tema 2. Disfunción eréctil

La disfunción eréctil (DE) se define como la incapacidad persistente para lograr y mantener una erección suficiente para permitir un desempeño sexual satisfactorio, lo cual puede afectar a la salud psicosocial del paciente y tener un impacto significativo en su calidad de vida y la de sus parejas.

Acude a la consulta un paciente de 56 años que refiere impotencia sexual de dos años de evolución que ha ido progresando de forma paulatina y que ha llegado, en el momento actual, a dificultarle de forma seria las relaciones sexuales.

En la primera toma de contacto se debe hacer una anamnesis adecuada para, entre otros, valorar posibles factores de riesgo asociados.

1. ¿Cuál de los siguientes se considera un factor de riesgo para la disfunción eréctil?

- a) Hipertiroidismo.
- b) Fractura de fémur.
- c) Psoriasis.
- d) Glaucoma.

Hay que tener en cuenta si los pacientes que acuden a la consulta por disfunción eréctil se han sometido a algún tipo de tratamiento o cirugía pélvica (radioterapia, prostatectomía radical, cistectomía radical o cirugía colorrectal) porque pueden lesionar los haces neurovasculares que controlan el complejo mecanismo de la respuesta eréctil cavernosa.

2. Señale la afirmación incorrecta:

- a) La disfunción eréctil es común después de una prostatectomía radical, independientemente de la técnica quirúrgica utilizada.
- b) La disfunción eréctil es común después de la radioterapia externa y la braquiterapia.
- c) La disfunción eréctil es más frecuente después de la crioterapia y la ecografía focalizada de alta intensidad.
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es incorrecta.

El paciente comenta que hace tres años sufrió un infarto de miocardio no complicado así como que actualmente está tomando 10 mg de enalapril cada 12 h para el control de la hipertensión arterial (HTA).

3. **Según los datos aportados por el paciente, ¿a qué categoría de riesgo cardíaco pertenece según el II y el III Consenso de Princeton sobre disfunción sexual y riesgo cardíaco?**
 - a) Categoría de riesgo bajo.
 - b) Categoría de riesgo intermedio.
 - c) Categoría de riesgo alto.
 - d) Categoría de riesgo muy alto.

4. **¿Cuál no se considera una prueba diagnóstica específica para la disfunción eréctil?**
 - a) Prueba de inyección intracavernosa.
 - b) Cavernosografía.
 - c) Prueba de tumescencia y rigidez del pene nocturno (NPTR).
 - d) Resonancia magnética.

5. **Señale la respuesta incorrecta en cuanto al diagnóstico de la disfunción eréctil:**
 - a) Debe hacerse un historial médico y sexual completo de cada paciente que presente disfunción eréctil.
 - b) Debe considerarse el desarrollo psicosexual, incluidos los factores estresantes de la vida, los aspectos culturales y el estilo cognitivo y de pensamiento del paciente con respecto a su desempeño sexual.
 - c) Hay que evaluar las pruebas de laboratorio como la glucemia, la testosterona u otras hormonas (LH, FSH) aunque no es recomendable añadir más parámetros, como el perfil de lípidos.
 - d) Debe utilizarse un cuestionario validado relacionado con la disfunción eréctil para evaluar todos los dominios de la función sexual.

Tras una valoración inicial, se comprueba que el paciente tiene un IMC de 31,7 (obesidad) para una talla de 173 cm y un peso de 95 kg.

6. Señale la afirmación correcta respecto a los factores de riesgo y el estilo de vida:

- a) La disfunción eréctil nunca se relaciona con el estilo de vida o las drogas.
- b) Los consejos y pautas sobre cambios para introducir hábitos de vida saludable y abandonar el consumo de tóxicos pueden darse antes o al mismo tiempo que se usan terapias específicas.
- c) Los principales beneficios clínicos potenciales de los cambios en el estilo de vida pueden lograrse en hombres sin trastornos cardiovasculares.
- d) La disfunción eréctil no se relaciona con la hipertensión arterial.

7. ¿Cuál de las siguientes causas de disfunción eréctil no se consideran potencialmente curables?

- a) Disfunción eréctil psicógena.
- b) Disfunción eréctil arteriogénica postraumática en pacientes jóvenes.
- c) Disfunción eréctil de causa hormonal (p. ej. hipogonadismo).
- d) Disfunción eréctil tras prostatectomía radical.

Una vez hecha una anamnesis adecuada, una exploración física completa y pruebas complementarias específicas, se descarta que el paciente presente una causa de disfunción eréctil potencialmente curable. Por ello, se hace un asesoramiento guiado con el paciente (y su pareja, si es posible) para una terapia personalizada, de acuerdo con la invasividad, la tolerabilidad y la eficacia de las diferentes opciones terapéuticas y las expectativas de los pacientes.

8. En este paciente, ¿qué opción de tratamiento no se ha de tener en consideración?

- a) Suplementación con testosterona gel.
- b) Bomba de vacío.
- c) Terapia oral con fosfodiesterasa 5 (IPDE5).
- d) Alprostadil intracavernoso o intrauretral.

- 9. Señale el IPDE5 actualmente aprobado por la EMA que presenta un inicio de efecto más rápido:**
- a) Tadalafilo.
 - b) Sildenafil.
 - c) Vardenafilo.
 - d) Avanafilo.
- 10. De ellos, ¿cuál es eficaz durante más tiempo sin que se vea afectado por los alimentos?**
- a) Tadalafilo.
 - b) Sildenafil.
 - c) Vardenafilo.
 - d) Avanafilo.
- 11. ¿Cuál es el efecto adverso más común de los IPDE5?**
- a) Enrojecimiento.
 - b) Cefalea.
 - c) Dolor de espalda.
 - d) Dispepsia.
- 12. ¿Cuál no es un efecto adverso descrito para los IPDE5?**
- a) Visión anormal.
 - b) Mareo.
 - c) Estreñimiento.
 - d) Mialgias.
- 13. ¿Cuál es una de las razones principales por las que los pacientes no responden a una IPDE5?**
- a) Por el uso incorrecto del fármaco.
 - b) Porque el médico no se lo prescribe.
 - c) Por cefalea asociada.
 - d) Por vómitos tras la ingesta del fármaco.

- 14. Con el uso concomitante de determinados fármacos se ha de ajustar la dosis del IPDE5 debido a que puede modificar los niveles sanguíneos. ¿Qué fármaco no precisa de un ajuste a la baja del IPDE5?**
- a) Ritonavir.
 - b) Fenitoína.
 - c) Claritromicina.
 - d) Ketoconazol.
- 15. Señale cuál de las respuestas siguientes no se considera una complicación del uso del alprostadil intravenoso:**
- a) Dolor.
 - b) Fibrosis del cuerpo cavernoso.
 - c) Hemospermia.
 - d) Priapismo.
- 16. Señale la afirmación correcta:**
- a) Los trastornos hemorrágicos no son una contraindicación para el uso de alprostadil intracavernoso.
 - b) La mayoría de los abandonos del tratamiento ocurren dentro de los primeros dos o tres meses.
 - c) La falta de una pareja adecuada no se incluye entre las razones principales de abandono del tratamiento.
 - d) El uso de alprostadil intracavernoso, a diferencia de otros tratamientos, no se asocia a hipotensión.
- 17. Señale la afirmación incorrecta respecto a otras terapias de inyección intracavernosa disponibles, además del alprostadil intracavernoso:**
- a) La papaverina fue el primer fármaco oral utilizado para inyecciones intracavernosas.
 - b) El trimix (papaverina, fentolamina y alprostadil) tiene una menor incidencia de dolor en el pene debido a las dosis más bajas de alprostadil.
 - c) La fibrosis es más común cuando se usa papaverina.
 - d) No existen más terapias intracavernosas aprobadas que el alprostadil intracavernoso.

- 18. Señale la respuesta incorrecta respecto a las distintas alternativas terapéuticas:**
- a) Debe usarse un tratamiento con ondas de choque de baja intensidad en pacientes con disfunción eréctil vasculogénica que responden mal a los IPDE5.
 - b) Debe utilizarse plasma rico en plaquetas para tratar la disfunción eréctil como complemento a los tratamientos orales clásicos.
 - c) Deben usarse dispositivos de erección por vacío en pacientes que prefieran tratar de modo no invasivo y sin medicamentos la disfunción eréctil.
 - d) Deben utilizarse las inyecciones intracavernosas como terapia alternativa de primera línea en pacientes bien informados o como terapia de segunda línea.

Ante el fracaso de diferentes tratamientos, el paciente solicita información sobre la posibilidad de implantar una prótesis de pene.

- 19. Teniendo en cuenta que presenta una enfermedad de Dupuytren grado III en la mano dominante, ¿qué debe recomendarse?**
- a) No colocar una prótesis de pene.
 - b) Implantar una prótesis semirrígida o maleable.
 - c) Implantar una prótesis de dos componentes.
 - d) Implantar una prótesis de tres componentes.
- 20. ¿Qué tratamiento para la disfunción eréctil tiene una tasa mayor de satisfacción del paciente?**
- a) Prótesis de pene.
 - b) IPDE5.
 - c) Bombas de vacío.
 - d) Tratamiento intracavernoso.

Preguntas de reserva

- 21. ¿Qué técnica para prevenir la infección de las prótesis de pene carece de evidencia?**
- a) Rasurar con maquinilla y desinfectar con clorhexidina o alcohol.
 - b) Recubrir las prótesis de antibiótico.
 - c) Evitar la exposición prolongada de la herida y minimizar el contacto de la prótesis con la piel.
 - d) Todas tienen evidencia demostrada.
- 22. ¿Cuál no es la población de mayor riesgo de infección en la cirugía de implante de prótesis peneana?**
- a) Pacientes que se someten a una cirugía de revisión.
 - b) Pacientes con defensas alteradas del huésped (inmunosupresión, diabetes *mellitus* o lesión de la médula espinal).
 - c) Pacientes con fibrosis corporal del pene.
 - d) Pacientes con antecedentes de prostatectomía radical.
- 23. Tras la infección, ¿cuál es la complicación más habitual en la cirugía de implante de prótesis de pene?**
- a) Necrosis de glande.
 - b) Erosión distal de la uretra.
 - c) Fallo mecánico de la prótesis.
 - d) Erosión o perforación del cuerpo cavernoso.

Por todos es conocido que los pacientes sometidos a una prostatectomía radical presentan tasas elevadas de disfunción eréctil.

- 24. Señale la respuesta incorrecta respecto a los factores clave para preservar la función eréctil después de una prostatectomía radical:**
- a) Edad del paciente.
 - b) Función eréctil inicial.
 - c) Calidad de la técnica quirúrgica.
 - d) Implicación de la pareja.

Tema 3. Litiasis renal

1. **¿En qué casos la alcalinización de la orina no puede ser un tratamiento válido?**
 - a) Litiasis de oxalato cálcico monohidrato.
 - b) Litiasis de ácido úrico.
 - c) Litiasis de oxalato cálcico dihidrato.
 - d) Litiasis de fosfato amónico magnésico.

2. **¿Qué fármaco no está asociado a la formación de litiasis?**
 - a) Triamtereno.
 - b) Furosemida.
 - c) Indinavir.
 - d) Amoxicilina.

3. **Paciente de 56 años que acude a urgencias por dolor súbito de ocho horas de evolución en el flanco derecho irradiado sobre el hipogastrio junto con fiebre de 38 °C. En la analítica de sangre destaca 14.000 leucocitos más neutrofilia, una proteína C reactiva de 40 mg/dL, y una creatinina de 1,5 mg/dl. En la tira de orina se evidencia +++ de hematíes.**
¿Qué prueba diagnóstica de imagen inicial debe solicitarse?
 - a) TC abdominal y pelviana.
 - b) Ecografía renal y vesical.
 - c) Resonancia magnética nuclear (RMN) abdominal.
 - d) Urografía intravenosa.

4. **Paciente de 67 años con diabetes *mellitus* que ingresa en urgencias por malestar general, precedido de un cuadro de dolor lumbar derecho y fiebre. En la analítica destaca una leucocitosis a 23.000 más neutrofilia, alteración de los tiempos de coagulación y tendencia a la hipotensión 70/40. El sedimento de orina es normal. En la ecografía renal practicada se observa la imagen siguiente.**

¿De qué manera se debe proceder inmediatamente?



- a) Antibioterapia, fluidoterapia y desobstrucción de la vía urinaria.
 b) Antibioterapia, fluidoterapia y espera de la evolución clínica.
 c) Antibioterapia, fluidoterapia y TC abdominal.
 d) Antibioterapia, fluidoterapia y analítica con marcadores de sepsis.
5. **¿Cuál es la causa principal de la litiasis en los niños?**
- a) Reflujo vesicorenal.
 b) Megauréter.
 c) Estenosis pieloureteral.
 d) Duplicidad de vía urinaria.
6. **Un varón de 17 años con repetidos episodios de litiasis renal bilateral, que han ocasionado varias sesiones de litotricia extracorpórea y ureteroscopia, es remitido a la consulta para estudio. Durante el mismo se observan unos cristales hexagonales en la orina.**
- ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- a) Hiperoxaluria primaria.
 b) Acidosis tubular distal.
 c) Cistinuria.
 d) Hiperparatiroidismo.

7. **¿Qué alteración bioquímica urinaria asociada a la litiasis es la más frecuente?**
- Hiperuricosuria.
 - Hipercalciuria.
 - Hiperoxaluria.
 - Hiperfosfaturia.
8. **Señale la respuesta incorrecta respecto al tratamiento de la hipercalciuria:**
- En la hipercalciuria severa se recomienda el tratamiento farmacológico con indapamida.
 - Cuando se asocia a un pH urinario inferior a 5,2, se debe asociar citrato potásico.
 - En la hipercalciuria leve se aconseja la restricción de sal en la dieta.
 - En la hipercalciuria leve se aconseja exposición solar.
9. **Una mujer de 48 años con historia previa de infecciones urinarias de repetición y litiasis renal presenta actualmente un dolor lumbar cólico izquierdo. En la TC abdominal que se adjunta se observa una calcificación de 3,5 cm.**
- ¿Cuál es el tratamiento de primera elección?**

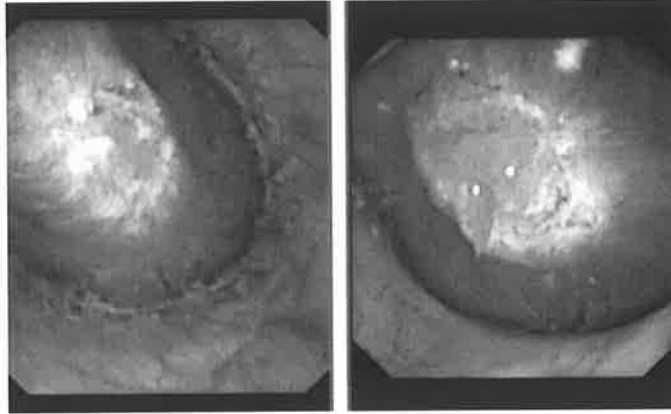


- Litotricia extracorpórea por ondas de choque.
- Ureteroscopia flexible.
- Nefrolitotomía percutánea.
- Pielolitotomía laparoscópica.

- 10. Señale la respuesta falsa en relación con la formación de los cálculos renales:**
- a) La sobresaturación urinaria de cristales está considerada como un factor promotor de la cristalización.
 - b) La nucleación heterogénea requiere una elevada sobresaturación urinaria.
 - c) El crecimiento cristalino depende de la sobresaturación y el tiempo de permanencia del cristal en el riñón.
 - d) La agregación secundaria es frecuente en la litiasis infectiva.
- 11. ¿Cuál es la alteración bioquímica urinaria más frecuentemente asociada a la litiasis de oxalato cálcico dihidrato?**
- a) Hiperoxaluria.
 - b) Hipermagnesiuria.
 - c) Hipercitraturia.
 - d) Hiper calciuria.
- 12. Señale la respuesta falsa en relación con el tratamiento médico de la litiasis renal:**
- a) En la litiasis úrica es recomendable el citrato potásico.
 - b) En la litiasis de oxalato cálcico dihidrato es recomendable reducir el consumo de sal.
 - c) En la litiasis de oxalato cálcico monohidrato es recomendable la vitamina C.
 - d) En la litiasis infectiva es recomendable la acidificación urinaria.
- 13. ¿Cuál es el abordaje inicial y menos invasivo para una litiasis de 1,5 cm localizada en la pelvis renal que produce cólicos renales intermitentes sobre un riñón funcionando, sano y sin alteraciones anatómicas?**
- a) Ureterorenoscopia y lasertricia.
 - b) Ingesta de líquidos y espera de la expulsión espontánea.
 - c) Nefrolitotomía percutánea.
 - d) Litotricia extracorpórea por ondas de choque.



14. Durante una sesión quirúrgica para el tratamiento de un varón de 47 años, mientras se hace una ureteroscopia con lasertricia de una litiasis renal se visualizan las imágenes siguientes durante la exploración. ¿Qué teoría puede explicar la formación de este tipo de calcificación?



- a) Teoría de las partículas libres.
- b) Nefrocalcinosis y litiasis papilar (calcificación Randall tipo 1).
- c) *Plug* tubular y litiasis papilar (calcificación Randall tipo 2).
- d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.



15. Se presenta en urgencias un varón de 55 años, exfumador de un paquete al día y con antecedentes de diabetes *mellitus*, porqué presenta dolor lumbar izquierdo cólico, irradiado hacia la zona testicular, sensación nauseosa y hematuria de unos días de evolución. Se administra un antiinflamatorio y desaparece la clínica. Al volver a hablar con el paciente, refiere síndrome miccional con polaquiuria y disuria. Se hace una analítica de sangre con normalidad de la serie roja y blanca, y con una creatinina de 1,1 mg/dl (normal hasta 1,20 mg/dl). En el sedimento de orina se objetiva un pH de 5, 100 hematíes por campo y escasa flora bacteriana. En la radiografía de abdomen no se visualiza nada llamativo y se decide hacer una ecografía renal y vesical, que se adjunta, y que es informada como ureterohidronefrosis moderada izquierda compatible con cólico renal, con el riñón derecho y la vejiga sin alteraciones.

¿Qué actitud es la más apropiada?



- Dadas las altas posibilidades, por la clínica que presenta el paciente, de tener una litiasis en uréter distal, debe plantearse un tratamiento expulsivo con corticoides y alfabloqueantes.
- Existe una obstrucción clara de la vía urinaria que está generando un cólico renal, por lo que debe plantearse la desobstrucción con una derivación urinaria tipo catéter JJ o una nefrostomía.
- Debido a que no existe un diagnóstico evidente, debe hacerse otra prueba de imagen (TC abdominal y pelviana) para filiar la causa de este cólico renal.
- Debe plantearse una alcalinización de la orina, ante la sospecha que la causante del cólico renal sea una litiasis de ácido úrico.

- 16. ¿Cuál es la alteración bioquímica observada más frecuentemente en los pacientes a los que se hace un *bypass* gástrico con Y de Roux?**
- a) Hipercalciuria.
 - b) Hipocitraturia.
 - c) Hiperoxaluria.
 - d) PH urinario bajo.
- 17. ¿Cuál es el mecanismo de acción primario del citrato en la prevención de la litiasis renal?**
- a) Reducción de la excreción de calcio urinario.
 - b) Formación de complejo con el calcio.
 - c) Formación de complejo con el oxalato.
 - d) Formación de complejo con el fosfato.
- 18. En la litiasis de oxalato cálcico, ¿de qué están compuestas principalmente las placas de Randall originadas en la membrana basal del asa de Henle?**
- a) Oxalato cálcico mono/dihidrato.
 - b) Brushita.
 - c) Carbonato cálcico.
 - d) Apatita / fosfato cálcico.
- 19. ¿Qué tratamiento está contraindicado en los pacientes con litiasis infectiva de repetición?**
- a) Ortofosfatos.
 - b) Diuréticos tiazídicos.
 - c) Ácido acetohidroxámico.
 - d) Fluoroquinolonas.



20. Una mujer de 19 años con antecedentes de litiasis renal de seis años de evolución acude a su evaluación porque presenta dolor cólico renal derecho. Explica que ha expulsado siete cálculos en el último año y medio. La ecografía no evidencia hidronefrosis. La TC abdominal diagnóstica siete cálculos de 3-4 mm en el riñón derecho y 8 en el izquierdo, también inferiores a 5 mm. El pH urinario está persistentemente por encima de 6,5. Los cálculos expulsados analizados son mixtos de oxalato cálcico dihidrato y fosfato cálcico.

¿Qué debe demostrar el test diagnóstico para este caso?

- a) Disminución de los niveles de hormona paratiroidea (PTH).
- b) Imposibilidad para reducir el pH urinario por debajo de 5,3.
- c) Normalización de la cifras de calcio urinario.
- d) Incremento marcado en los niveles de ácido úrico con el inicio del tratamiento.

Preguntas de reserva

21. Dos días después de una endopielotomía percutánea en un hombre de 45 años, en una nefrostografía se evidencia una nefrostomía en la pelvis renal, pero con paso de contraste al colon. El paciente está estable sin dolor abdominal ni signos claros de peritonitis.

¿Cuál es el procedimiento más adecuado?

- a) Mantener la nefrostomía y colocar un catéter ureteral.
- b) Mantener la nefrostomía y colocar un drenaje en el colon.
- c) Retirar la nefrostomía hasta dejarla en el colon y colocar un catéter ureteral.
- d) Empezar una nutrición parenteral y pensar en hacer una colostomía derivativa.

22. Un paciente joven sin antecedentes de litiasis renal es diagnosticado, a raíz de un dolor cólico renal, de una litiasis de 4 mm ureteral distal con leve obstrucción de la vía urinaria ipsilateral y sin signos de complicación.

¿Cuál es el tratamiento inicial más adecuado?

- a) Litotricia extracorpórea por ondas de choque.
- b) Tratamiento médico expulsivo.
- c) Ureteroscopia y extracción de litiasis.
- d) Colocación de catéter doble J.

23. ¿Qué tecnología utilizada para el tratamiento de la litiasis renal permite la fragmentación y la aspiración de fragmentos?

- a) Litotricia ultrasónica.
- b) Litotricia electrohidráulica.
- c) Litotricia láser.
- d) Litotricia balística.

24. Señale la respuesta falsa en relación con la formación de la litiasis renal:

- a) La hiperoxaluria se asocia a una litiasis de oxalato cálcico monohidrato.
- b) Un pH urinario elevado (superior a 6,2) se asocia a la litiasis de fosfato cálcico.
- c) Los estados de hiperglicemia se asocian a la litiasis de ácido úrico.
- d) La acidosis tubular se asocia a la litiasis de oxalato cálcico monohidrato.

Tema 4. Priapismo

Paciente varón de 55 años sin alergias a medicamentos conocidas.

Antecedentes:

- Fumador de un paquete al día.
- Hipercolesterolemia tratada con simvastatina desde hace cinco años.
- Hipertensión arterial tratada con enalapril desde hace cinco años.
- Vasectomía hace ocho años.
- Colectomía laparoscópica por colelitiasis hace diez años.
- Prostatismo leve no tratado. PSA 0,8 ng/ml hace dos años.

Motivo de la consulta:

Acude a urgencias motu proprio. Erección continuada y dolorosa desde hace doce horas tras haber recibido en otro centro una inyección intracavernosa para el tratamiento de la disfunción eréctil.

Según informe que aporta el paciente, se le administró una combinación de prostaglandina E2, fentolamina y papaverina un cuarto de hora antes del inicio de la erección. No se especifican las dosis respectivas.

El paciente refiere haber practicado relaciones sexuales con penetración de forma intermitente durante las seis horas siguientes sin lograr detumescencia con posterioridad. Al aparecer dolor en el pene, el paciente finalmente acude a urgencias. Desaparición de la excitación genésica.

Exploración:

- Paciente con buen estado general, consciente y orientado.
- Temperatura: 36,5 °C. TA: 150/85. FC: 85 lpm.
- Abdomen normal a la palpación. Tacto rectal: próstata mediana al tacto, de consistencia adenomatosa. Pene turgente en toda su extensión, doloroso al tacto.

1. ¿Qué condición está relacionada más frecuentemente con la aparición de priapismo?

- a) Traumatismos en el falo.
- b) Libido exaltada.
- c) Ingesta de anticoagulantes orales.
- d) Cirugía laparoscópica.

2. **¿Qué tipo de priapismo es el más frecuente?**
 - a) Priapismo isquémico.
 - b) Priapismo no isquémico.
 - c) Priapismo recurrente.
 - d) Priapismo traumático.

3. **¿Cuáles son los objetivos del tratamiento del priapismo?**
 - a) Restaurar la función sexual normal y prevenir la recurrencia.
 - b) Aliviar el dolor exclusivamente.
 - c) Evitar secuelas miccionales.
 - d) Soporte psicológico exclusivamente.

4. **¿Cuál es la principal secuela que suele producir un priapismo no tratado?**
 - a) Disfunción eréctil.
 - b) Infecciones urinarias.
 - c) Estenosis de uretra.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

5. **¿Cuál es el tratamiento quirúrgico de primera línea para tratar un priapismo no isquémico?**
 - a) Cortocircuito proximal.
 - b) Cortocircuito distal.
 - c) Embolización arterial.
 - d) Angioplastia percutánea.

6. **¿Qué aspecto en la historia clínica es menos relevante en el estudio de un caso de priapismo?**
 - a) Duración de la erección.
 - b) Empleo de medicación y de otras drogas.
 - c) Traumatismo perineal o pelviano reciente.
 - d) Alteraciones de la libido.



7. **¿Qué hallazgos analíticos son más frecuentes en el análisis de la sangre obtenida por punción del cuerpo cavernoso en un caso de priapismo isquémico?**
- a) Hipoxia y acidosis.
 - b) Hipoxia y alcalosis.
 - c) Hiperglucemia e hiponatremia.
 - d) Normalidad analítica.
8. **¿Qué tipo de priapismo necesita atención médica con mayor prioridad?**
- a) Priapismo isquémico.
 - b) Priapismo de flujo alto.
 - c) Priapismo intermitente.
 - d) Todos necesitan atención médica con la misma prioridad.
9. **¿Qué anomalía patológica subyace con mayor frecuencia en los casos de priapismo de flujo alto?**
- a) Fístula arteriocavernosa.
 - b) Fallo venooclusivo.
 - c) Neuropatía axonal.
 - d) Obstrucción arterial periférica.
10. **¿Cuál es el tratamiento de elección en los priapismos de flujo alto?**
- a) Pentoxifilina oral.
 - b) Embolización arterial selectiva.
 - c) Vendaje compresivo.
 - d) Antiinflamatorios no esteroideos.
11. **¿Qué factor es más relevante de cara al pronóstico funcional en los casos de priapismo de flujo bajo?**
- a) Tiempo de isquemia.
 - b) Edad.
 - c) Antecedente de cardiopatía isquémica.
 - d) Longitud del pene.



- 12. ¿Qué fármaco se asocia con mayor frecuencia a la aparición de priapismo?**
- a) Trazodona.
 - b) Metamizol.
 - c) Tamsulosina.
 - d) Alprazolam.
- 13. ¿En qué consiste el cortocircuito distal de Winter?**
- a) Derivación de la sangre de los cuerpos cavernosos al cuerpo esponjoso mediante una punción bilateral en el glande.
 - b) Derivación de la sangre de los cuerpos cavernosos a la vena safena mediante un injerto de dacrón.
 - c) Derivación de la sangre de los cuerpos cavernosos a la vena ilíaca.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 14. ¿Qué tipo de priapismo se considera más probable en este caso clínico?**
- a) Priapismo isquémico.
 - b) Priapismo de flujo alto.
 - c) Priapismo idiopático.
 - d) Priapismo por satiriasis.
- 15. ¿Qué maniobra terapéutica está más indicada para el caso?**
- a) Masaje prostático.
 - b) Antiinflamatorios no esteroideos.
 - c) Ejercicio físico durante 30 minutos.
 - d) Extracción de sangre de cuerpos cavernosos e inyección de etilefrina intracavernosa.
- 16. ¿Qué efectos secundarios deben esperarse y monitorizarse durante y después de la administración de agentes simpaticomiméticos intracavernosos para el tratamiento del priapismo?**
- a) Hipertensión y taquiarritmias.
 - b) Hipotensión y bradiarritmias.
 - c) Alcalosis metabólica.
 - d) Opistótonos.



17. **¿Cuál es la evolución histopatológica más frecuente a medio plazo en los cuerpos cavernosos tras un episodio de priapismo isquémico de evolución larga (superior a 48 horas) sin tratamiento?**
- a) Hialinización.
 - b) Fibrosis.
 - c) Infiltración polimorfonuclear.
 - d) Depósitos amiláceos subendoteliales.
18. **¿De qué tipo es el priapismo secundario asociado a un trastorno de la neuroregulación central o periférica del mecanismo de la erección?**
- a) Isquémico y/o de flujo alto.
 - b) Idiopático.
 - c) Psicógeno.
 - d) Los trastornos neuroregulativos de la erección no son una causa de priapismo.
19. **¿En qué posición debe efectuarse la ecografía Doppler para la evaluación de un priapismo?**
- a) Decúbito supino.
 - b) Decúbito lateral.
 - c) Pedestación.
 - d) Litotomía.
20. **¿En qué consiste el cortocircuito distal de al-Ghorab?**
- a) Incisión de glande o apertura de sendas ventanas en los extremos distales de los cuerpos cavernosos.
 - b) Anastomosis de un cuerpo cavernoso con otro.
 - c) Anastomosis de un cuerpo cavernoso con una vena dorsal superficial.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

Preguntas de reserva

- 21. ¿En qué consiste el cortocircuito de Grayhack?**
- a) Derivación de los cuerpos cavernosos directamente a la vena ilíaca.
 - b) Derivación de un cuerpo cavernoso a la vena safena externa.
 - c) Comunicación entre cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso a nivel de la raíz del pene.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 22. ¿Cuál es el porcentaje más aproximado de resolución espontánea de un priapismo de flujo alto sin tratamiento?**
- a) 90 %.
 - b) 60 %.
 - c) 30 %.
 - d) 10 %.
- 23. ¿Qué exploración no forma parte de la valoración inicial en urgencias de un caso de priapismo?**
- a) Exploración física.
 - b) Ecografía Doppler.
 - c) Arteriografía.
 - d) Gasometría de sangre de cuerpos cavernosos.
- 24. En el caso de un priapismo isquémico de más de 36 horas de evolución, ¿cuándo debe implantarse una prótesis de pene si el paciente así lo desea?**
- a) Lo más precozmente posible a fin de no encontrar una fibrosis excesiva en los cuerpos cavernosos.
 - b) Se debe demorar el procedimiento como mínimo seis meses y tratar con corticoides para reducir la fibrosis.
 - c) El tiempo de demora no influye en los resultados.
 - d) La colocación de una prótesis de pene está contraindicada en estos casos.

**Tema 5. Trasplante renal y enfermedades vasculares renales**

En el postoperatorio de un trasplante renal (creatinina plasmática de 1,9 mg/dl), en el control ecográfico se evidencia una colección hipocóica periinjerto de 8 cm. Se hace una punción evacuadora cuyo análisis bioquímico es creatinina de 2,00 mg/dl.

1. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Hematoma periinjerto.
- b) Pielonefritis.
- c) Urinoma.
- d) Linfocèle.

2. ¿Cuál es la causa de insuficiencia renal crónica más frecuente en los pacientes en lista de espera para un trasplante renal?

- a) Poliquistosis renal.
- b) Enfermedades urológicas.
- c) Diabetes.
- d) Etiología desconocida.

3. ¿Cuál es el dato crítico para la viabilidad de los órganos en una extracción en asistolia?

- a) Tiempo de isquemia caliente.
- b) Tiempo de isquemia fría.
- c) El aspecto macroscópico de los órganos.
- d) La causa de muerte del donante.

4. ¿Qué tratamiento de sostén para evitar el rechazo en el trasplante no se considera válido?

- a) Corticosteroides.
- b) Azatioprina.
- c) Tamoxifeno.
- d) Micofenolato de mofetil.

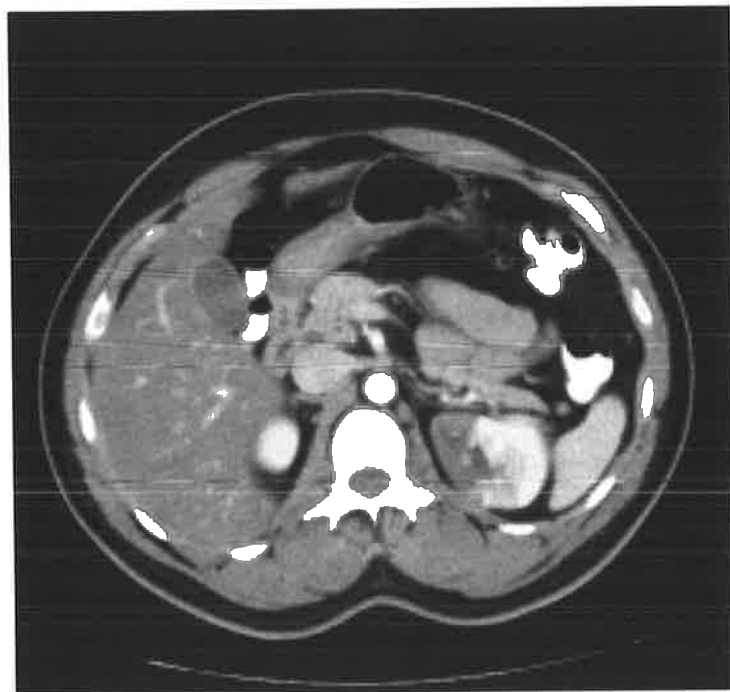
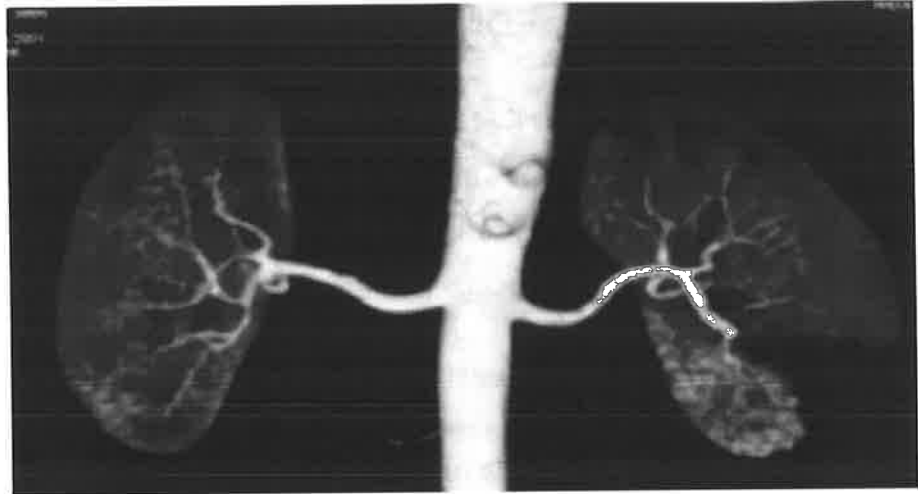
5. **¿Cuál no es una contraindicación para el trasplante?**
- a) Infección activa.
 - b) Dificultades psicosociales que impiden llevar un seguimiento adecuado.
 - c) Edad mayor de 70 años.
 - d) Enfermedad vascular irreparable.
6. **¿Cuál no es un componente del sistema inmunitario innato?**
- a) Linfocitos B.
 - b) Células asesinas naturales (*Natural Killers*).
 - c) Macrófagos.
 - d) Células dendríticas.
7. **¿A qué se debe fundamentalmente el rechazo hiperagudo en las primeras horas de un trasplante?**
- a) Rechazo celular mediado por linfocitos T.
 - b) Rechazo celular mediado por linfocitos B.
 - c) Rechazo mediado por anticuerpos preformados.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
8. **¿Qué enfermedad renal tiene una probabilidad alta de recurrencia en un riñón trasplantado?**
- a) Glomerulonefritis crónica.
 - b) Glomeruloesclerosis focal y segmentaria.
 - c) Nefropatía IgA.
 - d) Síndrome de Alport.
9. **¿Qué fármaco no es un inmunosupresor frente a la respuesta humoral?**
- a) Bortezomib.
 - b) Rituximab.
 - c) Belatacept.
 - d) Eculizumab.



10. **¿Cuál es el cáncer más frecuente en las personas con un trasplante renal?**
- a) Cáncer de piel no melanoma.
 - b) Sarcoma de Kaposi.
 - c) Linfoma de Hodgkin.
 - d) Cáncer de páncreas.
11. **¿Qué es el *tiempo de isquemia fría* en un trasplante renal?**
- a) El tiempo entre el paro circulatorio y el inicio de la reperusión del órgano.
 - b) El tiempo entre el paro circulatorio y el inicio de la perfusión con solución de conservación.
 - c) El tiempo entre el inicio de la perfusión con solución conservante y la reperusión del órgano.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
12. **¿Cuál no es una función del sistema antígeno leucocitario humano (HLA)?**
- a) Presentar antígenos extraños al sistema inmunitario.
 - b) Reconocer y eliminar antígenos extraños.
 - c) Inducir el rechazo celular mediado por los linfocitos B.
 - d) Inducir el rechazo humoral a través de anticuerpos circulantes contra las moléculas HLA del donante.
13. **¿Qué parte de la inmunidad está más involucrada en el rechazo que frecuentemente se observa en los trasplantes?**
- a) Inmunidad innata.
 - b) Inmunidad adquirida.
 - c) Las dos respuestas anteriores son correctas.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
14. **Un rechazo mediado por anticuerpos es un rechazo de causa...**
- a) ...humoral.
 - b) ...celular.
 - c) ...humoral y celular por igual.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.



- 15. ¿Qué compatibilidad debe asegurarse al máximo antes de hacer un trasplante?**
- a) Sistema HLA.
 - b) Anticuerpos monoclonales.
 - c) Antígenos séricos.
 - d) Células plasmocitoides.
- 16. Señale la respuesta incorrecta en relación con el trasplante renal:**
- a) El trasplante renal de un donante en asistolia tiene un retraso mayor en el inicio de la función renal.
 - b) Dentro de las complicaciones vasculares más graves está la trombosis venosa.
 - c) Los sueros para preservar los órganos tienen como objetivo evitar la alcalosis intracelular.
 - d) La perfusión hipotérmica pulsátil permite aumentar el tiempo de isquemia fría con más seguridad.
- 17. En el trasplante renal, ¿dónde se hacen, preferentemente, las anastomosis vasculares?**
- a) En los vasos aórticos.
 - b) En los vasos ilíacos.
 - c) En los vasos mesentéricos.
 - d) En los vasos femorales.
- 18. Mujer de 72 años con antecedentes de diabetes *mellitus*, HTA y fibrilación auricular sin tratamiento, consulta en urgencias por un dolor súbito en la zona lumbar izquierda y vómitos de doce horas de evolución. En la exploración física, el abdomen es blando, depresible y sin irritación peritoneal. En el sedimento de orina destaca una microhematuria de 20 h/campo, sin otras alteraciones. En la analítica de sangre se observa una leucocitosis de 10.000 (90 % neutrofilia), LDH elevada y una creatinina de 1,5 mg/dl. Se hace una TC abdominal con contraste EV y reconstrucción (véanse las imágenes de la página siguiente).**



¿Cuáles son el diagnóstico de presunción y el procedimiento iniciales?

- a) Estenosis no significativa de la arteria renal (< 20 %). Debe iniciarse tratamiento con fármacos inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (IECA), ya que probablemente resolverán el cuadro clínico.
- b) Estenosis significativa de la arteria renal (> 50 %). Dado el fallo renal incipiente, los IECA están contraindicados.
- c) Embolia de la arteria renal. Debe hacerse un tratamiento de fibrinólisis o de anticoagulación urgentes.
- d) Inicio de pielonefritis aguda. Debe hacerse un tratamiento antibiótico de amplio espectro.

- 19. ¿Cuál es la anastomosis que se hace comúnmente para la reconstrucción de la vía urinaria en el trasplante renal?**
- a) Ureteropielostomía.
 - b) Ureteroureterostomía.
 - c) Vesicopielostomía.
 - d) Ureteroneocistostomía.
- 20. ¿Qué virus suele ser el causante de la cistitis hemorrágica de los pacientes inmunodeprimidos?**
- a) Citomegalovirus.
 - b) Adenovirus.
 - c) Herpes simple tipo 1.
 - d) Herpes simple tipo 2.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la respuesta correcta respecto a una persona menor de 18 años que quiere ser donante de órgano en vivo.**
- a) Si la persona tiene entre 16 y 18 años, la decisión corresponde a la persona menor si demuestra que es capaz de comprender el alcance del procedimiento, pero los padres o tutores deben ser consultados obligatoriamente.
 - b) Si la persona tiene entre 16 y 18 años, la decisión corresponde a los padres o tutores legales, pero la persona menor debe ser consultada si demuestra que es capaz de comprender el alcance del procedimiento.
 - c) En caso de conflicto entre el criterio del menor y el de sus padres o tutores legales, debe resolver un juez mediante la aplicación del principio del interés superior del menor.
 - d) Los menores de 18 años no pueden ser donantes de órgano en vivo, según la ley. No hay excepciones.

- 22. Dentro de la valoración previa al trasplante, el *cross-match* es una prueba que debe hacerse para...**
- a) ...almacenar correctamente los órganos y asegurar su temperatura baja.
 - b) ...evitar la pérdida del trifosfato de adenosina (ATP) intracelular necesario para mantener el metabolismo.
 - c) ...asegurar la perfusión correcta de los órganos durante la extracción.
 - d) ...conocer la reacción del sistema HLA.
- 23. ¿Cuáles son los objetivos iniciales de tensión arterial y diuresis que deben conseguirse para considerar apto a un donante en muerte encefálica?**
- a) 100 mm Hg y 0,25 ml/kg/hora respectivamente.
 - b) 60 mm Hg y 0,5 ml/kg/hora respectivamente.
 - c) 90 mm Hg y 0,5 ml/kg/hora respectivamente.
 - d) 80 mm Hg y 0,4 ml/kg/hora respectivamente.
- 24. Señale la respuesta incorrecta en relación con el trasplante renal:**
- a) El objetivo de los líquidos de preservación es minimizar la lesión de isquemia-reperfusión.
 - b) La obtención de un riñón de donante vivo solo puede plantearse con el riñón derecho.
 - c) El implante renal se lleva a cabo preferiblemente en la fosa ilíaca derecha.
 - d) Una de las contraindicaciones relativas de la donación renal en vivo son las malformaciones vasculares.

Tema 6. Traumatismo abdominal

Paciente de 53 años con antecedentes de HTA, DM II y enfermedad renal crónica (ERC), trabajador de la construcción, es atendido en urgencias a causa de un accidente laboral por traumatismo abdominal penetrante con un orificio de entrada en el flanco derecho.

Está hemodinámicamente inestable en el momento de la atención extrahospitalaria inmediata. TA: 90/50 mm/Hg, FC: 107 lpm, FR: 27 rpm. Sat.: 95 %.

A su ingreso en urgencias persiste la inestabilidad hemodinámica aunque con expansores del plasma se logra remontar la TA hasta 100/60. Las analíticas muestran una hemoglobina de 9 gr/dl, leucocitosis de 18.000, creatinina de 2,1 mg/dl, urea de 63 mg/dl, filtración glomerular de 33 ml/min/1,73 m². El análisis de orina presenta microhematuria.

Está consciente, ansioso, con dolor controlado con opiáceos. El abdomen es doloroso difusamente. Se aprecia un orificio en el flanco derecho de unos 3 cm, contractura muscular y signos de irritación peritoneal. Durante el paso del paciente a radiología padece un nuevo cuadro de hipotensión arterial por lo cual cirugía general indica una laparotomía exploradora urgente. Se solicita una evaluación intraoperatoria por urología.

Se hace una laparotomía exploradora a través de una incisión vertical media supra e infraumbilical. Se halla un hemoperitoneo, una pequeña lesión de colon ascendente que es suturada y una herida en el lóbulo derecho hepático, que es rafeado. Se evidencia un hematoma retroperitoneal derecho.

1. ¿Cuál es la conducta menos apropiada que debe seguirse?

- a) Abrir y explorar el hematoma que late y se expande.
- b) Si no se expande, el hematoma no debe explorarse.
- c) Si el hematoma es central, no debe explorarse.
- d) Urografía intravenosa (UIV) *one shot*.

2. Señale la afirmación correcta:

- a) Los uréteres, por su anatomía, se lesionan fácilmente en heridas abdominales.
- b) La avulsión ureteral es más frecuente en adultos que en niños.
- c) Los uréteres se lesionan en el 1 % de los traumatismos genitourinarios.
- d) Se presentan lesiones ureterales en el 50 % de los traumatismos genitourinarios.

- 3. Señale la afirmación correcta:**
- a) Los traumatismos ureterales siempre cursan con micro o macrohematuria.
 - b) La hematuria, bien sea microscópica o macroscópica, es patognomónica de traumatismo ureteral.
 - c) La hematuria se presenta en el 50-75 % de los casos.
 - d) La ausencia de hematuria descarta el traumatismo ureteral.
- 4. Señale el signo clínico menos característico de un traumatismo ureteral reconocido tardíamente:**
- a) Dolor lumbar.
 - b) Hematuria.
 - c) Aumento del drenaje.
 - d) Vómitos.
- 5. ¿Cuál es el método diagnóstico más indicado como primera opción ante los casos dudosos de un traumatismo ureteral?**
- a) La TC multifásica.
 - b) La UIV.
 - c) Ureteropielografía retrógrada o anterógrada.
 - d) Resonancia magnética nuclear (RNM) renal.
- 6. Señale la opción más indicada ante una lesión ureteral visualizada intraoperatoriamente:**
- a) Siempre debe hacerse una reparación primaria.
 - b) Siempre debe hacerse una nefrostomía percutánea derivativa.
 - c) Siempre debe hacerse una derivación urinaria.
 - d) Siempre debe repararse en un segundo tiempo.
- 7. En lesiones ureterales proximales, ¿cuál es la técnica menos adecuada?**
- a) Ureteroureteroanastomosis termino terminal.
 - b) Boari *flap*.
 - c) Ureterocalicostomía.
 - d) Ligadura del uréter y nefrostomía percutánea.



8. **Si el paciente es monorreno funcional y se encuentra una avulsión total del uréter del riñón sano, ¿cuál es el procedimiento terapéutico teórico más apropiado?**
- a) Interposición de un segmento ileal.
 - b) Autotrasplante renal.
 - c) Nefrectomía.
 - d) Ligadura del uréter, nefrostomía y reparación en un segundo tiempo.
9. **¿Cuál es la actuación más adecuada ante la persistencia de una extravasación urinaria en un traumatismo de un riñón viable?**
- a) Nefrectomía.
 - b) Reparación quirúrgica.
 - c) Cateterismo ureteral más drenaje.
 - d) Observación activa.
10. **¿En qué caso es más efectiva la angioembolización renal?**
- a) Lesión renal grado 3.
 - b) Lesión renal grado 4.
 - c) Lesión renal grado 5.
 - d) No es de utilidad en traumatismos renales.
11. **Ante un traumatismo renal, no es necesario colocar una sonda vesical...**
- a) ...en un paciente al que se le coloca un catéter ureteral.
 - b) ...en un paciente con lesión de grado bajo, estable.
 - c) ...en un paciente con hematuria visible.
 - d) La sonda vesical es necesaria en todos los traumatismos renales.
12. **¿Cuál es la causa más frecuente de las lesiones traumáticas de uréter?**
- a) Accidente de tránsito.
 - b) Caída accidental desde cierta altura.
 - c) Yatrogenia.
 - d) Lesión deportiva.

- 13. Señale la respuesta correcta sobre el diagnóstico topográfico inicial de las lesiones traumáticas de uréter:**
- a) El ultrasonido es la prueba diagnóstica más precisa.
 - b) La radiografía simple es suficiente para detectar la lesión.
 - c) La cistoscopia es necesaria para valorar adecuadamente la lesión.
 - d) La tomografía computarizada con contraste es la exploración más precisa.
- 14. ¿En qué parte del riñón es más común que se produzcan los traumatismos?**
- a) En la corteza renal.
 - b) En la médula renal.
 - c) En la pelvis renal.
 - d) En la arteria renal.
- 15. ¿Cuál es la localización más frecuente de los traumatismos ureterales yatrógenos?**
- a) Uréter lumbar alto.
 - b) Uréter lumbar medio.
 - c) Tercio distal del uréter.
 - d) No hay una localización significativamente más frecuente.
- 16. ¿Cuál es la causa más frecuente de una lesión perforante de la arteria renal?**
- a) Procedimientos endovasculares.
 - b) Procedimientos endourológicos.
 - c) Trauma penetrante.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 17. ¿Cuál es el sustrato patológico inicial más frecuente en las lesiones trombóticas de la arteria renal por desaceleración?**
- a) Pseudoaneurisma.
 - b) Desgarro de la capa íntima.
 - c) Fístula arteriovenosa.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.



- 18. ¿Cómo se clasifica en la escala de la American Association for the Surgery of Trauma (AAST) un traumatismo renal con desgarro del parénquima desde la corteza hasta el sistema colector?**
- a) Grado 2.
 - b) Grado 3.
 - c) Grado 4.
 - d) Grado 5.
- 19. ¿Qué complicación tardía es menos frecuente tras un traumatismo renal con hematoma perirrenal?**
- a) HTA.
 - b) Dolor crónico.
 - c) Disminución del filtrado glomerular.
 - d) Síndrome miccional.
- 20. Ante un traumatismo renal cerrado grado 2 en la clasificación de la AAST en un paciente estable, ¿qué opción terapéutica es la más adecuada?**
- a) Reposo absoluto, monitorización de constantes y fluidoterapia.
 - b) Arteriografía.
 - c) Lumbotomía exploradora.
 - d) Lumboscopia.

Preguntas de reserva

- 21. ¿Cuál es el criterio principal que marca la actitud inicial en un traumatismo renal?**
- a) La estabilidad hemodinámica.
 - b) La temperatura.
 - c) Las preferencias del paciente.
 - d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.
- 22. ¿En qué subtipo de pacientes con traumatismo renal cerrado se puede evitar una exploración radiológica?**
- a) Los que tienen microhematuria y están hemodinámicamente estables.
 - b) Los que tienen hematuria macroscópica.
 - c) Los que están hemodinámicamente inestables.
 - d) Aquellos en los que se sospechan lesiones extraurinarias asociadas.
- 23. ¿Qué función puede tener la ecografía en el tratamiento de los traumatismos renales?**
- a) Evaluación precoz de la topografía lesional.
 - b) Estudio de eventuales dilataciones de la vía excretora.
 - c) Control seriado de lesiones ya previamente caracterizadas mediante TC como por ejemplo hematomas y urinomas y monitorización de la resolución.
 - d) No tiene ninguna indicación.
- 24. ¿Cuándo debe explorarse una lesión renal por arma de fuego?**
- a) Cuando interesa al hilio renal o hay sangrado retroperitoneal activo.
 - b) Siempre.
 - c) Nunca.
 - d) Cuando hay hematuria.

Tema 7. Tumores renales

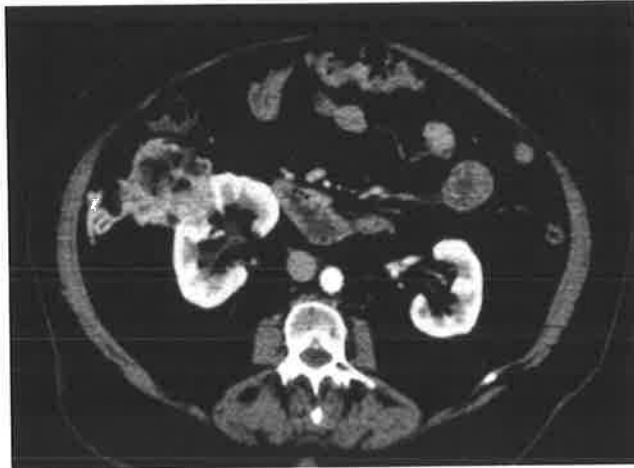
1. **Varón de 77 años con antecedentes de demencia senil e infarto de miocardio en el que, a raíz de una TC para el estudio de un aneurisma aórtico, se evidencia una tumoración renal derecha de 2,5 cm cortical. ¿Cuál es la actitud más adecuada?**
 - a) Nefrectomía parcial laparoscópica.
 - b) Observación y seguimiento.
 - c) Inmunoterapia dirigida.
 - d) Nefrectomía radical laparoscópica.

2. **¿Qué se utiliza frecuentemente en el tratamiento complementario del carcinoma renal avanzado metastásico?**
 - a) Quimioterapia con agentes alquilantes.
 - b) Sunitinib.
 - c) Radioterapia.
 - d) Observación.

3. **¿Qué tumor renal tiene peor pronóstico?**
 - a) De células claras.
 - b) Cromóforo.
 - c) Papilar.
 - d) Oncocitoma.

4. **Varón de 27 años que está en seguimiento en neurología por un hemangioma cerebeloso y retiniano. En el estudio de revisión se evidencian tumores renales bilaterales pequeños. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
 - a) Síndrome de Meckel.
 - b) Esclerosis tuberosa.
 - c) Neurofibromatosis juvenil.
 - d) Enfermedad de von Hippel-Lindau.

5. Varón de 56 años, bombero de profesión, sin antecedentes de interés. A raíz de un estudio por dolor abdominal se observa una tumoración renal derecha de 5 cm. Se adjunta imagen. ¿Cuál es la actitud más adecuada?



- a) Embolización selectiva de la lesión.
- b) Nefrectomía y suprarrenalectomía completa.
- c) Nefrectomía parcial laparoscópica.
- d) Radioterapia preoperatoria.
6. Señale la afirmación incorrecta en relación con el carcinoma renal papilar:
- a) Corresponde al 10-15 % de todos los tumores malignos renales.
- b) Suele haber un componente hereditario asociado al gen L-myc.
- c) El tipo 1 suele tener mejor pronóstico que el tipo 2.
- d) Su origen está en las células del túbulo contorneado distal.



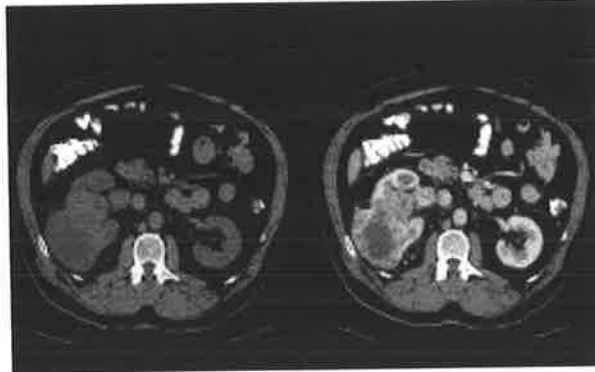
7. **Mujer de 32 años con antecedentes de epilepsia desde la infancia, retraso mental, angiofibromas faciales y manchas hipomelánicas. Por un cuadro de dolor abdominal se le hace una TC abdominal en la que se aprecian varias lesiones renales. ¿De qué tipo de lesión se trata y qué enfermedad padece?**



- a) Quiste renal, poliquistosis renal autosómica dominante.
- b) Carcinoma renal de células claras, enfermedad de von Hippel-Lindau.
- c) Angiomiolipoma renal, esclerosis tuberosa.
- d) Neurofibroma, neurofibromatosis.
8. **Varón de 65 años que consulta por un episodio de hematuria franca indolora dos días antes, sin otra sintomatología que la acompañe. La historia clínica no indica sospecha de un determinado origen y la tira de orina de ese día revela la existencia de hematuria, aunque la orina es clara. ¿Qué prueba debe solicitarse en primer lugar para orientar el diagnóstico?**
- a) Urografía intravenosa.
- b) Radiografía simple de abdomen.
- c) Ecografía renal y de las vías urinarias.
- d) Tomografía axial computarizada.

9. Varón de 54 años sin antecedentes de interés que consulta por hematuria total sin coágulos. Se hace una TC abdominal y pulmonar con contraste y se informa una masa renal derecha en el tercio medio inferior de 10 cm, heterogénea, que capta el contraste, con invasión de la vena renal y que sugiere un tumor renal, sin adenopatías locoregionales ni metástasis a distancia. En la analítica se evidencia una hemoglobina de 12,6 g/l y creatinina de 1,0 mg/dl.

¿Cuál debe ser el siguiente paso?



- a) Plantear una biopsia ya que posiblemente cambie la actitud posterior.
- b) Hacer una nefrectomía parcial.
- c) Hacer una nefrectomía radical.
- d) Plantear, de entrada, un tratamiento con inmunoterapia.
10. Señale la respuesta falsa en relación con los tumores del parénquima renal:
- a) El oncocitoma es un tumor benigno, con rara transformación a la malignidad.
- b) El angiomiolipoma es un tumor renal asociado a la enfermedad de von Hippel-Lindau.
- c) El oncocitoma se asocia a los tumores de colon y pulmón en el síndrome de Birt-Hogg-Dubé.
- d) El adenocarcinoma renal de células claras es el tumor renal maligno más frecuente.

11. **¿Cuál de las respuestas siguientes no es una de las ventajas de la nefrectomía parcial en comparación con la radical en estadio 1 y con un riñón contralateral normal?**
- a) Mejor función renal a largo plazo.
 - b) Menor riesgo de eventos cardiovasculares.
 - c) Tasas similares de supervivencia específica al cáncer de riñón.
 - d) Menor incidencia de recurrencia local.
12. **¿Qué dos modalidades de diagnóstico por imagen deben solicitarse para estudiar la extensión local de una trombosis tumoral a la vena cava?**
- a) Ecografía abdominal y TC abdominal.
 - b) RMN abdominal y angiografía renal arterial.
 - c) RMN abdominal y TC abdominal.
 - d) Venografía y ecografía transesofágica.
13. **Señale cuál no es un factor clínico considerado pronóstico por el International Metastatic Renal Cancer Cell Database Consortium (IMDC):**
- a) Hemoglobina inferior al límite de la normalidad.
 - b) Calcio corregido superior al límite de la normalidad.
 - c) LDH superior al límite de la normalidad.
 - d) Recuento plaquetario superior al límite la normalidad.
14. **A un varón sano de 79 años se le diagnostica un tumor renal central sobre el que se hace una biopsia con resultado de oncocitoma. El riñón contralateral es normal y la función renal de creatinina sérica de 1 mg/dl. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada?**
- a) Termoterapia ablativa con radiofrecuencia.
 - b) Observación y seguimiento en 6-12 meses.
 - c) Nefrectomía parcial.
 - d) Nefrectomía radical.

- 15. ¿Qué factor de riesgo está claramente asociado al cáncer renal?**
- a) Tabaco.
 - b) Dieta rica en grasas.
 - c) Radiación previa.
 - d) Diuréticos.
- 16. ¿Cuál es la causa más frecuente de muerte en los pacientes con enfermedad de von Hippel-Lindau?**
- a) Cáncer renal.
 - b) Hemangioma cerebral.
 - c) Feocromocitoma.
 - d) Fallo renal.
- 17. ¿Cuál es la molécula principal proangiogénica en el cáncer renal de células claras?**
- a) FGF.
 - b) VEGF.
 - c) EFG.
 - d) B-TGF.
- 18. ¿Qué anomalías citogenéticas están comúnmente asociadas al carcinoma papilar renal?**
- a) Trisomía del cromosoma 7.
 - b) Pérdida del cromosoma 17.
 - c) Pérdida del cromosoma 7.
 - d) Pérdida de todas las partes del cromosoma 3.



19. Durante una nefrectomía radical laparoscópica el ritmo de diuresis es de 30 cc después de dos horas de cirugía. La tensión arterial y la frecuencia cardíaca son normales. Al paciente se le han administrado 1.200 cc de solución Ringer durante el procedimiento, su pérdida hemática es, hasta el momento, de 175 cc.

¿Cuál es el siguiente paso?

- a) Continuar la cirugía.
- b) Administrar 12,5 g de manitol.
- c) Comprobar que la sonda vesical está colocada correctamente.
- d) Administrar bolos de fluidos intravenosos.

20. Un señora de 60 años se presenta en urgencias con hematuria macroscópica, taquicardia e hipotensión siete días después de una nefrectomía parcial laparoscópica. Su nivel de hematocrito es del 22 %. Después de estabilizar a la paciente, ¿cuál es el siguiente paso?

- a) Electrocardiograma.
- b) Angiotomografía computarizada con embolización.
- c) TC abdominal con contraste.
- d) Ecografía renal.

Preguntas de reserva

21. Paciente que durante el quinto día postoperatorio de una nefrectomía izquierda y debido a un débito alto por drenaje abdominal, se analiza bioquímicamente y se constata un aumento de las amilasas. Una TC abdominal evidencia la dilatación de las asas del intestino delgado, con líquido libre alrededor de la cola del páncreas e íleo reflejo.

¿Cómo debe actuarse en esta situación?

- a) Antibióticos.
- b) Exploración quirúrgica.
- c) Sonda nasogástrica, nutrición parenteral y tratamiento conservador.
- d) Sonda nasogástrica, dieta baja en grasas y tratamiento conservador.

22. Durante el segundo día postoperatorio de una nefrectomía radical izquierda por un tumor complejo de 14 cm utilizando una incisión media anterior, el paciente presenta signos de peritonitis. Tiene 72 años y una enfermedad aterosclerótica severa. Durante la cirugía se comprueba un paquete intestinal de delgado con signos de necrosis.

¿Qué arteria fue ligada inadvertidamente?

- a) Mesentérica inferior.
- b) Gástrica izquierda.
- c) Mesentérica superior.
- d) Celíaca.

23. Mujer de 58 años con antecedentes de nefrectomía radical seis años antes por un carcinoma de células claras grado II. Los estudios de seguimiento con TC torácica abdominal evidencian tres nódulos pulmonares izquierdos (dos menores de 1 cm, y el otro de 2,5 cm). El resto del estudio de extensión cerebral, abdominal y óseo es normal.

¿Cuál debe ser el tratamiento?

- a) Tratamiento con dosis altas de IL-2.
- b) Biopsia pulmonar.
- c) Toracoscopia y resección de nódulos.
- d) Observación.



24. ¿Qué subtipo de tumor renal tiene mejor pronóstico?

- a)* Sarcoma.
- b)* Carcinoide.
- c)* Tumor de Wilms del adulto.
- d)* Tumor primitivo neuroectodérmico.



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

