

CASO CLÍNICO 1

Mujer de 77 años que presenta esta lesión asintomática en mucosa yugal, no sabe tiempo de evolución. Es un hallazgo casual por parte de su dentista.



1. Si esta lesión fuera bilateral y simétrica, ¿cuál sería su diagnóstico más probable?

- a) Liquen plano reticular.
- b) Eritroplasia.
- c) Lesión liquenoide.
- d) Leucoplasia.

2. Con el diagnóstico de la pregunta 1 de este caso, ¿qué etiología sospecharía?

- a) Tabaco.
- b) Alcohol.
- c) Desconocida.
- d) Traumática.

3. ¿Qué evolución se esperaría con el diagnóstico de la pregunta 1?

- a) Mejoría hasta su desaparición completa sin tratamiento.
- b) Seguro que maligniza a carcinoma de células escamosas.
- c) Estabilidad durante largo periodo de tiempo.
- d) Ulceraciones dolorosas.

4. ¿Qué tratamiento aplicaría con el diagnóstico de la pregunta 1?

- a) Si está asintomática, ninguno, pero lo vigilaría.
- b) Láser de CO2 en todos los casos.
- c) Extirpación quirúrgica.
- d) Terapia fotodinámica en todos los casos.

5. Si la lesión fuera unilateral y en relación con un diente que presenta una obturación con amalgama, ¿qué sospecharía?

- a) Lesión liquenoide.
- b) Eritroplasia.
- c) Leucoplasia verrucosa proliferativa.
- d) Leucoplasia.

PREGUNTA DE RESERVA (Contestar en el apartado de preguntas de reserva)

1. Si el diagnóstico fuera de liquen plano, ¿en qué otra parte del cuerpo se podría esperar que tuviera también lesiones?

- a) Músculo.
- b) Cerebro.
- c) Piel.
- d) Hígado.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 77 años que presenta parestesia de labio inferior derecho e inflamaciones de repetición en región de hemimandíbula derecha. Comenta que hace años, le operaron de un quiste en esta misma zona.

Se realiza ortopantomografía:



6. ¿Cuál sería su diagnóstico de presunción?

- a) Quiste folicular.
- b) Quiste residual.
- c) Queratoquiste.
- d) Quiste óseo traumático.

7. ¿Cómo se le podría denominar también al diagnóstico de presunción?

- a) Quiste primordial.
- b) Quiste odontogénico glandular.
- c) Quiste globulomaxilar.
- d) Quiste óseo aneurismático.

8. ¿Qué origen cree que tendría?

- a) Quiste del desarrollo.
- b) Quiste inflamatorio.
- c) Quiste no epitelial.
- d) Quiste no odontogénico.

9. Una vez que haya hecho el diagnóstico de presunción, con el mismo, ¿qué afirmación es CIERTA?

- a) Estos quistes raramente son asintomáticos.
- b) Estos quistes nunca asocian un diente incluido.
- c) No haría diagnóstico diferencial con el ameloblastoma.
- d) Este caso, podría debutar con fractura patológica mandibular.

10. ¿Qué tratamiento sería el menos recomendado?

- a) Enucleación simple de la lesión.
- b) Enucleación, curetaje y aplicación de solución de Carnoy.
- c) Enucleación y crioterapia.
- d) Técnica quirúrgica descompresiva previa a la extirpación.

PREGUNTA DE RESERVA

2. ¿Qué evolución sería, a los años, la más esperada tras el tratamiento quirúrgico?

- a) Degeneración a carcinoma epidermoide.
- b) Recidiva.
- c) Transformación sarcomatosa.
- d) Infección.

CASO CLÍNICO 3

Niña que a los 9 meses de edad sufrió caída accidental desde la trona sin repercusión funcional aparente.

Fue remitida a nuestro Servicio a los 2 años por limitación de la apertura oral, siendo diagnosticada de fractura de cóndilo izquierdo que se trató de manera conservadora.

Acude de nuevo a los 10 años para nueva valoración por limitación de la apertura oral que dificulta la ingesta, máxima apertura oral 15mm.

11.¿Cuál es la complicación más probable derivada de la fractura condilar sufrida en la infancia?

- a) Anquilosis temporomandibular.
- b) Osteonecrosis del cóndilo.
- c) Luxación recurrente de la articulación temporomandibular.
- d) Hiper movilidad articular.

12.¿Cuál es el estudio de imagen más indicado para evaluar la situación actual de la articulación temporomandibular en este caso?

- a) Radiografía panorámica.
- b) Resonancia magnética.
- c) Tomografía computarizada.
- d) Gammagrafía ósea.

13.¿Cuál de las siguientes técnicas quirúrgicas es más adecuada en un caso de anquilosis severa de ATM en una paciente pediátrica?

- a) Condilectomía simple.
- b) Artroplastia de interposición con injerto de fascia temporal.
- c) Reemplazo articular con prótesis total.
- d) Osteotomía de Lefort I con avance maxilar.

14. ¿Cuál es la complicación más frecuente tras la reconstrucción condilar con injerto costochondral en pacientes pediátricos?

- a) Hiper movilidad de la articulación temporomandibular.
- b) Hipoplasia o sobrecrecimiento del injerto.
- c) Necrosis del injerto óseo.
- d) Luxación condilar recidivante.

15. En pacientes pediátricos con anquilosis recurrente de ATM, ¿cuál es la opción reconstructiva con menor tasa de recidiva a largo plazo?

- a) Injerto costochondral.
- b) Artroplastia de interposición con fascia temporal.
- c) Reemplazo protésico total de la ATM.
- d) Osteotomía de Le Fort I con avance maxilar.

PREGUNTA DE RESERVA

3. ¿Qué factor influye en el desarrollo de anquilosis temporomandibular en fracturas condilares pediátricas?

- a) La existencia de una fractura conminuta.
- b) La falta de tratamiento ortopédico con férulas.
- c) La proximidad de la fractura al centro de crecimiento mandibular.
- d) La presencia de dislocación condilar bilateral.

CASO CLÍNICO 4

Paciente que es traído a Urgencias del Hospital Universitario de Navarra, tras sufrir traumatismo accidental golpeándose en región facial y hombro derecho mientras montaba en bicicleta.

En el TC Facial describen:

Fractura de LeFort bilateral, tipo 1 en el lado izquierdo y tipo 3 en el derecho.

A la exploración presenta distopia que condiciona diplopía en todas las posiciones y refiere disoclusión.

16. Según la clasificación de Le Fort, ¿qué características definen una fractura de Le Fort tipo III como la que presenta en el lado derecho?

- a) Separación del paladar del resto del cráneo con afectación de los arbotantes maxilomalares.
- b) Separación del maxilar del cráneo con fractura del suelo de la órbita y apófisis pterigoides.
- c) Disyunción craneofacial con afectación del complejo naso-orbito-etmoidal y arco cigomático.
- d) Fractura unilateral del maxilar superior sin compromiso del tercio medio.

17. En este caso, ¿cuál sería la primera prioridad en el manejo quirúrgico de las fracturas de Le Fort?

- a) Reducción y fijación de las fracturas del arco cigomático.
- b) Estabilización del complejo naso-orbito-etmoidal.
- c) Fijación del maxilar superior a la base del cráneo con placas de osteosíntesis.
- d) Corrección de la distopia ocular antes de la reducción ósea.

18.¿Cuál de las siguientes complicaciones es más probable en fracturas del complejo naso-orbito-etmoidal como la que presenta este paciente?

- a) Enoftalmos y limitación de los movimientos oculares.
- b) Deformidad nasal.
- c) Fístula de líquido cefalorraquídeo.
- d) Retracción por fibrosis de los tejidos blandos.

19.¿Cuál es el material más comúnmente utilizado para la reconstrucción de la cavidad orbitaria en el caso de presentar enoftalmos?

- a) Malla de titanio.
- b) Cartílago auricular autólogo.
- c) Injertos de calota.
- d) Implantes reabsorbibles de ácido poliglicólico.

20.¿En qué situación estaría indicada una reintervención quirúrgica de este paciente?

- a) Si persiste la diplopía tras 6 meses de manejo conservador.
- b) Si el enoftalmos recidiva más de 1 mm.
- c) Si hay signos de neuropatía óptica sin pérdida visual.
- d) Si presenta una alteración leve en la motilidad ocular sin impacto funcional.

PREGUNTA DE RESERVA

4. Según la clasificación de Markowitz de las fracturas nasoorbitoetmoidales (NOE), ¿a qué tipo correspondería una fractura NOE en la que existe cierta conminución en el fragmento del reborde orbitario medial, aunque sin afectar a la inserción del ligamento cantal interno al hueso?

- a) I
- b) II
- c) IIIa
- d) IIIb

CASO CLÍNICO 5

Mujer de 50 años que acude a la consulta con una tumoración parotídea izquierda de 1,5cm, y consistencia gomosa no adherida a piel de 2 años de evolución. No presenta signos de parálisis facial y la paciente niega dolor.

21. Se le solicita una PAAF con resultado de Milan 4B o lo que es lo mismo:

- a) Atipia de significado indeterminado (AUS).
- b) Neoplasia Benigna.
- c) Sospechoso de malignidad.
- d) Neoplasia de potencial maligno incierto.

22. Con el resultado que nos han dado podríamos hacer diagnóstico diferencial entre las siguientes entidades exceptuando:

- a) Tumor Mioepitelial.
- b) Adenoma pleomorfo.
- c) Adenocarcinoma de células basales.
- d) Carcinoma ductal salivar.

23. ¿Realizarías alguna prueba diagnóstica más? En caso de ser afirmativo, ¿qué prueba diagnóstica de las siguientes considerarías de elección?

- a) No realizaría más pruebas.
- b) Solicitaría una RMN.
- c) Solicitaría un TC.
- d) Solicitaría una ECO.

24. Con la información obtenida por las diferentes pruebas solicitadas, se decide realizar una parotidectomía superficial conservadora, con un resultado anatomopatológico de carcinoma de células acinares encapsulado de 1,2x1,5cm y márgenes libres. Se decide realizar un TC para valoración cervical con el siguiente resultado: Adenopatía ipsilateral en nivel IIB de 18mm, nivel III dos adenopatías, una de 20mm y otra de 12mm ¿Cuál sería el TNM?

- a) T1N2aM0
- b) T2N2aM0
- c) T1N1M0
- d) T1N2bM0

25. ¿Cuál sería de los siguientes el tratamiento más adecuado?

- a) Vaciamiento cervical selectivo de los niveles II-III.
- b) Vaciamiento cervical supraomohioideo.
- c) Ampliar la parotidectomía a completa (conservadora)+Vaciamiento cervical selectivo de los niveles II, III.
- d) Ampliar la parotidectomía a completa (conservadora) + vaciamiento cervical de los niveles I-V.

PREGUNTA DE RESERVA

5. Teniendo en cuenta que el HER 2 es negativo, ¿precisaría algún tratamiento complementario más? En caso de respuesta afirmativa, de los siguientes, ¿qué tratamiento sería el indicado?

- a) No precisa tratamiento.
- b) Precisa tratamiento radioterápico 66-70Gy.
- c) Precisa tratamiento radioterápico 44-63Gy + quimioterápico.
- d) Precisa tratamiento radioterápico 44-63Gy + inmunoterapia.

CASO CLÍNICO 6

Paciente varón de 73 años, fumador de 3 cigarros/ día, con HTA, DM tipo 2 e hipercolesterolemia. Fototipo 1 que frecuenta la huerta y permanece mucho al sol con poca protección. Acude por lesión central en mucosa de labio inferior ulcerada e infiltrante de unos 2cm de ancho que infiltra hasta el fondo de vestíbulo, tiene borrada la línea de Klein. A la palpación cervical, se palpa adenopatía de unos 2 cm en nivel IIA derecho. Se le solicita TC y se aprecia lesión infiltrante de partes blandas con ulceración superficial que invade la cortical vestibular y mide 2,3X2cm y un DOI de 15mm localizado en zona central de labio inferior con adenopatías de aspecto patológico en niveles IIA, IIB, III, derecho de 2,3cm, 1,7cm, y 1,5cm respectivamente de aspecto redondeado y pérdida de hilio. En la región cervical izquierda no se aprecian adenopatías patológicas. Se le solicita también un PET donde se aprecia lesión centrolabial con un SUV de 12,3, adenopatía en nivel IIA con un SUV de 8,4 otra en IIB de 7,2 y otra en III de 6,5. NO hay captaciones a otro nivel.

26.¿Que TNM radiológico tiene?

- a) T3N2aM0
- b) T4aN2bM0
- c) T4bN2cM0
- d) T2N2cM0

27.Si el tumor fuese algo más pequeño(1.8X1,5cm), sin invasión ósea y un DOI de 7mm ¿qué TNM tendría?

- a) T3N2aM0
- b) T2N2bM0
- c) T1N2aM0
- d) T2N2cM0

28.De los siguientes, ¿qué tipo de tratamiento cervical estaría indicado?

- a) VCG supraomohiideo derecho.
- b) VCG funcional derecho.

- c) VCG funcional derecho y VCG supraomohioideo izquierdo.
- d) VCG supraomohioideo derecho y VCG supraomohioideo izquierdo.

El resultado anatomopatológico es un carcinoma epidermoide ulcerado con patrón de infiltración tipo 4 de 2,2 x,1,9 cm e infiltración de 2 cm con infiltración de cortical ósea e invasión linfovascular sin invasión perineural y todos los márgenes libres y suficientes a > 5mm. 18 ganglios, 4 de ellos afectados y 2 de ellos con invasión extracapsular.

29.¿Qué pTNM tiene?

- a) T4aN2bM0
- b) T4bN2cM0
- c) T4aN3bM0
- d) T3N2bM0

30.¿Pedirías algún tipo de marcador a la pieza? En caso de respuesta afirmativa, ¿cuál de las siguientes opciones le parecería la más CORRECTA?

- a) No, no veo necesario solicitar nada más.
- b) Si, pediría el p16.
- c) Si, pediría el PDL-1.
- d) Si, pediría el PDL-1 y CPS.

PREGUNTA DE RESERVA

6. ¿Con los resultados en la mano, estaría indicado algún tratamiento adyuvante complementario?

- a) Si, estaría indicado tratamiento RT 60-66Gy.
- b) Si, estaría indicado tratamiento con RT a 60-66Gy + QT.
- c) Si, estaría indicado tratamiento Rt 45-50Gy+QT.
- d) No, no está indicado ningún tratamiento complementario.

