

Examen del concurso-oposición para optar a plazas de la categoría facultativo/facultativa especialista de área de cirugía maxilofacial 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. Oncología

Hombre de 58 años derivado de una clínica privada por una lesión ulcerada a nivel del trígono retromolar derecho de meses de evolución.

Antecedentes médicos sin interés. Hábitos tóxicos: no fumador, no enolismo. No alergias medicamentosas conocidas.

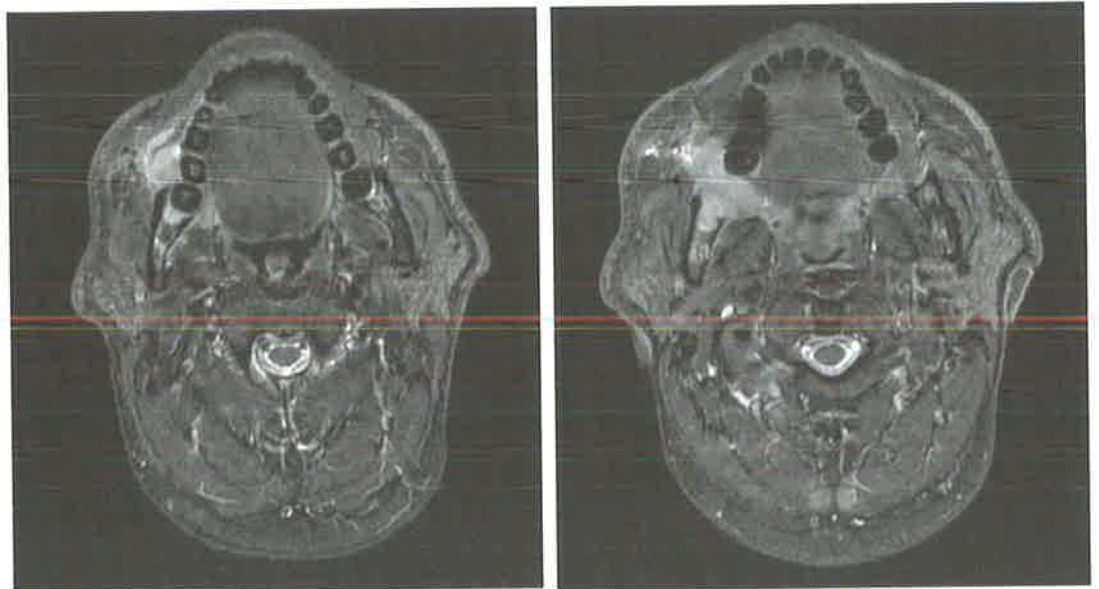
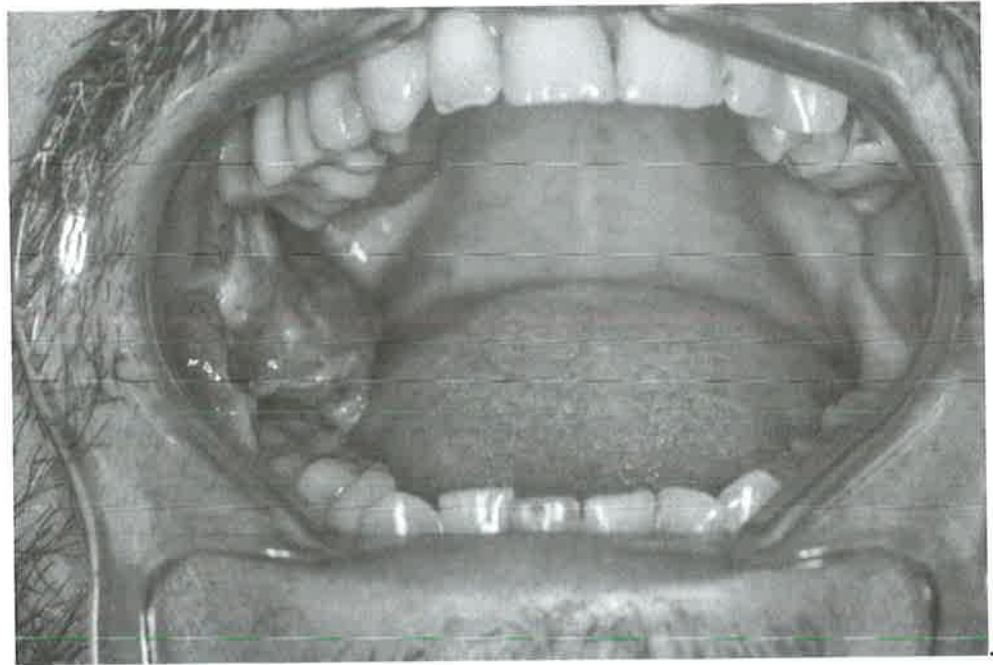
Exploración física: no limitación a la apertura oral. Lesión ulcerada infiltrante a nivel de trígono derecho y mucosa yugal derecha de más de 4 cm. No anquilosia, paladar blando y orofaringe sin afectación. Pieza dental 4.8 incluida en la lesión tumoral. Palpación de posible adenopatía ipsilateral en nivel III.

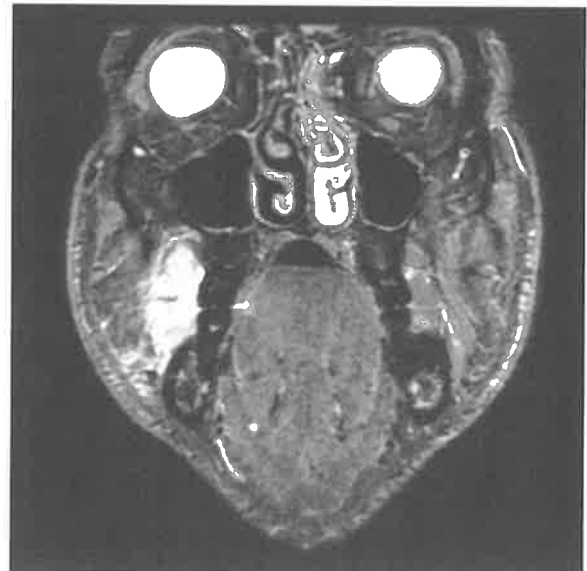
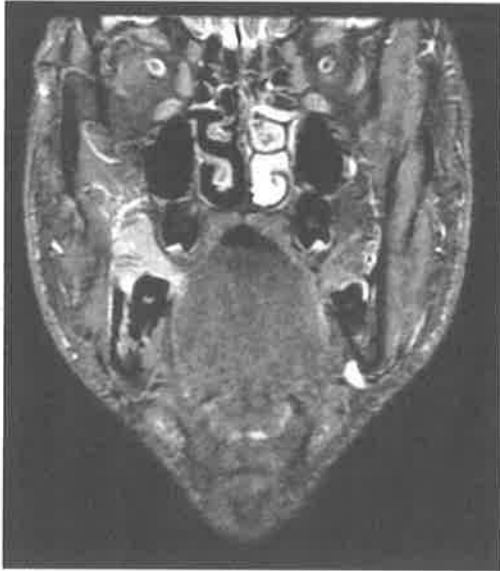
Biopsia: carcinoma escamoso infiltrante.

Pruebas de imagen:

- Ortopantomografía (OPG).
- RNM: lesión en trígono retromolar derecho que se extiende al espacio masticador con afectación del margen anterior del masetero y al tejido celular subcutáneo facial. Invade el cuerpo/rama mandibular y tras la administración realza de forma intensa. Adenopatías menores de 1 cm en los diferentes espacios cervicales. No adenopatías aumentadas de tamaño de forma significativa.
- TC de cuello/tórax/abdomen/pelvis: sin signos de lesiones a distancia.







1. **Según los datos aportados, ¿cuál es la propuesta de tratamiento más adecuada?**
 - a) Radioterapia (RDT) + quimioterapia (QT) concomitante.
 - b) QT de inducción + RDT.
 - c) Cirugía + tratamiento complementario en función de los resultados de anatomía patológica (AP).
 - d) Solo RDT.

2. **¿Cuál es su clasificación TNM?**
 - a) T2N0MX.
 - b) T3N0MX.
 - c) T4N1M0.
 - d) T4N0M0.

3. **¿Cuál debe ser la indicación para el tratamiento cervical?**
 - a) Ganglio centinela, al ser negativas las pruebas de imagen para afectación ganglionar.
 - b) Disección cervical de las cinco áreas por el tamaño tumoral y la profundidad de la invasión.
 - c) Disección cervical de las áreas I a IV.
 - d) Disección cervical bilateral por el tamaño tumoral y la profundidad de la invasión.

4. Señale la respuesta falsa respecto a la afectación cervical en tumores de la cavidad oral:

- a) Los ganglios linfáticos de niveles I a III son los afectados más frecuentemente por los tumores de la cavidad oral.
- b) El porcentaje de metástasis en nivel IIB es bajo, por lo que hay autores que defienden no realizar una disección de dicha zona para disminuir la morbilidad.
- c) En casos de tumores con afectación ósea, debe realizarse una disección de las áreas I a V, independientemente de la afectación cervical.
- d) En el caso de tumores de lengua, hay más porcentaje de metástasis en el área IV, incluso en ausencia de metástasis en niveles I a III, por lo que está indicado incluir este nivel en el tratamiento de tumores en esa localización.

5. Señale la respuesta falsa respecto a la estadificación de la afectación cervical:

- a) Las pruebas habituales para estadificar la afectación cervical son la ecografía, la RNM, la TC y la PET.
- b) La PET tiene una alta resolución para detectar metástasis cervicales, incluso en estadios muy iniciales.
- c) La tomografía computarizada y la resonancia magnética tienen una sensibilidad alta para la detección de ganglios linfáticos de más de 1 cm. Su sensibilidad, sin embargo, para detectar una afectación subcentímetrica o microscópica es más limitada.
- d) En este caso clínico es suficiente la información solicitada para la exploración cervical.

6. Señale el tratamiento quirúrgico que no es adecuado:

- a) Mandibulectomía interruptora con navegación intraoperatoria de los márgenes de resección.
- b) Mandibulectomía interruptora desde el margen anterior de la afectación mucosa, incluyendo el cóndilo mandibular.
- c) Mandibulectomía interruptora desde el margen anterior de la afectación mucosa, manteniendo el cóndilo.
- d) Hemimandibulectomía.

7. Señale la respuesta correcta en el caso de que la resección incluya el cóndilo mandibular:

- a) Hay que reponer el cóndilo con una prótesis, aunque se realice una reconstrucción microquirúrgica.
- b) El colgajo de peroné correctamente colocado es una opción muy adecuada para la reconstrucción del cóndilo mandibular.
- c) Siempre hay que interponer tejido blando entre el colgajo de peroné y la fosa articular, para evitar anquilosis.
- d) Existe un porcentaje alto de anquilosis en la reconstrucción articular con peroné microvascularizado.

8. Señale la respuesta falsa respecto al riesgo de metástasis cervicales:

- a) El tamaño tumoral es un factor muy importante en el riesgo de metástasis cervicales, sin embargo, los tumores superficiales más grandes tienen un riesgo menor de afectación cervical que los tumores más pequeños e infiltrativos.
- b) El DOI es un factor significativo para la predicción de metástasis cervicales, recurrencia local y supervivencia en pacientes con un carcinoma oral de células escamosas (OSCC).
- c) Se debe considerar la disección cervical, incluso en tumores pequeños, si el grosor tumoral es superior a 2 mm.
- d) Es conveniente establecer la profundidad de la invasión de forma preoperatoria, para valorar más correctamente el tratamiento, sobre todo en tumores en estadios T1-T2.

9. Señale la respuesta falsa respecto a la valoración nutricional del paciente:

- a) Es necesario realizar un estudio preoperatorio del estado nutricional del paciente.
- b) La optimización de la nutrición perioperatoria se ha demostrado que reduce el riesgo de infección de la herida y disminuye la duración de la estancia en pacientes sometidos a una cirugía por cáncer de cabeza y cuello.
- c) El criterio más ampliamente aceptado para identificar la desnutrición severa es la pérdida del 10 % del peso corporal durante un período de seis meses o el 5 % del peso corporal durante el último mes.
- d) La malnutrición afecta al 20 % de pacientes con cáncer de cabeza y cuello.

- 10. Señale la respuesta falsa respecto a la colocación profiláctica de una sonda de gastrostomía:**
- a) La colocación de una sonda de gastrostomía se puede considerar de manera profiláctica en aquellos casos en los que es previsible un largo periodo sin posibilidad de reiniciar la alimentación por vía oral.
 - b) La colocación profiláctica de una sonda de gastrostomía puede evitar interrupciones del tratamiento debido a una disfagia progresiva, deshidratación y/o desnutrición.
 - c) En este caso es recomendable una sonda de gastrostomía profiláctica por las razones expuestas en las respuestas anteriores.
 - d) En comparación con una sonda nasogástrica, la sonda de gastrostomía puede llevar a una mayor dependencia, mayor disfagia y un aumento de la necesidad de dilatación faringoesofágica.
- 11. Señale la respuesta correcta en caso de mandibulectomía en este caso:**
- a) La reconstrucción con prótesis a medida de la mandíbula y el cóndilo es el tratamiento de elección porque disminuye el tiempo quirúrgico y las complicaciones.
 - b) La reconstrucción con cresta iliaca es el estándar de oro (*gold standard*) para esa localización.
 - c) En caso de reconstrucción con peroné, no es posible la rehabilitación con implantes por su poca altura.
 - d) En determinados pacientes, en esa localización, se puede considerar la resección mandibular sin reconstrucción ósea, con buenos resultados estéticos y funcionales.
- 12. Señale la respuesta correcta respecto a la reconstrucción microquirúrgica con peroné:**
- a) La arteriografía es la única prueba fiable para el estudio preoperatorio.
 - b) La exploración clínica, unida al estudio con eco Doppler, proporciona información suficiente para realizar la técnica sin riesgo.
 - c) En caso de planificación quirúrgica se debe realizar una TC con cortes finos y es imprescindible una TC angio de ambas extremidades, para realizar las guías de corte.
 - d) La reconstrucción con peroné está contraindicada en pacientes mayores de 80 años por los problemas de movilidad que conlleva.



13. Señale la respuesta falsa respecto al tratamiento complementario con QT o RDT:

- a) Se recomienda un tratamiento adyuvante con RDT asociada a QT principalmente para pacientes con márgenes quirúrgicos positivos y/o extensión extraganglionar.
- b) Los pacientes con invasión perineural o vascular, dos o más ganglios linfáticos comprometidos o tumores T3 y T4 se consideran de riesgo intermedio y se tratan comúnmente con RT adyuvante sola.
- c) La QT y la RDT simultáneas adyuvantes proporcionan un mayor control de la enfermedad locorregional y mejoran la supervivencia libre de enfermedad en pacientes con riesgo alto de enfermedad recidivante, respecto a la RDT sola.
- d) Las metástasis en un solo ganglio linfático ipsilateral, de 3 cm o menos en su mayor dimensión (es decir, estadio ganglionar N1), se consideran una característica de riesgo alto y son indicación para RDT complementaria.

14. Suponiendo que se realiza un tratamiento quirúrgico de este paciente y la AP informa de cáncer escamoso invasivo moderadamente diferenciado, con afectación ósea mandibular, márgenes libres superiores a 5 mm, sin invasión linfática ni perineural y con 21 ganglios linfáticos libres de tumor, ¿cuál debe ser el tratamiento complementario?

- a) No precisa tratamiento complementario. Seguimiento en consultas.
- b) Tratamiento con QT / RDT concomitante.
- c) Tratamiento con RDT sola.
- d) Tratamiento con QT sola.

15. Señale la respuesta falsa respecto a la utilidad de la punción aspirativa con aguja fina (PAAF) en pacientes con posible afectación cervical:

- a) La PAAF se usa con frecuencia para hacer un diagnóstico inicial en un cáncer de cabeza y cuello cuando un paciente presenta una masa en el cuello sin un sitio obvio de lesión primaria.
- b) Si una punción inicial de un ganglio sospechoso del cuello es negativa, se debe hacer una biopsia escisional.
- c) La biopsia por aspiración con aguja fina de un ganglio linfático presuntamente comprometido en el contexto de un tumor primario establecido puede proporcionar información relevante cuando la evaluación clínica y por imágenes de los ganglios linfáticos del cuello es equívoca y un resultado positivo o negativo cambiaría el enfoque del tratamiento clínico.
- d) La técnica de PAAF tiene una alta sensibilidad y especificidad y una precisión diagnóstica que oscila entre el 89 % y el 98 %.

16. Señale la afirmación falsa con respecto a los tumores de trígono retromolar:

- a) La mandibulectomía (marginal o segmentaria) puede ser necesaria para lograr márgenes libres de tumor.
- b) El estado de los dientes juega un papel crítico en el tratamiento de cánceres que involucran la cresta alveolar inferior.
- c) La tasa de supervivencia libre de enfermedad (SSE) a cinco años para el cáncer de trígono retromolar en etapa temprana es de aproximadamente el 40 %.
- d) Los pacientes edéntulos con invasión ósea cortical, incluso mínima, deben tratarse con una resección segmentaria del hueso en lugar de una resección marginal.



17. Señale la afirmación falsa en relación con la epidemiología de los carcinomas de cabeza y cuello:

- a) Los estudios epidemiológicos han demostrado que ha habido una disminución en la incidencia de cánceres de laringe, hipofaringe y de cavidad oral a partir de finales de la década de 1980.
- b) A pesar de la disminución del consumo de tabaco, la incidencia de cáncer de orofaringe ha aumentado vinculado a su relación con el virus del papiloma humano (VPH).
- c) El 70-80 % de los cánceres de orofaringe son atribuibles al VPH en América del Norte y Europa.
- d) Los tumores de cabeza y cuello positivos de VPH constituyen una entidad clínica diferente, con una clasificación específica, independientemente de su localización.

18. Señale la afirmación falsa:

- a) En este caso clínico, al no tener factores de riesgo clásicos, es necesario establecer el HPV para decidir el tratamiento más adecuado.
- b) Los datos disponibles de estudios retrospectivos sugieren que el cáncer de cabeza y cuello relacionado con el VPH tienen un pronóstico mejor que el cáncer no relacionado con el VPH, independientemente de la localización.
- c) El signo de presentación más común para el carcinoma orofaríngeo relacionado con el VPH es una masa asintomática del cuello por la afectación de los ganglios linfáticos cervicales, en lugar de otros signos o síntomas relacionados con el tumor primario en la orofaringe.
- d) La supervivencia general es significativamente mejor en los pacientes con tumores asociados al VPH en comparación con los que no relacionados con infección por VPH.

- 19. Señale la respuesta falsa respecto al tratamiento dental en pacientes con cáncer de cabeza y cuello:**
- a) El mal estado de las piezas dentales aumenta considerablemente el riesgo de osteorradionecrosis (ORN).
 - b) Posponer las extracciones dentales necesarias de dientes que estarán dentro de la zona de irradiación hasta después del tratamiento se asocia con un mayor riesgo de no cicatrización y osteorradionecrosis.
 - c) Los pacientes edéntulos no necesitan ser evaluados por el odontólogo antes de iniciar un tratamiento con RDT.
 - d) Todos los pacientes que serán tratados con radioterapia para el cáncer de cabeza y cuello deben someterse a una evaluación dental integral antes del tratamiento.
- 20. Señale la respuesta correcta respecto a la rehabilitación con implantes:**
- a) La rehabilitación primaria con implantes en el momento de la reconstrucción permite ganar tiempo para la osteointegración de implantes antes de iniciar la radioterapia, y reduce el riesgo de pérdida de implantes y de ORN.
 - b) Es preferible la rehabilitación en un segundo tiempo porque se puede comprometer la vascularización del colgajo.
 - c) El volumen del hueso trasplantado en el colgajo de cresta iliaca tiene una reabsorción menor y es más estable que en el colgajo de peroné y escápula.
 - d) La radioterapia contraindica la colocación de implantes en pacientes con tumores de cabeza y cuello.

Preguntas de reserva

- 21. Señale la respuesta falsa en caso de fracaso de una reconstrucción microquirúrgica:**
- a) Si es posible, se debe hacer una nueva reconstrucción con otro colgajo microquirúrgico.
 - b) Es preferible hacer un colgajo pediculado, o una reconstrucción más sencilla por el riesgo alto de un nuevo fracaso.
 - c) La infección no es una contraindicación para realizar una reconstrucción microquirúrgica.
 - d) En caso de una nueva reconstrucción, si es posible es preferible utilizar una arteria diferente a la del primer colgajo.

22. Señale la respuesta falsa respecto a la osteorradionecrosis:

- a) En caso de ORN en estadio inicial, el tratamiento es preferiblemente conservador.
- b) El tratamiento con oxígeno hiperbárico juega un papel fundamental en el manejo de estos pacientes, y se consigue una mejoría clínica incluso aplicado aisladamente.
- c) La prevención es el tratamiento más efectivo de la ORN.
- d) El tratamiento conservador solo es efectivo en estadios iniciales de la enfermedad.

23. Señale la respuesta falsa respecto al trismo como secuela en este caso:

- a) El tratamiento debe ser agresivo y comenzar temprano, ya que el tejido cicatricial maduro se vuelve más resistente a la terapia de ejercicio.
- b) Se observa cierta limitación de la apertura máxima de la boca en casi todos los pacientes tratados por cáncer de cavidad oral y orofaringe, independientemente de la modalidad de tratamiento. Sin embargo, los cambios son más graves en los tratados con RT o cirugía + RT en lugar de cirugía sola.
- c) Las técnicas más modernas de RDT no han conseguido disminuir la incidencia de trismo, que se produce aproximadamente en un 25 % de los pacientes.
- d) El uso de dispositivos de movimiento pasivo como el TheraBite® en fases tempranas puede resultar útil, aunque la evidencia es limitada.

24. ¿Cuál de los siguientes no es un criterio de riesgo de recurrencia locorregional después de la cirugía?

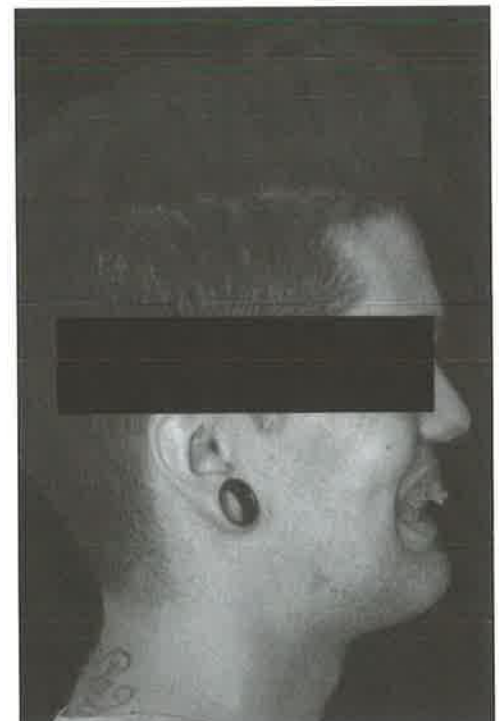
- a) Estadio tumoral avanzado (T3/T4).
- b) Márgenes de resección positivos o tumor cercano al margen de resección.
- c) Dos o más ganglios linfáticos patológicamente positivos.
- d) Grado de diferenciación tumoral.

Tema 2. Ortognática

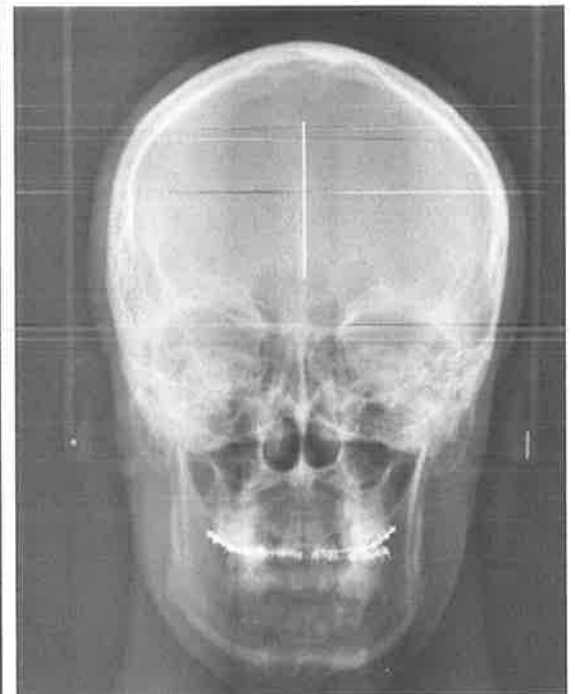
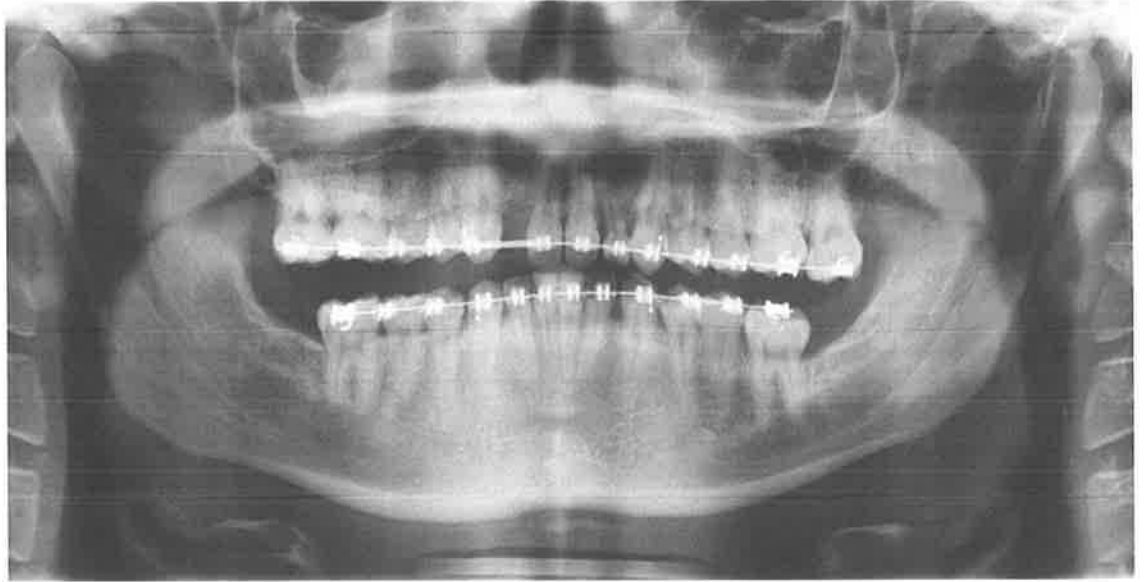
Paciente de 22 años remitido a su consulta por deformidad dentofacial. El paciente refiere un déficit de crecimiento en su mandíbula y ya ha sido tratado con ortodoncia.

Anamnesis: sin antecedentes patológicos de interés. No refiere dolor temporomandibular ni clínica específica de afectación de la articulación.

Vea las imágenes siguientes:







1. **Tras valorar el caso, ¿qué tratamiento no debe plantearse como primera opción?**
 - a) Osteotomía bilateral de rama mandibular con avance.
 - b) Osteotomía bimaxilar con avance mandibular y rotación horaria del complejo maxilomandibular junto a mentoplastia.
 - c) Genioplastia sola.
 - d) Osteotomía bilateral de rama mandibular con avance y genioplastia.

- 2. En caso de necesitar una osteotomía segmentaria del maxilar, ¿qué condición debe pedirse al ortodoncista en la preparación prequirúrgica?**
- a) Extracción de cordales superiores.
 - b) Divergencia de raíces en la zona de las osteotomías interdientarias.
 - c) Abrir un diastema en la zona de las osteotomías interdientarias.
 - d) Divergencia de raíces en la zona de las osteotomías interdientarias y abrir un diastema en la zona de las osteotomías interdientarias.
- 3. ¿Cuál es el orden adecuado de manejo de este caso?**
- a) Valoración independiente del ortodoncista y el cirujano.
 - b) Reunión inicial con el ortodoncista y planificación conjunta del caso.
 - c) Reunión al finalizar el tratamiento para valorar resultados.
 - d) Reunión inicial con el ortodoncista, planificación conjunta del caso y reunión al finalizar el tratamiento para valorar resultados.
- 4. Señale la afirmación falsa en caso de plantear un protocolo de cirugía primero (*surgery first*):**
- a) El principal criterio en la toma de decisiones es ortodóncico.
 - b) No debería indicarse en pacientes con problemas periodontales agudos.
 - c) Está indicado en pacientes con una motivación estética fuerte y que además presenten mordida en clase II, subdivisión 2.
 - d) No debería indicarse en caso de asimetrías severas con compensaciones importantes en todos los planos.
- 5. Señale la opción más inadecuada en la toma de registros prequirúrgicos:**
- a) Toma de fotografías del paciente con una cera de mordida en relación céntrica.
 - b) Toma de una TC o de una tomografía computarizada de haz cónico (CBCT) con cera de mordida en relación céntrica.
 - c) Cirugía de modelos basada solo en la toma de arco facial y del articulador dental.
 - d) Toma de fotografías calibradas.

- 6. ¿Cuál es el objetivo principal de la cirugía ortognática y cómo puede mejorar la calidad de vida del paciente?**
- a) El objetivo es corregir la mordida del paciente, mejorar la función masticatoria y el habla, reducir la apnea del sueño, prevenir problemas dentales y de las articulaciones temporomandibulares y mejorar la apariencia facial del paciente, lo que puede mejorar la autoestima y la calidad de vida.
 - b) El objetivo es mejorar la apariencia facial del paciente, lo que puede mejorar la autoestima y la calidad de vida, y corregir la mordida del paciente, lo que puede mejorar la función masticatoria y el habla, reducir la apnea del sueño y prevenir problemas dentales y de las articulaciones temporomandibulares.
 - c) El objetivo es reducir el dolor facial crónico del paciente, mejorar la su calidad de vida, corregir la mordida y mejorar su apariencia facial, lo que puede mejorar la función masticatoria y el habla y prevenir problemas dentales y de las articulaciones temporomandibulares.
 - d) El objetivo es restaurar la función respiratoria y la estética facial del paciente, mejorar su calidad de vida, corregir la mordida, mejorar la función masticatoria y el habla y prevenir problemas dentales y de las articulaciones temporomandibulares.
- 7. ¿Cómo pueden afectar a la función respiratoria las deformidades maxilares y de la cara media?**
- a) Las deformidades maxilares y de la cara media no tienen ningún efecto en la función respiratoria.
 - b) Las deformidades maxilares y de la cara media pueden obstruir las vías respiratorias superiores y causar problemas respiratorios, como la apnea del sueño.
 - c) Las deformidades maxilares y de la cara media pueden aumentar el flujo de aire a través de las vías respiratorias y mejorar la función respiratoria.
 - d) Las deformidades maxilares y de la cara media solo afectan la apariencia facial y no tienen ningún efecto en la función respiratoria.



8. **¿En cuál de las siguientes situaciones no debe plantearse hacer la técnica quirúrgica de mandíbula primero como primera opción durante un procedimiento de cirugía ortognática?**
- a) Cuando se realiza simultáneamente un procedimiento de cirugía ortognática y un procedimiento de reemplazo total de la articulación temporomandibular.
 - b) Cuando se ha planificado una gran rotación en sentido horario del plano oclusal del maxilar superior.
 - c) En un paciente con una mordida clase II severa en la cual es difícil llevarlo a relación céntrica.
 - d) Cuando se ha planificado una cirugía de avance bimaxilar con rotación antihoraria.
9. **Durante el procedimiento de cirugía ortognática, tras reposicionar la mandíbula y hacer la fijación rígida con miniplacas de osteosíntesis, al liberar el bloqueo intermaxilar la oclusión cambia inmediatamente y no encaja de forma pasiva en la férula quirúrgica.**
- ¿Cuál debe ser su actitud?**
- a) Colocar elásticos hasta conseguir llevar al paciente a oclusión.
 - b) Terminar la intervención, esperar que disminuya la inflamación articular y remitir al ortodoncista para corregir el problema oclusal.
 - c) Retirar las placas o elementos utilizados para la fijación, reposicionar el cóndilo caído y volver a fijarlo tras bloquear de nuevo en oclusión.
 - d) Retirar las placas o elementos utilizados para la fijación y dejar al paciente con un bloqueo intermaxilar rígido.
10. **¿Cuál es la importancia de las claves o rasgos faciales en el diagnóstico y planificación del tratamiento ortodóntico?**
- a) No tienen ninguna importancia en el diagnóstico ortodóntico.
 - b) Son útiles, pero no esenciales en el diagnóstico ortodóntico.
 - c) Son esenciales en el diagnóstico ortodóntico, pero no en la planificación del tratamiento.
 - d) Son esenciales tanto en el diagnóstico ortodóntico como en la planificación del tratamiento.

11. **¿Cuál es el tipo de movimiento que se considera menos estable en la cirugía ortognática con fijación rígida?**
- a) Movimiento sagital de avance mandibular.
 - b) Movimiento de rotación maxilar.
 - c) Movimiento vertical de la mandíbula.
 - d) Movimiento de retroceso mandibular.
12. **¿Cuál es la complicación más común en la cirugía ortognática?**
- a) Hemorragia.
 - b) Infección.
 - c) Disminución de la sensibilidad facial.
 - d) Mal posicionamiento de los huesos.
13. **¿Qué factores de riesgo aumentan la probabilidad de complicaciones en la cirugía ortognática?**
- a) Edad y sexo del paciente.
 - b) Tipo de cirugía y tiempo de duración de la intervención.
 - c) Presencia de patologías previas y uso de fármacos anticoagulantes.
 - d) Experiencia del cirujano y número de intervenciones realizadas.
14. **Señale la afirmación incorrecta sobre la gestión ortodóntica de las deformidades esqueléticas dentofaciales:**
- a) La terapia ortodóntica sola es suficiente para corregir las deformidades esqueléticas dentofaciales.
 - b) La terapia ortopédica funcional puede ser utilizada para corregir deformidades esqueléticas severas en pacientes jóvenes.
 - c) La expansión rápida del maxilar es una técnica útil para corregir las deformidades transversales.
 - d) La expansión rápida del maxilar no es una técnica útil para corregir las deformidades verticales.

- 15. ¿Cuál es uno de los principales factores que influyen en la elección de la terapia ortodóntica o la cirugía ortognática para corregir las deformidades esqueléticas dentofaciales?**
- a) La edad del paciente.
 - b) La gravedad de la deformidad.
 - c) La ubicación de la deformidad en la mandíbula o el maxilar.
 - d) La disponibilidad de tratamiento en la clínica.
- 16. ¿Cuál es el principal riesgo quirúrgico asociado con la genioplastia?**
- a) Pérdida de sensibilidad en la región del mentón.
 - b) Alteración de la posición de la mordida.
 - c) Hemorragia.
 - d) Infección de la herida quirúrgica.
- 17. Señale la afirmación falsa respecto al tratamiento de una posible mordida anterior:**
- a) Se debe mantener la comunicación con el ortodoncista durante la descompensación para facilitar la extrusión preoperatoria de los incisivos.
 - b) La recaída postoperatoria puede ocurrir debido a varios factores, como el tamaño o la postura de la lengua, un patrón de crecimiento desfavorable, la musculatura orofacial, problemas respiratorios, preparación ortodóntica descuidada, movimientos dentales y reabsorción condilar después de la cirugía ortognática.
 - c) El tratamiento en el paciente esqueléticamente maduro suele implicar la impactación del maxilar posterior y la autorrotación de la mandíbula.
 - d) Puede ser necesaria la preparación del maxilar en dos planos durante la ortodoncia previa a la cirugía.
- 18. Señale la afirmación más correcta sobre la técnica quirúrgica sin férula o con implantes específicos para el paciente:**
- a) Tiene un mayor riesgo de dañar estructuras adyacentes.
 - b) Elimina el problema del cóndilo durante la obtención de una TC preoperatoria.
 - c) Puede generar más morbilidad.
 - d) Aumenta el tiempo operatorio.

- 19. Señale la afirmación falsa respecto a la planificación quirúrgica virtual:**
- a) Permite valorar asimetrías comparándolo con el resto del esqueleto facial.
 - b) Permite simular y probar varios planes quirúrgicos.
 - c) Permite trasladar el plan de tratamiento al paciente, cosa que favorece la comunicación.
 - d) No permite una comunicación adecuada entre los distintos profesionales implicados en el tratamiento del paciente.
- 20. Señale la afirmación correcta sobre las discrepancias transversales:**
- a) La dimensión transversa del maxilar es la última en alcanzar su tamaño definitivo.
 - b) De todos los procedimientos en cirugía ortognática, la expansión del maxilar es la más estable.
 - c) Las compensaciones dentoalveolares bien en el maxilar o en la mandíbula, limitan la expansión esquelética del maxilar.
 - d) Las discrepancias entre ambas arcadas de entre 5 y 7 mm requieren una expansión quirúrgica rápida del maxilar (SARPE).

Preguntas de reserva

- 21. Señale la afirmación falsa respecto a la técnica de expansión maxilar quirúrgicamente asistida (SARPE):**
- a) A mayor edad, compromiso periodontal y necesidad de expansión, mayor será el requerimiento de disyunción pterigomaxilar.
 - b) La mayoría de los autores considera imprescindible un período de latencia para la activación con una duración de entre uno a dos días.
 - c) Se recomienda la activación intraoperatoria, con la finalidad de asegurar la estabilidad del aparato y la reducción de las fuerzas que oponen resistencia.
 - d) Una de las indicaciones de SARPE es cuando se presenta una deformidad dentofacial en el plano transversal de forma aislada.



22. Un paciente presenta las siguientes características clínicas a la exploración: perfil facial convexo; tercio superior y medio normales, tercio inferior de la cara retruido; labio inferior evertido con un pliegue mental labial profundo, además de incompetencia del labio y el mentón que le causan distensión muscular con el cierre de los labios.

Señale la afirmación correcta respecto al diagnóstico y tratamiento:

- a) Prognatismo mandibular.
- b) Probablemente su oclusión dental sea en clase III.
- c) Probablemente requiera extracción de los primeros premolares superiores.
- d) Retrognatia mandibular que probablemente requiera extracción de los primeros premolares inferiores.

23. En una genioplastia, ¿cuál es la relación entre el movimiento de los tejidos blandos y el movimiento óseo?

- a) 1:2.
- b) 2:1.
- c) 1:1.
- d) 1:3.

24. ¿Cuáles son los objetivos de la ortodoncia prequirúrgica?

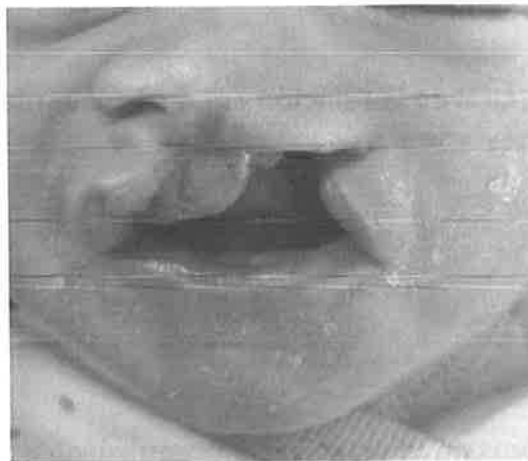
- a) Solo alineación (sin rotaciones).
- b) Establecer la posición deseada del incisivo a nivel vertical y transversal.
- c) Solo encontrar la coordinación de ambas arcadas.
- d) Alineación dental, junto con coordinación de arcadas.

Tema 3. Cirugía maxilofacial infantil

Infantil. Paciente hombre de dos semanas de vida, afecto de fisura labiopalatina unilateral izquierda completa. Remitido a la unidad de fisura labiopalatina para valoración y planificación del tratamiento.

Historia clínica:

- Parto en semana 40 de gestación, peso 3.500 g.
- Padre afecto de fisura labial simple.
- Madre sin antecedentes de interés.
- Ecografía cerebral, ecografía abdominal y ecocardiograma normales.
- Amniocentesis realizada durante el embarazo, sin alteraciones.



1. **¿El hecho de que el padre este afecto de fisura labial aumenta el riesgo de tener otro hijo con fisura labiopalatina?**
 - a) No, tener un familiar afecto de fisura labiopalatina no es un factor de riesgo.
 - b) Si la madre realiza un tratamiento adecuado con ácido fólico durante el embarazo no aumenta el riesgo.
 - c) Solo aumenta el riesgo si la afecta es la madre.
 - d) Sí, aumenta el riesgo entre un 2 % y un 5 % de posibilidades.

2. **Según la clasificación de Kernahan y Stark, ¿qué segmentos están afectados en este paciente?**
 - a) 4-5-6-7-8-9.
 - b) 1-2-3-7-8-9.
 - c) 1-2-3.
 - d) 4-5-6.



- 3. ¿Qué tipo de alimentación debe tener este paciente durante los primeros seis meses de vida?**
- a) Siempre que se pueda debe favorecerse la lactancia materna directa o con biberón adaptado.
 - b) Solo debe utilizarse lactancia materna.
 - c) Solo leche de fórmula.
 - d) La alimentación habitual debe realizarse por sonda nasogástrica.
- 4. ¿Cuál debe ser la secuencia correcta de tratamiento de este paciente los primeros dieciocho meses de vida?**
- a) Cirugía del paladar a los 3-6 meses y queiloplastia a los 12-18 meses.
 - b) Queiloplastia a los 3-6 meses y cirugía del paladar a los 12-18 meses.
 - c) Ortopedia prequirúrgica al nacimiento, queiloplastia a los 3-6 meses y cirugía del paladar a los 12-18 meses.
 - d) Las respuestas b) y c) son correctas.
- 5. En caso de insuficiencia velofaríngea (IVF) tras una uranoestafilorrafia funcional, ¿cuáles son los métodos de evaluación que se tienen que utilizar?**
- a) Se debe hacer una evaluación del foniatra y se debe confirmar la sospecha a través de una evaluación instrumental.
 - b) Es suficiente con la evaluación foniátrica.
 - c) Solo el logopeda puede evaluarlo.
 - d) Únicamente se hace una evaluación instrumental.
- 6. La fisura labiopalatina es una de las malformaciones congénitas estructurales más comunes. Afecta al complejo craneofacial y es el resultado de la falta de unión de los procesos...**
- a) ...maxilar y nasal medial y lateral.
 - b) ...frontonasal, maxilar y nasal medial y lateral.
 - c) ...frontonasal y maxilar.
 - d) ...frontonasal y nasal medial.

7. **¿Cuál es un factor de riesgo para este tipo de malformación?**
- a) Multifactorial.
 - b) Utilización de complejos multivitamínicos en el embarazo.
 - c) Edad materna avanza.
 - d) Únicamente existe un factor de riesgo genético.
8. **Para el diagnóstico de insuficiencia velofaríngea, ¿cuál es la técnica de imagen incorporada más recientemente?**
- a) RMN estática.
 - b) RMN dinámica.
 - c) Nasofibroscopia.
 - d) Videofluoroscopia.
9. **¿Existen evidencias científicas de que la utilización del NAM (*nasoalveolar molding*) aporta resultados más estables en el tiempo?**
- a) No existen evidencias científicas ni a favor ni en contra, por lo que se sugiere indicarla según la experiencia del cirujano.
 - b) No existen evidencias científicas ni a favor ni en contra, por lo que se desaconseja absolutamente.
 - c) Existen múltiples evidencias a favor.
 - d) Existen múltiples evidencias en contra.
10. **El consejo genético en padres con un hijo con fisura orofacial, ¿reduce la reincidencia de fisura labial, palatina o labiopalatina?**
- a) Sí, de forma drástica.
 - b) Si bien no existen estudios que avalen la efectividad del consejo genético a la hora de reducir la reincidencia de fisuras orofaciales, sí es beneficioso para modificar los factores ambientales.
 - c) No, en absoluto.
 - d) Aunque se dé un consejo genético no se van a poder modificar los factores ambientales.



- 11. ¿Cuál es el método diagnóstico prenatal de fisura labiopalatina más efectivo?**
- a) Ecografía 2D en la semana 30 de embarazo.
 - b) Ecografía 2D en la semana 20-25 de embarazo.
 - c) RMN en cualquier semana de embarazo.
 - d) Ecografía 2D en la semana 7 del embarazo.
- 12. ¿Qué rango de edad es el más favorable para la realización del injerto alveolar?**
- a) Dos años.
 - b) Nueve o diez años.
 - c) Quince años.
 - d) A partir de los dieciséis o los diecisiete años cuando ya ha terminado el crecimiento del macizo facial.
- 13. ¿Cuál es la preparación ortodóncica más correcta previa al injerto alveolar en estos pacientes?**
- a) Alineación de la arcada dental superior e inferior.
 - b) Expansión palatina sin alineación de las arcadas.
 - c) Expansión de la arcada superior y alineamiento dentario si el paciente lo precisa.
 - d) No precisa corrección ortodóncica previa.
- 14. Existen múltiples materiales para el injerto óseo alveolar. De los injertos autólogos, ¿cuál de ellos es considerado el patrón de oro?**
- a) Calota.
 - b) Costilla.
 - c) Tibia.
 - d) Cresta ilíaca anterior.
- 15. ¿Cuál es el objetivo de hacer un injerto alveolar?**
- a) Cerrar la fistula oronasal.
 - b) Proporcionar soporte óseo a los dientes adyacentes.
 - c) Dar estabilidad y continuidad al arco maxilar.
 - d) Cerrar la fístula oronasal, proporcionar buen soporte óseo a los dientes y dar estabilidad y continuidad al arco maxilar.

- 16. ¿Qué opciones existen para el tratamiento quirúrgico de la insuficiencia velofaríngea?**
- a) Colgajo faríngeo, faringoplastia de esfínter, alargamiento del paladar blando / reintervención del velo y aumento de las paredes faríngeas laterales.
 - b) Colgajo faríngeo, faringoplastia de esfínter, alargamiento del paladar blando / reintervención del velo y aumento de la pared faríngea posterior.
 - c) No existe tratamiento quirúrgico.
 - d) Únicamente faringoplastia de esfínter.
- 17. En caso de fisura palatina aislada, ¿se puede hacer un diagnóstico prenatal con ecografía 2D?**
- a) Sí, siempre se puede diagnosticar la fisura palatina.
 - b) Sí, si se hace la ecografía precozmente (antes de las trece semanas).
 - c) No, la fisura palatina aislada no se puede diagnosticar con esta técnica.
 - d) No, no se puede diagnosticar con ecografía 2D, pero sí con la 3D.
- 18. ¿Cuáles de estas características de la voz y el habla pueden aparecer en pacientes fisurados con insuficiencia velofaríngea?**
- a) Confunden la /s/ y la /z/.
 - b) Dificultad en la pronunciación de fonemas fricativos.
 - c) Dificultad para pronunciar /rr/.
 - d) Alteraciones de la resonancia (hiper o hiponasalidad), articulación compensatoria y emisión nasal de aire audible.
- 19. ¿Qué músculos forman el esfínter velofaríngeo?**
- a) El elevador del velo del paladar, el tensor del velo del paladar, el músculo de la úvula, el palatogloso, el palatofaríngeo y el constrictor superior de la faringe.
 - b) El elevador del velo del paladar, el tensor del velo del paladar, el músculo de la úvula, el palatogloso y el palatofaríngeo.
 - c) El tensor del velo del paladar, el músculo de la úvula, el palatogloso, el palatofaríngeo y el constrictor superior de la faringe.
 - d) Únicamente el elevador del velo del paladar.

- 20. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación para el cierre de la fisura palatina?**
- a) Paciente menor de 12 meses.
 - b) Paciente afecto de fisura labial concomitante con fisura palatina.
 - c) Dificultad por parte del paciente para mantener una ventilación adecuada.
 - d) Paciente mayor de 5 años.

Preguntas de reserva

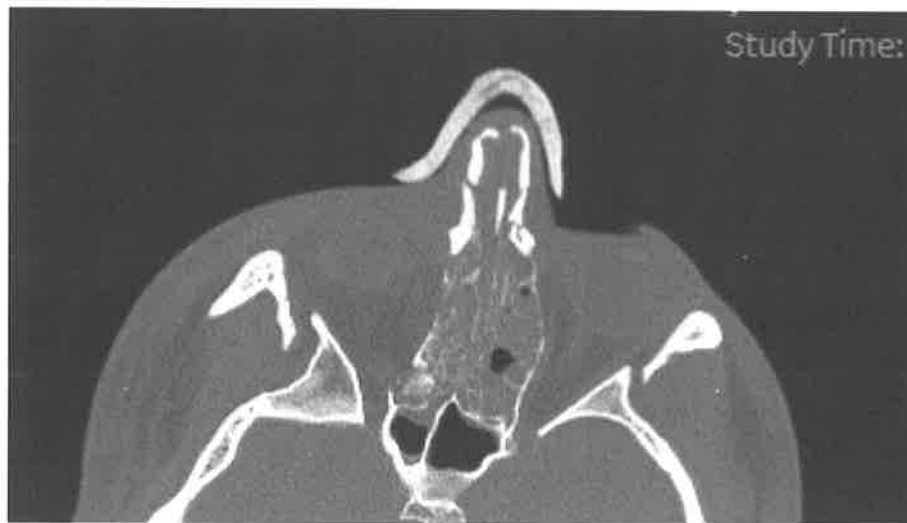
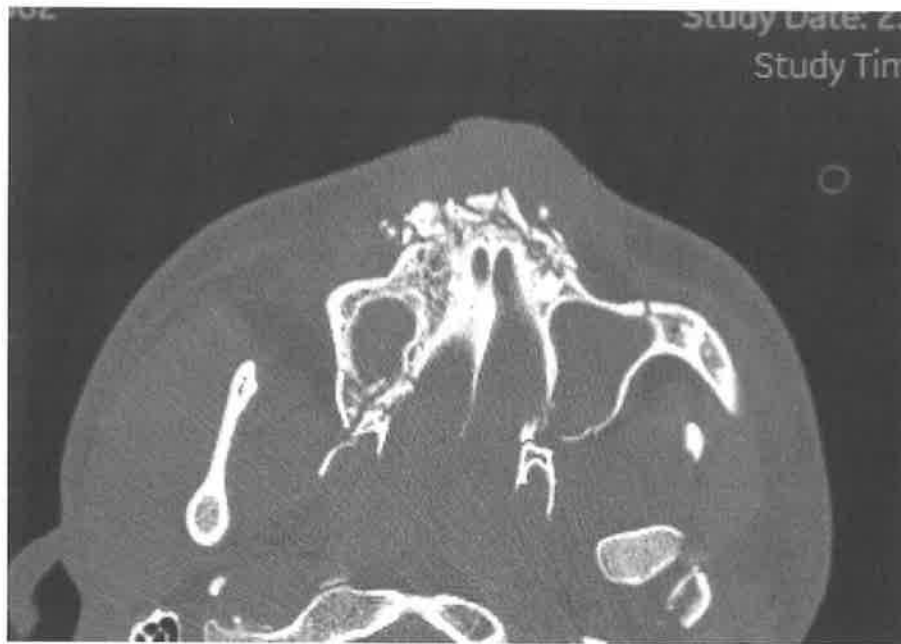
- 21. En caso de que este paciente necesite una alveoloplastia y aún tenga el canino temporal y/o dientes supernumerarios, ¿cuándo debe hacerse la exodoncia de estos?**
- a) No es necesario exodonciarlos antes de la alveoplastia.
 - b) Por lo menos se deben exodonciar un año antes de la alveoloplastia.
 - c) Como mínimo debe realizarse la exodoncia un mes antes de la alveoloplastia.
 - d) Está contraindicado realizar la exodoncia antes de la alveoloplastia.
- 22. En pacientes con fisura labial, ¿cuál es la técnica quirúrgica más utilizada en la cirugía primaria de labio?**
- a) No existe ninguna técnica más utilizada que otra.
 - b) Rotación avance.
 - c) Tennison-Randall.
 - d) De Laire.
- 23. En pacientes con insuficiencia velofaríngea (IVF) pospalatoplastia, ¿cuál es el tratamiento más efectivo?**
- a) Debe hacerse siempre un tratamiento quirúrgico de entrada.
 - b) Se debe empezar con un tratamiento logopédico y en caso de fracaso se debe hacer un tratamiento quirúrgico, según el tamaño y el tipo de defecto en el cierre del esfínter.
 - c) Se debe hacer solo un tratamiento logopédico de larga duración.
 - d) No existe un tratamiento efectivo para la IVF.

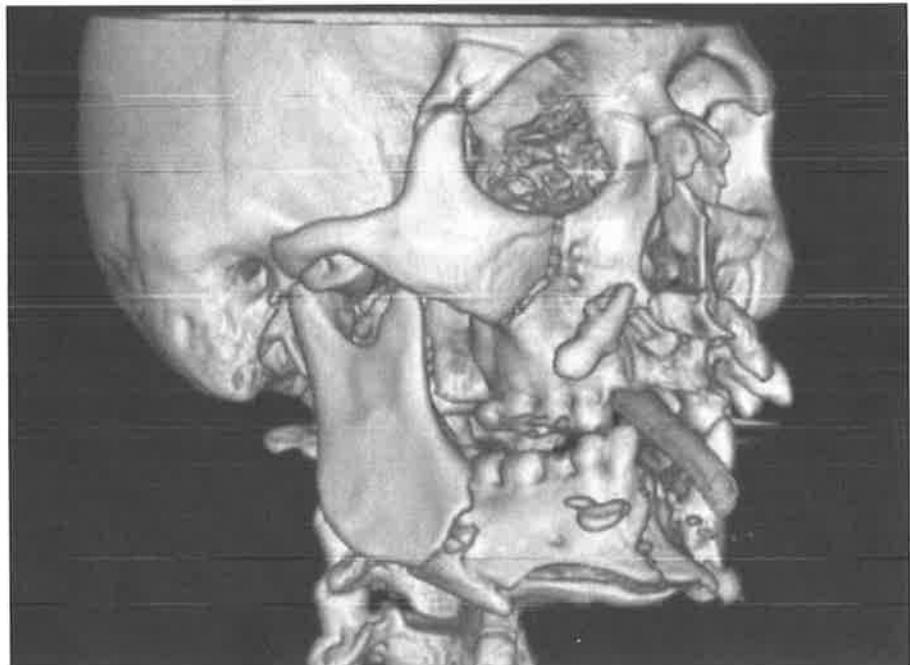
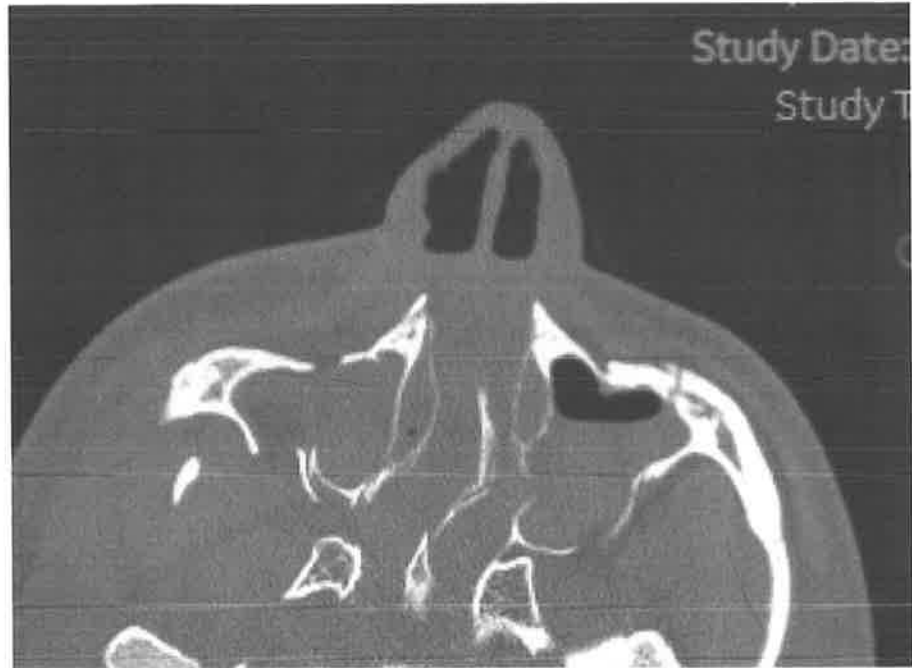


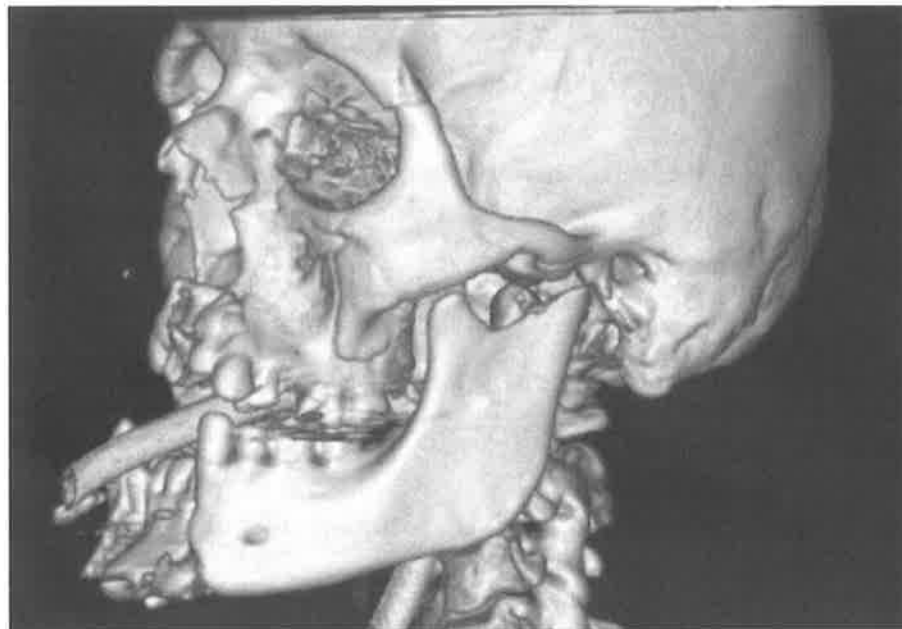
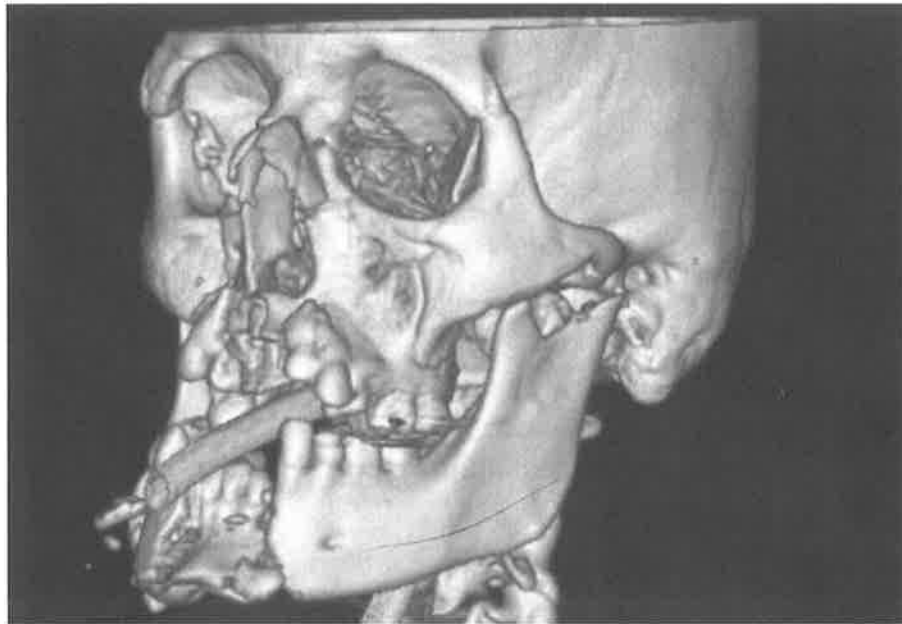
- 24. En pacientes con fisura de paladar, ¿cuáles son los objetivos de la cirugía primaria de paladar?**
- a) Facilitar la alimentación complementaria.
 - b) Que el paciente incorpore correctamente el habla.
 - c) Separar la cavidad nasal, restablecer la función del esfínter velofaríngeo y minimizar las alteraciones secundarias en el crecimiento alveolar y maxilar.
 - d) Tranquilizar a los padres.

Tema 4. Traumatología

Paciente de 23 años remitido al servicio de urgencias en ambulancia tras ser encontrado en la vía pública, precipitado desde un tercer piso. A su llegada al centro hospitalario está intubado y presenta varias fracturas faciales, así como pélvicas, de ambos fémures y en la muñeca derecha. No tiene lesiones intracraneales. La TC facial al ingreso es la mostrada en las figuras.







1. **A su llegada, el paciente presenta un sangrado abundante a través de la cavidad oral y las fosas nasales.**

Señale la opción que no está indicada para el control de la hemorragia:

- a) Ligadura de la carótida interna a nivel cervical.
- b) Reducción precoz de la fractura.
- c) Taponamiento endonasal anterior y posterior.
- d) Ligadura o cauterización de la arteria etmoidal anterior.



2. **Teniendo en cuenta que la previsión de estancia en UCI es superior a tres semanas, ¿cuál debe ser el tipo de manejo de la vía aérea más indicado durante la intervención?**
 - a) Intubación nasotraqueal.
 - b) Intubación orotraqueal.
 - c) Traqueotomía.
 - d) Gafas nasales.

3. **Ante una fractura que afecta al tercio medio y superior de manera bilateral, la reducción de uno de los siguientes focos de fractura ofrece una mayor fiabilidad en cuanto al correcto posicionamiento del cigoma. ¿Cuál es?**
 - a) Sutura esfenocigomática.
 - b) Arbotante frontocigomático.
 - c) Medición de la distancia intercantal.
 - d) Arbotante maxilomalar.

4. **Ante la fractura presentada, ¿cuál es el abordaje por el que debe optarse si se quiere asegurar una reducción simétrica?**
 - a) Abordaje coronal.
 - b) Abordaje combinado de blefaroplastia superior y transconjuntival.
 - c) Abordaje de blefaroplastia superior bilateral.
 - d) Abordaje de Lynch bilateral.

5. **En cuanto a la reducción y fijación de una fractura panfacial, ¿cuál es la secuencia indicada?**
 - a) De arriba a abajo, *bottom-to-top*.
 - b) De abajo a arriba, *top-to-bottom*.
 - c) De fuera a dentro, *outside in*.
 - d) La preferida por el equipo quirúrgico.



6. **¿Cuál es la estructura límite de la disección posterior si se quiere proteger la salida del nervio óptico en el abordaje de la pared medial de la órbita?**
- a) Arteria etmoidal posterior.
 - b) Nervio infraorbitario.
 - c) Arteria etmoidal anterior.
 - d) Ligamento cantal medial.
7. **¿Qué modificación del abordaje transconjuntival se considera de elección para ampliar el acceso al suelo de la órbita?**
- a) Cantotomía lateral.
 - b) Cantoplastia medial.
 - c) Incisión de Lockwood.
 - d) Incisión de Al Kayat.
8. **¿Qué estructura no forma parte de la fisura orbitaria superior?**
- a) Nervio troclear (IV par).
 - b) Nervio abducens (VI par).
 - c) Nervio oculomotor (III par).
 - d) Nervio óptico (II par).
9. **En una fractura mandibular como la presentada ¿cuál es la actitud más indicada para fijar la basal mandibular?**
- a) Abordaje extraoral con placa en carga compartida (*load sharing*).
 - b) Abordaje extraoral con placa en carga soportada (*load bearing*).
 - c) Abordaje intraoral con placa en carga compartida (*load sharing*).
 - d) Abordaje intraoral con placa en carga soportada (*load bearing*).

- 10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es una característica de las placas del sistema de bloqueo (*locking*)?**
- a) Las placas *locking* crean una unión rígida placa-tornillo.
 - b) Cada tornillo *locking* tiene dos superficies de unión: una estabiliza el tornillo a la placa y otra ancla el tornillo al hueso.
 - c) Durante la fase de atornillado la placa se aprieta contra la superficie ósea y puede causar una leve distorsión del fragmento.
 - d) La adaptación de la placa al hueso no tiene que ser tan precisa como en las placas no *locking*.
- 11. Señale la respuesta falsa si se opta por fijar la basal mandibular con una placa de reconstrucción:**
- a) Debe hacerse una incisión extraoral a 2 cm de la basal mandibular para proteger la rama marginal del nervio facial.
 - b) El abordaje extraoral nos permite controlar la cara lingual de la mandíbula en presencia de fragmentos intermedios.
 - c) No está indicada la colocación de tornillos bicorticales.
 - d) La colocación de un drenaje está indicada si queremos evitar un hematoma compresivo.
- 12. Señale la respuesta correcta en relación con una fractura de Le Fort III como la presentada:**
- a) Este tipo de fractura no se considera una disyunción craneofacial.
 - b) El abordaje coronal no está indicado por su morbilidad excesiva.
 - c) El objetivo terapéutico debe ser controlar la proyección anteroposterior, la dimensión transversal, la dimensión vertical, la simetría y la oclusión.
 - d) Se considera una urgencia quirúrgica y ha de ser intervenida al ingreso mediante reducción y osteosíntesis de los focos de fractura.

- 13. Señale la respuesta falsa en relación con una fractura dentoalveolar como la presentada:**
- a) Una posibilidad es colocar una férula de Erich para estabilizar las piezas dentarias.
 - b) Una posibilidad es fijar algunos fragmentos mediante microtornillos.
 - c) Una posibilidad es hacer una fijación de los fragmentos del hueso maxilar mediante miniplacas.
 - d) De cara a minimizar el riesgo de aspiración de las piezas dentales, debe hacerse una exodoncia de todas las piezas móviles y colocar una prótesis provisional.
- 14. Señale la respuesta correcta en relación con una fractura naso-orbito-etmoidal (NOE):**
- a) La clasificación de Markowitz se basa en el estado del ligamento cantal medial y el grado de conminución.
 - b) La distancia intercantal no es un parámetro que deba tenerse en cuenta.
 - c) El alambrado transnasal se considera una práctica obsoleta.
 - d) No se recomienda el uso de injertos para fijar dichas fracturas.
- 15. Señale la respuesta falsa con respecto a los principios de curación de las fracturas:**
- a) La curación primaria se basa en la reducción y estabilización de los fragmentos para asegurar la menor movilidad posible.
 - b) La curación primaria se suele llevar a cabo gracias la osteosíntesis rígida/semirígida.
 - c) La curación primaria se basa en un buen contacto entre los fragmentos y el paso de osteoclastos y osteoblastos a través del foco de fractura.
 - d) La curación primaria se basa en la generación de un callo de fractura.
- 16. Señale la respuesta falsa con respecto a la fractura de cóndilo izquierdo:**
- a) De cara a la estabilidad mecánica, es recomendable utilizar dos placas de osteosíntesis o una placa única con un diseño tridimensional.
 - b) El abordaje retromandibular transparotídeo está contraindicado en este caso.
 - c) Una estrategia para su reducción es colocar de manera temporal un alambre anclado al ángulo para traccionar caudalmente.
 - d) La utilización de un tornillo tipo *lag screw* es una técnica que no se aplica rutinariamente.

17. Señale la respuesta falsa con respecto a las complicaciones de las fracturas complejas de mandíbula:

- a) La exposición de las placas de osteosíntesis suele ser secundaria a problemas de tejidos blandos y su tratamiento se basa en el desbridamiento del tejido no viable y su reaproximación.
- b) Si se produce una reducción insatisfactoria con una correcta consolidación (*malunion*) podría estar indicado realizar una osteotomía abierta y una osteosíntesis posteriormente.
- c) Los factores que predisponen a una pseudoartrosis son una reducción inadecuada, movilidad en el foco de fractura, déficits nutricionales y alcoholismo.
- d) Es habitual encontrarnos con un colapso transversal a nivel de los ángulos mandibulares por la participación de la musculatura suprahiodea.

18. ¿La participación de qué músculo es lo que más favorece la luxación medial y anterior de la cabeza del cóndilo en una fractura?

- a) Pterigoideo medial homolateral.
- b) Pterigoideo lateral homolateral.
- c) Masetero.
- d) Elevador de la escápula.

19. ¿Cuál de estas situaciones no se considera una indicación absoluta de tratamiento mediante reducción y osteosíntesis en las fracturas de cóndilo?

- a) Desplazamiento del fragmento condíleo a la fosa craneal media.
- b) Desplazamiento extracapsular medial del cóndilo.
- c) Desplazamiento extracapsular lateral del cóndilo.
- d) Imposibilidad de obtener una oclusión dental mediante una reducción cerrada.

20. Señale la respuesta falsa con respecto a las fracturas nasales:

- a) En la mayoría de los casos se tratan con una reducción cerrada.
- b) Un porcentaje elevado de los traumatismos que se tratan con una reducción cerrada (del 9 % al 62 % según la literatura) acaba precisando una rinoplastia secundaria.
- c) Son las segundas más habituales en el adulto después de las fracturas mandibulares.
- d) Los objetivos del tratamiento son restaurar el paso de aire, prevenir una deformidad estética y mantener la proyección de la pirámide nasal.

Preguntas de reserva

21. En una fractura del complejo cigomático-malar, ¿la fijación de qué arbotante nos ofrece una mayor estabilidad?

- a) Reborde infraorbitario.
- b) Sutura esfenocigomática.
- c) Arbotante maxilomalar.
- d) Arbotante frontomalar.

22. ¿Cuál no es una de las complicaciones más frecuentes en el tratamiento de una fractura mandibular anterior?

- a) Asimetría en la competencia labial por paresia del músculo orbicular.
- b) Deformidad en mentón de bruja por ptosis del tejido muscular anterior.
- c) Pseudoartrosis.
- d) *Malunion* o consolidación de los fragmentos con una reducción incorrecta.

23. Cuando se habla de simplificación en una fractura conminuta mandibular como la presentada ¿a qué se refiere?

- a) A realizar una reducción y una fijación de fragmentos de tamaño pequeño mediante placas de 1,3 a 1,5 mm y tornillos monocorticales.
- b) A realizar una reducción y una fijación de fragmentos de tamaño pequeño mediante placas de 2,0 mm y tornillos bicorticales.
- c) A colocar una placa de perfil grueso y tornillos bicorticales en la basal mandibular en primer término.
- d) A tratar la fractura mandibular compleja como último paso de la reducción y fijación de una fractura panfacial.

24. Señale la respuesta falsa con respecto a la osteosíntesis:

- a) La cabeza de los tornillos de bloqueo (*locking*) se atornilla a la placa.
- b) Los tornillos autoperforantes no precisan brocado previo.
- c) Cuanto mayor perfil tenga la placa, más sencillo será moldearla.
- d) Si un tornillo se afloja al apretarlo podemos recurrir a un tornillo de un diámetro mayor.

Tema 5. Glándulas salivares

1. **¿Cuál es la prueba de imagen que permite una definición diagnóstica mejor en el estudio de una neoplasia o una malformación vascular en una glándula salivar?**
 - a) Tomografía computarizada con contraste.
 - b) Resonancia magnética nuclear.
 - c) Ultrasonido.
 - d) Tomografía con emisión de positrones.

2. **¿Cuál es la causa más frecuente de inflamación aguda de una sola glándula salivar?**
 - a) Neoplasia.
 - b) Malformación vascular.
 - c) Antecedentes de tratamiento con yodo radioactivo.
 - d) Sialolitiasis.

3. **¿Dónde se encuentra la sialolitiasis con mayor frecuencia?**
 - a) Conducto de Wharton.
 - b) Conducto de Stenon.
 - c) Glándula sublingual.
 - d) Glándula salivar menor.

4. **¿Cuál debe ser el manejo terapéutico inicial para un paciente que presenta un primer episodio de sialoadenitis aguda, en una sola glándula, debido a una estenosis ductal sin signos de infección?**
 - a) Masaje de la glándula e hidratación.
 - b) Antibioterapia.
 - c) Drenaje quirúrgico.
 - d) Antibioterapia + drenaje.

5. **Paciente que presenta fiebre, dolor de cabeza, malestar general y mialgia, seguido de una inflamación de las glándulas parótidas, dentro de las 48 horas posteriores al inicio de los síntomas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- a) Parotiditis inflamatoria por yodo radiactivo.
 - b) Síndrome de Sjögren.
 - c) Parotiditis vírica.
 - d) Parotiditis juvenil recurrente.
6. **¿En cuál de las siguientes glándulas salivares es más probable que se desarrolle una neoplasia?**
- a) Parótida.
 - b) Submaxilar.
 - c) Sublingual.
 - d) Glándula salivar menor.
7. **¿Cuál es la neoplasia benigna más frecuente en la glándula parótida?**
- a) Cistoadenoma.
 - b) Adenoma pleomorfo.
 - c) Oncocitoma.
 - d) Adenoma de células basales.
8. **¿Cuál de los siguientes tipos celulares es característico del adenoma pleomorfo?**
- a) Linfocitos.
 - b) Células oncocíticas.
 - c) Células endoteliales.
 - d) Células mioepiteliales.
9. **¿Cuál de los siguientes factores de riesgo se asocia con el desarrollo del tumor de Whartin?**
- a) Hipertensión.
 - b) Exposición solar.
 - c) Abuso de tabaco.
 - d) Diabetes.

- 10. ¿Cuál de los siguientes signos clínicos sugiere malignidad al evaluar una neoplasia de parótida?**
- a) Sequedad oral.
 - b) Tamaño mayor de 1 cm.
 - c) Consistencia quística.
 - d) Parálisis facial.
- 11. Paciente que presenta una neoplasia maligna de parótida, diagnosticada mediante PAAF, y que no presenta parálisis de ninguna de las ramas del nervio facial.**
- ¿Cuál es el manejo quirúrgico adecuado del nervio facial cuando la neoplasia está muy próxima a una de sus ramas?**
- a) Resección profiláctica de la rama próxima para garantizar márgenes no afectados y reconstrucción inmediata con injerto libre de nervio.
 - b) Resección profiláctica de la rama próxima para garantizar márgenes no afectados y cirugía estática funcional de la rama afectada inmediata.
 - c) Disección cuidadosa de la rama facial siempre que sea posible, para intentar preservar su función, a pesar de que pueda haber un margen quirúrgico afecto.
 - d) Resección profiláctica de la rama próxima para garantizar márgenes no afectados y elección de la mejor técnica reconstructiva del nervio facial en función de los síntomas postquirúrgicos.
- 12. Paciente con antecedente de parotidectomía que presenta enrojecimiento de la piel sobre el lecho quirúrgico y sudoración al masticar. ¿Cómo se denomina el síndrome del paciente?**
- a) Síndrome de Sjögren.
 - b) Síndrome de Kussmaul.
 - c) Síndrome de Churg–Strauss.
 - d) Síndrome de Frey.
- 13. ¿Qué porcentaje de neoplasias de la glándula submaxilar son malignas?**
- a) Aproximadamente el 5 %.
 - b) Aproximadamente el 25 %.
 - c) Aproximadamente el 50 %.
 - d) Aproximadamente el 75 %.

- 14. ¿Cuál es la glándula salivar afectada más frecuentemente por litiasis?**
- a) La glándula parótida.
 - b) La glándula submaxilar.
 - c) La glándula sublingual.
 - d) La glándula salivar menor.
- 15. ¿Cuál es la prueba de imagen de elección para el diagnóstico y estudio de la litiasis en las glándulas salivares?**
- a) Tomografía computarizada con cortes finos.
 - b) Resonancia magnética nuclear.
 - c) Sialografía.
 - d) Ultrasonidos.
- 16. ¿Cuál es la neoplasia maligna más frecuente en la glándula parótida?**
- a) Carcinoma ex adenoma pleomorfo.
 - b) Carcinoma mucoepidermoide.
 - c) Carcinoma adenoide quístico.
 - d) Carcinoma ductal salivar.
- 17. ¿Cuál es la neoplasia maligna más frecuente en la glándula submaxilar?**
- a) Carcinoma ex adenoma pleomorfo.
 - b) Carcinoma mucoepidermoide.
 - c) Carcinoma adenoide quístico.
 - d) Carcinoma ductal salivar.
- 18. ¿Cuál de los siguientes tumores malignos de glándulas salivares se caracteriza por presentar una extensión perineural y metástasis a distancia varios años después del tratamiento inicial?**
- a) Carcinoma ex adenoma pleomorfo.
 - b) Carcinoma mucoepidermoide.
 - c) Carcinoma adenoide quístico.
 - d) Carcinoma ductal salivar.

19. **¿Cuáles son los nervios con más riesgo de ser dañados al realizar una submaxilectomía?**
- a) Hipogloso y glossofaríngeo.
 - b) Lingual e hipogloso.
 - c) Auricular mayor y glossofaríngeo.
 - d) Lingual y glossofaríngeo.
20. **¿Cómo se denomina la lesión quística por extravasación de saliva, localizada en el suelo de la boca, producida por la obstrucción de una glándula salivar?**
- a) Mucocele.
 - b) Ránula.
 - c) Quiste dermoide.
 - d) Épulis.

Preguntas de reserva

21. **¿Cuál de las siguientes es una causa de sialosis?**
- a) Edad avanzada.
 - b) Desnutrición.
 - c) Hipertensión arterial.
 - d) Alcoholismo.
22. **¿Cuál es el manejo quirúrgico más adecuado de un mucocele del labio inferior?**
- a) Escisión quirúrgica del pseudoquiste y de la glándula asociada.
 - b) Marsupialización.
 - c) Esclerosis.
 - d) Drenaje.
23. **¿Cuál es la principal referencia anatómica para localizar el tronco del nervio facial en un procedimiento de parotidectomía?**
- a) El punto de Erb.
 - b) El *pointer* del trago.
 - c) El tendón del digástrico.
 - d) La inserción del esternocleido en la mastoides.



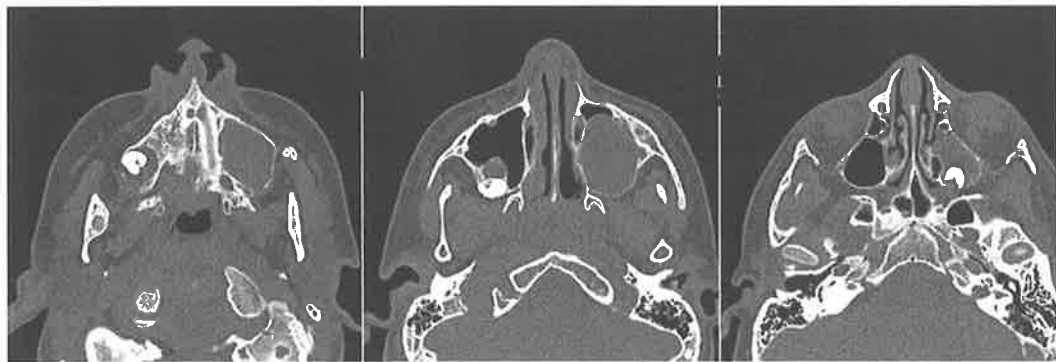
24. ¿A qué tipo de glándulas afecta el síndrome de Sjögren?

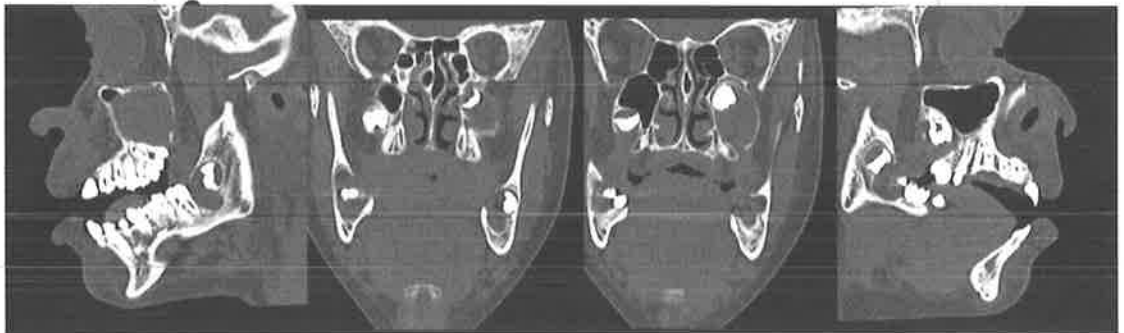
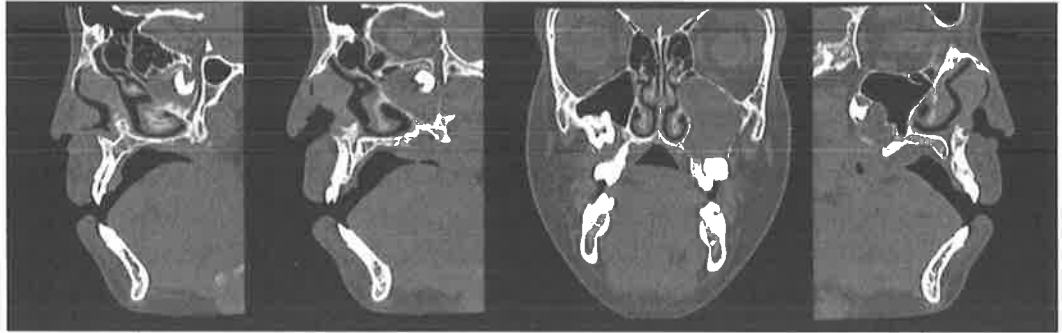
- a) Glándulas paracrinas.
- b) Glándulas exocrinas.
- c) Glándulas endocrinas.
- d) Glándulas autocrinas.

Tema 6. Patología oral

Hombre de 15 años que acude a consulta remitido por su odontólogo privado con la siguiente ortopantomografía (OPG).

Como antecedentes, tuvo un meduloblastoma a los once meses y nevus melanocítico en brazos y espalda. Se completa el estudio con una tomografía axial computarizada y una biopsia incisional de una de las lesiones, que confirma el diagnóstico de queratoquiste.





1. **Teniendo en cuenta los antecedentes descritos, ¿qué síndrome puede tener el paciente?**
 - a) Síndrome de Parry-Romberg.
 - b) Síndrome de Goldenhar.
 - c) Síndrome de Gorlin-Goltz.
 - d) Síndrome de Gardner.

2. **¿Qué tipo histopatológico de queratoquiste odontogénico es más habitual, más invasivo y tiene una mayor tendencia a la recidiva?**
 - a) No queratinizado.
 - b) Ortoqueratinizado.
 - c) Paraqueratinizado.
 - d) Disqueratinizado.

3. **¿Cuál de los siguientes es el factor más importante que se debe tener en cuenta a la hora de planificar el tratamiento de las lesiones quísticas?**
 - a) Sangrado intraoperatorio.
 - b) Tasa elevada de recidiva.
 - c) Transformación maligna.
 - d) Riesgo de lesión del nervio facial.

- 4. ¿Cuál es una característica del queratoquiste?**
- a) Se debe, principalmente, a una infección periapical.
 - b) Es un quiste epitelial del desarrollo.
 - c) Se trata mediante aspiración.
 - d) Tiene una tasa baja de recidiva.
- 5. Señale la respuesta correcta en relación con los queratoquistes:**
- a) Su localización más habitual es en la región posterior del maxilar superior.
 - b) Las recidivas se pueden deber a una resección incompleta, a los restos de la lámina dental o a la presencia de quistes satélites.
 - c) Son clínicamente agresivos, tienen una tasa alta de recidiva y no se asocian a dientes.
 - d) Es muy raro que cursen de forma asintomática.
- 6. Señale la respuesta incorrecta en cuanto al tratamiento de los queratoquistes:**
- a) La resección mandibular con márgenes libres es el tratamiento de elección en todos los casos.
 - b) En algunos casos está indicada la enucleación junto con terapias adyuvantes (solución de Carnoy, curetaje óseo, 5-fluoruracilo).
 - c) Se puede emplear la descompresión para intentar disminuir el tamaño de la lesión, mediante una marsupialización o colocando un conducto que drene el contenido del quiste.
 - d) La resección se reserva, normalmente, para el tratamiento de las lesiones con un comportamiento agresivo, a los casos muy extendidos o a las situaciones excepcionales.
- 7. Un hombre de 55 años presenta inflamación en la región posterior mandibular izquierda. En la OPG se observa una imagen multilocular radiolúcida que interesa el cuerpo y el ángulo mandibular izquierdo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**
- a) Odontoma.
 - b) Ameloblastoma.
 - c) Quiste radicular.
 - d) Quiste dentígero.

- 8. ¿Cuál no es un quiste no odontogénico?**
- a) Quiste nasolabial.
 - b) Quiste óseo aneurismático.
 - c) Quiste del conducto nasopalatino.
 - d) Quiste de erupción.
- 9. Señale la respuesta incorrecta con relación al ameloblastoma:**
- a) A pesar de ser una lesión benigna, es localmente agresivo y tiene una gran tendencia a la recidiva, por lo que requiere un manejo operatorio similar al de las lesiones malignas.
 - b) Se puede presentar como una lesión multilocular.
 - c) En caso de sospecha de ameloblastoma unicístico de tamaño pequeño no se recomienda hacer una biopsia incisional para su diagnóstico, sino que está indicado hacer una enucleación completa.
 - d) Su localización más habitual es en maxilar superior.
- 10. Señale la respuesta incorrecta en relación con el tumor de células gigantes:**
- a) Muchas veces es necesario el estudio de calcio, fósforo y PTH séricos, con el fin de diferenciarlo del tumor pardo del hiperparatiroidismo.
 - b) La célula característica es gigante y multinucleada.
 - c) El diagnóstico diferencial debe establecerse con el quiste óseo aneurismático, el granuloma central reparativo de células gigantes, el querubismo y el tumor pardo.
 - d) Su diagnóstico es sencillo y se basa únicamente en la clínica.
- 11. ¿Cuál de las siguientes entidades no presenta en su análisis histológico, de forma característica, células gigantes multinucleadas?**
- a) Quiste óseo aneurismático.
 - b) Queratoquiste.
 - c) Querubismo.
 - d) Granuloma periférico de células gigantes.



- 12. Hombre de 27 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor y tumefacción hemimandibular derecha. En la exploración se encuentra una tumoración expansiva en el cuarto cuadrante mandibular, no dolorosa en la palpación y sin afectación sensitiva en el territorio innervado por el nervio dentario inferior. Se hace una OPG y se objetiva una lesión radiolúcida polilobulada, expansiva, desde la apófisis coronoides hasta el segundo molar inferior derecho.**

¿Cuál de los siguientes diagnósticos diferenciales se puede descartar en un primer momento?

- a) Ameloblastoma.
- b) Queratoquiste.
- c) Displasia cementaria periapical.
- d) Mixoma odontogénico mandibular.

- 13. Paciente joven, sin antecedentes de interés, al que se hace una TC que evidencia una lesión lítica, multiloculada, que insufla ambas corticales y se extiende desde la apófisis coronoides hasta el primer molar inferior derecho con el tercer molar incluido. La biopsia incisional confirma la sospecha de un ameloblastoma convencional.**

¿Cuál debe ser el planteamiento terapéutico más adecuado en este caso?

- a) Enucleación de la lesión quística y exodoncia del 48, 47 y 46.
- b) Marsupialización de la lesión y exodoncia del 48, 47 y 46.
- c) Resección en bloque con márgenes de seguridad, por qué se trata de una lesión localmente agresiva, y reconstrucción del defecto con un colgajo microvascularizado osteofasciocutáneo de peroné.
- d) Resección en bloque con márgenes de seguridad, por qué se trata de una lesión localmente agresiva, y reconstrucción del defecto con una placa de reconstrucción mandibular y un colgajo miocutáneo de pectoral mayor.



- 14. Señale la respuesta falsa con respecto a la reconstrucción de defectos mandibulares:**
- a) La reconstrucción mandibular diferida tiene múltiples ventajas frente a la reconstrucción inmediata: menor tasa de infección, mejor cicatrización y resultados estéticos y funcionales mejores.
 - b) El patrón de oro de la reconstrucción mandibular consiste en emplear injertos óseos vascularizados.
 - c) Los tres principales colgajos libres usados para la reconstrucción de los defectos mandibulares con requerimiento de hueso son el colgajo de cresta iliaca, el de cresta escapular y el de peroné.
 - d) Los defectos de la mandíbula pueden ser el resultado del tratamiento de neoplasias benignas y malignas, anomalías congénitas, traumatismos, infecciones y osteorradionecrosis.
- 15. Señale la respuesta incorrecta con respecto a la displasia fibrosa:**
- a) Es una enfermedad fibroósea benigna.
 - b) Consiste en el reemplazo de un hueso normal por una proliferación excesiva del tejido conectivo con estructuras óseas anormales.
 - c) Se clasifica dentro de los tumores odontogénicos.
 - d) Puede ser monostótica, afectación de un solo hueso, o poliostótica, afectación de dos o más huesos no contiguos.
- 16. Señale la respuesta correcta en cuanto al tratamiento de la displasia fibrosa:**
- a) El tratamiento con bifosfonatos está indicado como primera opción, sobre todo en aquellos casos sin dolor óseo.
 - b) La observación está contraindicada cuando las lesiones son pequeñas, asintomáticas y estéticamente aceptables.
 - c) La escisión radical y la reconstrucción son el tratamiento más utilizado en la actualidad cuando existe compresión del nervio óptico, deformidad cosmética o fractura patológica, entre otras indicaciones.
 - d) El remodelado quirúrgico (reducción del tejido lesionado) está contraindicado.

17. Señale la respuesta incorrecta en cuanto a los odontomas:

- a) Es una lesión que contiene esmalte, dentina y pulpa.
- b) Los odontomas complejos radiológicamente tienen el aspecto de una masa radiopaca sólida rodeada por una zona radiotransparente fina.
- c) No suelen recidivar tras su exéresis.
- d) Se denomina odontoma complejo aquel que se compone de formas reconocibles de diente.

18. Señale la incorrecta en relación con el quiste óseo aneurismático:

- a) Se ha descrito en huesos largos.
- b) No tiene recubrimiento epitelial.
- c) Radiológicamente se presenta como una lesión radiopaca de bordes bien definidos.
- d) El tratamiento de elección es la escisión o curetaje con crioterapia complementaria.

19. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones no es característica de un quiste periapical?

- a) Se presenta radiológicamente como una radiotransparencia oval o redondeada de contorno bien delimitado localizado en el ápice dental.
- b) Está formado por una cápsula externa de tejido fibroso y una zona central de tejido de granulación.
- c) El tratamiento de elección, inicialmente, es el tratamiento de conductos con o sin resección de la lesión.
- d) El tratamiento curativo de elección es la antibioterapia de amplio espectro.

20. ¿Cuál de estos patrones histológicos no está descrito en el ameloblastoma?

- a) Folicular.
- b) De células planas.
- c) Plexiforme.
- d) Desmoplásico.

Preguntas de reserva

- 21. ¿Cuál es la localización más habitual para la aparición de un queratoquiste?**
- a) Región posterior mandibular.
 - b) Región anterior mandibular.
 - c) Región anterior maxilar superior.
 - d) Región posterior maxilar superior.
- 22. Si en una OPG se observa una imagen compatible con un quiste multilocular en la mandíbula, ¿cuál de las siguientes entidades es más probable?**
- a) Quiste óseo simple.
 - b) Quiste periapical.
 - c) Quiste dentígero.
 - d) Queratoquiste.
- 23. Señale la respuesta incorrecta con respecto al tumor de células gigantes:**
- a) Es una neoplasia ósea primaria.
 - b) Es una lesión benigna que puede tener un comportamiento agresivo.
 - c) Radiológicamente, puede presentarse como una imagen radiolúcida multilocular en pompas de jabón, o unilocular.
 - d) Es recomendable hacer un diagnóstico diferencial con el tumor pardo maxilar, que se caracteriza por ser una lesión ósea focal secundaria a hipoparatiroidismo.
- 24. Un adolescente de 16 años presenta un canino incluido en el maxilar superior izquierdo. La OPG demuestra una imagen radiolúcida que interesa la corona del 23. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos es el más probable?**
- a) Quiste gingival del adulto.
 - b) Quiste periodontal lateral.
 - c) Quiste dentígero.
 - d) Queratoquiste.

Tema 7. Articulación temporomandibular

1. **¿Cuál de los siguientes músculos se inserta en la apófisis coronoides de la mandíbula?**
 - a) Temporal.
 - b) Pterigoideo lateral.
 - c) Pterigoideo medial.
 - d) Cigomático mayor.

2. **El músculo pterigoideo lateral...**
 - a) ...se une a la apófisis coronoides y eleva la mandíbula.
 - b) ...se une al proceso condilar y eleva la mandíbula.
 - c) ...se une a la apófisis coronoides y sobresale la mandíbula.
 - d) ...se une al proceso condilar y protruye la mandíbula.

3. **Hay dos tipos de anquilosis que deben distinguirse entre sí: anquilosis intraarticular o verdadera, y anquilosis extraarticular o falsa. En la mayoría de los casos de anquilosis verdadera, ¿cuál de los siguientes es el hallazgo más probable en la radiografía?**
 - a) Fractura deprimida del arco cigomático.
 - b) Agrandamiento del proceso coronoideo.
 - c) Pérdida de la arquitectura ósea normal.
 - d) Cicatrización resultante de la cirugía.

4. **Sawhney fue el primero en clasificar la anquilosis temporomandibular en cuatro tipos dependiendo de la gravedad y la severidad de la fusión fibroósea.**

¿Qué tipo de severidad es la fusión que se produce entre la cabeza del cóndilo y la superficie articular?

 - a) Tipo I.
 - b) Tipo II.
 - c) Tipo III.
 - d) Tipo IV.



5. **La articulación temporomandibular (ATM) puede verse afectada por diversos tipos de artritis. ¿En cuál de los siguientes tipos de artritis las radiografías muestran un aplanamiento del cóndilo y los osteofitos?**

- a) Artritis degenerativa secundaria.
- b) Artritis infecciosa.
- c) Artritis traumática.
- d) Artritis reumatoide.

6. **En un tipo de artritis de la ATM, los hallazgos más frecuentes son dolor, hinchazón y movimiento limitado. Las radiografías son negativas en las etapas iniciales, pero posteriormente indican destrucción ósea, lo cual podría provocar una deformidad de mordida abierta anterior.**

¿Cuál de los siguientes tipos de artritis de la ATM coincide con la descripción?

- a) Artritis reumatoide.
- b) Artritis infecciosa.
- c) Artritis traumática.
- d) Artritis reumatoide.

7. **En la artrosis de la ATM, podría desgastarse un orificio por el disco. ¿Cuál de las siguientes opciones no se asocia en general a la artrosis de la ATM?**

- a) Crepitación.
- b) Rigidez.
- c) Afectación unilateral.
- d) Dolor leve.

8. **El diagnóstico de alteración con reducción de disco de la articulación temporomandibular requiere la observación de la mandíbula con la boca abierta.**

¿Cuál de las siguientes opciones presenta el paciente cuando se abre la mandíbula más de 10 mm (medidos entre los incisivos superiores e inferiores)?

- a) Entumecimiento.
- b) Dolor intenso.
- c) Un clic.
- d) Tinnitus.

9. Señale la afirmación falsa respecto a la infección de la articulación temporomandibular:

- a) El diagnóstico de artritis infecciosa en cualquier articulación del cuerpo es esencialmente clínico.
- b) Suele presentarse con dolor local bilateral, hipersensibilidad, enrojecimiento e inflamación de la articulación, acompañada por fiebre, escalofríos y sudores, hallazgos que dependen de la infección específica.
- c) El dolor es una artralgia inflamatoria en reposo pero que se acentúa con la función.
- d) La posición más cómoda está representada por la posición en que la articulación alcanza un máximo volumen, es decir donde se encuentre el mínimo de presión.

10. Señale la respuesta falsa respecto al tratamiento de la artritis séptica de la articulación temporomandibular:

- a) Los principios generales de tratamiento para la artritis séptica pasan por erradicar la infección y proteger la articulación.
- b) Indicar ejercicios de movimientos activos y pasivos, aunque sean dolorosos para evitar anquilosis, además de AINES y calor profundo.
- c) En caso de ser bacteriana debe ser tratada con antibióticos y en caso necesario, con desbridamiento quirúrgico.
- d) Los antibióticos de elección son los de tercera generación, como la cefalosporina o la vancomicina.

11. La artrocentesis (AC) es una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de los trastornos de la ATM en la que se puede añadir la inyección intraarticular de diferentes sustancias terapéuticas como corticoides (CS) solubles o insolubles, ácido hialurónico (AH), plasma rico en plaquetas (PRP) o plasma rico en factores de crecimiento (PRGF). La inyección intraarticular de CS no está exenta de efectos secundarios, aunque estos son poco frecuentes.

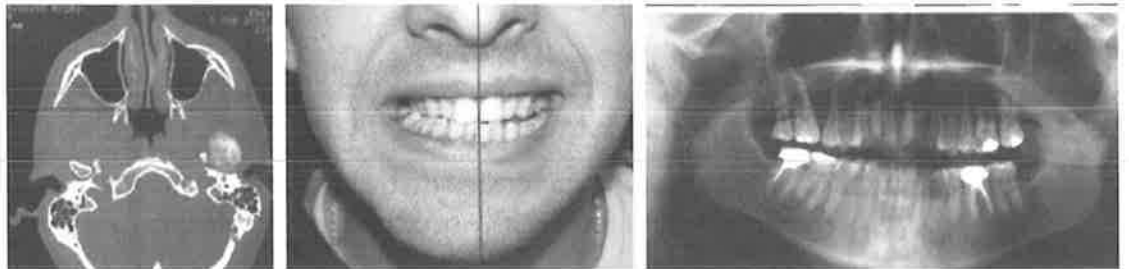
¿Cuál no es un efecto secundario de los corticoesteroides?

- a) Dolor en el lugar de punción.
- b) Atrofia subcutánea.
- c) Hiperpigmentación de la piel.
- d) Calcificación en el tejido subcutáneo.

12. ¿Cuál de los siguientes organismos infecciosos es la causa más común de la artritis infecciosa aguda en adultos a nivel general?

- a) Estreptococos del grupo B.
- b) *Neisseria gonorrhoeae*.
- c) *Propionibacterium acnes*.
- d) *Staphylococcus aureus*.

13. Hombre de 29 años se presenta con maloclusión progresiva y desviación del mentón. ¿Cuál es el diagnóstico más probable basado en las imágenes de la TC?



- a) Osteocondroma.
- b) Lesión de células gigantes.
- c) Osteosarcoma.
- d) Hiperplasia condilar.

14. Para proteger el nervio facial en el abordaje preauricular a la ATM, la incisión a través de la fascia y el periostio en el área del arco cigomático no debe estar a más de cm del borde anterior del conducto auditivo externo.

- a) 0,8 cm.
- b) 1,5 cm.
- c) 2,0 cm.
- d) 2,5 cm.

- 15. Un chico de 12 años tiene la línea media dental y sinfisiaria mandibular 3 mm a la derecha de la línea media facial. La oclusión céntrica se aproxima a la relación céntrica. ¿Con qué son más consistentes estos hallazgos?**
- a) Disfunción de dolor miofacial.
 - b) Desajustes internos de la ATM derecha.
 - c) Espasmo pterigoideo lateral izquierdo.
 - d) Desajustes internos de la ATM izquierda.
- 16. ¿Qué tipo de tejido demuestra una señal brillante en las imágenes de RM T1?**
- a) Grasa.
 - b) Músculo.
 - c) Hueso.
 - d) Cartílago.
- 17. ¿Cuál es el resultado esperado después de una discotomía temporomandibular unilateral sin reemplazo del disco?**
- a) Mordida abierta.
 - b) Pérdida de la movilidad.
 - c) Formación de un quiste subcondíleo.
 - d) Formación de un pseudodisco.
- 18. Comparada con la discotomía, ¿cuál es la complicación más habitual de la condilectomía mandibular modificada?**
- a) Cambios en la oclusión.
 - b) Ruidos articulares postoperatorios.
 - c) Adhesiones intraarticulares.
 - d) Artrosis condilar.
- 19. ¿A qué estructura vascular puede evitar el daño la preservación de la cápsula medial durante la cirugía intraarticular de la ATM?**
- a) La arteria maxilar interna.
 - b) La arteria maseterina.
 - c) La arteria temporal profunda.
 - d) La arteria meníngea media.



- 20. Un hombre de 45 años se presenta con anquilosis recurrente de la ATM izquierda, con apertura interincisal de 10 mm. Hace cinco años tuvo una reducción cerrada de una fractura del cóndilo mandibular. Un año después de la reducción cerrada se hizo una reconstrucción de la ATM con injerto autólogo costocondral. Subsecuentemente tuvo reconstrucciones costocondrales repetidas.**

En esta situación, ¿qué tratamiento demuestra el grado menor de recurrencia de anquilosis?

- a)* Artroplastia con inserción de un bloque de silicón permanente.
- b)* Artroplastia con rotación de colgajo de musculo temporal e injerto costocondral autógeno.
- c)* Artroplastia con inserción de injerto autógeno de grasa.
- d)* Artroplastia con inserción de prótesis aloplástica de ATM.

Preguntas de reserva

21. Un niño de siete años con una historia de trauma facial a los cinco años se presenta con una limitación a la apertura bucal de 4 mm y una desviación de la mandíbula al lado izquierdo.

¿Cuál es la intervención quirúrgica que proporciona una rehabilitación funcional y estética en la adultez?

- a) Reconstrucción aloplástica total.
- b) Reemplazo condilar aloplástico.
- c) Artroplastia con injerto del cartílago auricular.
- d) Injerto autólogo costochondral.

22. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es consistente con la etapa III de Wilkes, de desajustes internos?

- a) Reducción dolorosa del disco.
- b) Disco perforado doloroso sin reducción.
- c) Reducción dolorosa del disco.
- d) Disco sin reducción con dolor agudo o subagudo.

23. Durante la condilectomía mandibular modificada ¿cuál es la distancia máxima en qué se puede extender la sierra oscilante medialmente a la rama a nivel de la escotadura sigmoidea para dejar la arteria maxilar interna con el menor riesgo de lesión?

- a) 20 mm.
- b) 15 mm.
- c) 10 mm.
- d) Menos de 5 mm.

24. ¿Qué hallazgos pueden esperar tener antes de la reconstrucción mandibular tardía los pacientes sometidos a una resección segmentaria mandibular unilateral con preservación de un segmento condilar corto?

- a) Desplazamiento doloroso del disco con el cóndilo fuera de la fosa.
- b) Relación normal del disco asintomática con el cóndilo en la fosa.
- c) Desplazamiento del disco asintomático con el cóndilo fuera de la fosa.
- d) Relación normal del disco asintomática con el cóndilo fuera de la fosa.



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

