

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA en relación a la “Lista de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de verificación de la seguridad de la cirugía”?

- a) Se ha demostrado que su uso se asocia a una reducción significativa de las tasas de complicaciones y muertes en diversos hospitales y entornos y a un mejor cumplimiento de las normas de atención básicas.
- b) Debe haber una persona encargada de realizar los controles de seguridad de la lista, que puede ser cualquier clínico que participe en la operación.
- c) La lista de verificación se divide en tres fases: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, anterior a la salida del paciente del quirófano.
- d) La lista de verificación se divide en tres fases: el periodo anterior a la inducción de la anestesia, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior tras la salida del paciente del quirófano.

2. ¿Cuál de las siguientes es CORRECTA en relación a la “Lista de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de verificación de la seguridad de la cirugía”?

- a) Antes de la inducción de la anestesia no es necesario revisar el riesgo de sangrado
- b) Antes de la incisión quirúrgica se debe comprobar que la profilaxis antibiótica se ha administrado en los últimos 60 minutos.
- c) Antes de la incisión quirúrgica no es necesario que el equipo confirme de nuevo la identidad del paciente porque ya se ha comprobado antes de la inducción anestésica.
- d) Se recomienda que el etiquetado de las muestras se realice una vez que el paciente haya salido del quirófano para agilizar los procedimientos.

3. ¿Cuál de las siguientes NO es una medida preventiva principal incluida en el proyecto Infección Quirúrgica Zero 2023 (IQZ)?:

- a) Adecuación de la profilaxis antibiótica.
- b) Antisepsia de la piel con clorhexidina alcohólica.
- c) Mantenimiento de la normotermia.
- d) Eliminar siempre el vello con rasuradora y no con maquinilla eléctrica.

4. Respecto al SinASP (Sistema de Notificación y aprendizaje para la seguridad del paciente), señalar la respuesta INCORRECTA:

- a) Es el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social como parte de la Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.
- b) El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje para la mejora.
- c) La información introducida en el SiNASP es totalmente confidencial.
- d) La notificación es obligatoria.

5. ¿Cuál de las siguientes es la principal vía de transmisión cruzada de microorganismos potencialmente patógenos entre los pacientes en los centros sanitarios?

- a) El aire que circula en el hospital.
- b) La exposición de los pacientes a superficies colonizadas por gérmenes (camas, sillas, mesas)
- c) Las manos de los profesionales sanitarios cuando no están limpias.
- d) Compartir objetos no invasivos entre pacientes (estetoscopios, manguitos de presión, etc.)

6. Según el Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en atención especializada, señale la CORRECTA:

- a) El plazo máximo de espera para que un paciente reciba una consulta de asistencia especializada programada preferente es de 10 días naturales desde la solicitud del facultativo.
- b) El plazo máximo de espera para que un paciente reciba una consulta de asistencia especializada urgente preferente es de 10 días hábiles desde la solicitud del facultativo.
- c) El plazo máximo de espera para que un paciente reciba una consulta de asistencia especializada programada preferente es de 30 días hábiles desde la solicitud del facultativo.
- d) El plazo máximo de espera para que un paciente reciba una consulta de asistencia especializada programada preferente es de 10 días hábiles desde la solicitud del facultativo.

7. Según el Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en atención especializada, señale la opción INCORRECTA:

- a) El plazo máximo de espera para que a un paciente se le realice una intervención quirúrgica programada es de 30 días hábiles desde la solicitud del facultativo en el caso de que se trate de un proceso oncológico.
- b) El plazo máximo de espera para que a un paciente se le realice una intervención quirúrgica programada es de 30 días naturales desde la solicitud del facultativo en el caso de que se trate de un proceso oncológico.
- c) El tiempo máximo de respuesta se suspenderá cuando concurra causa clínica que aconseje demorar la intervención, sin que esto suponga que sea definitiva.
- d) Una vez finalizada la causa de interrupción del plazo máximo de respuesta, se continuará con el cómputo máximo de respuesta.

8. Según el artículo 51 de la Ley Foral 17/2010, de 8 de noviembre, de Derechos y Deberes de las personas en materia de salud en la Comunidad Foral de Navarra, el consentimiento informado se otorgará por representación en el siguiente caso (señale la respuesta CORRECTA):

- a) Cuando el paciente menor, de entre doce y dieciséis años, no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado la opinión de éste si tiene doce años cumplidos.
- b) En el caso de que un paciente sea menor de edad, el consentimiento se prestará siempre por representación hasta que cumpla los 18 años.
- c) Cuando el paciente menor, de entre doce y dieciséis años, no sea capaz intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor sin tener en cuenta la opinión de éste independientemente de su edad.
- d) En el caso de que la decisión del representante legal pueda presumirse contraria a la salud del menor, el profesional responsable no tiene el deber de poner los hechos en conocimiento de la autoridad competente en virtud de lo dispuesto en la legislación civil.

9. Según el documento de “Estándares y Recomendaciones de calidad y seguridad del Bloque Quirúrgico”, publicado por el Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales en 2010, señale la opción FALSA:

- a) La temperatura del quirófano debe permanecer entre 22 y 26 °C y la humedad relativa entre el 45 y 55%, según UNE100713.
- b) El sistema de climatización debe proporcionar una sobrepresión al quirófano respecto a sus locales adyacentes.
- c) El factor de contaminación más crítico es el número de personas que se encuentran en el interior del quirófano.
- d) Las puertas del lado de sucio deben ser estancas, condición que no se exige a las del lado de limpio.

10. Según el Decreto Foral 21/2010, de 26 de abril, por el que se aprueba el Reglamento de Desarrollo de la Ley Foral 14/2008, de 2 de julio, de Garantías de Espera en atención especializada, la situación administrativa: “transitoriamente no programable” hace referencia a:

- a) Que el programa no funciona y no se puede programar la intervención quirúrgica hasta que se resuelva el problema.
- b) Defunción del paciente.
- c) La situación de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, cuya programación no es posible en un momento dado, bien por motivos clínicos que contraindican o no aconsejan temporalmente la intervención, bien por solicitud del propio paciente de aplazamiento de la intervención.
- d) La situación de pacientes pendientes de intervención quirúrgica, cuya programación no es posible debido a problemas de la organización y/o recursos disponibles.

11. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, quinta edición del 2022, ¿qué lesión de mucosa oral NO se considera una lesión potencialmente maligna?

- a) Liquen plano oral.
- b) Eritroplasia.
- c) Candidiasis hiperplásica crónica.
- d) Leucoplasia verrucosa proliferativa.

12. ¿Cuál de las siguientes es una característica del liquen plano?

- a) El liquen plano es exclusivo de mucosas.
- b) La etiología del liquen plano son las amalgamas dentales o algunos medicamentos.
- c) Se asocia a virus de la hepatitis C, estrés, depresión o autoinmunidad.
- d) La forma más frecuente del liquen plano es la atrófica-erosiva.

13. Respecto a la leucoplasia oral, es FALSO que:

- a) Es la lesión potencialmente maligna más frecuente de la mucosa oral.
- b) Es una lesión predominantemente blanca que se desprende al raspado.
- c) El tabaco es el único agente etiológico directamente relacionado con la aparición de una leucoplasia.
- d) Una queratosis por fricción o por irritación traumática no es una leucoplasia.

14. ¿De las siguientes lesiones de mucosa oral potencialmente malignas, cuál tiene mayor índice de transformación maligna?

- a) Liquen plano reticular.
- b) Leucoplasia oral con patrón homogéneo.
- c) Leucoplasia oral con patrón no homogéneo.
- d) Leucoplasia verrucosa proliferativa.

15. ES CIERTO del granuloma piógeno que:

- a) No tiene tendencia al sangrado.
- b) Su forma más frecuente de aparición es el de una lesión pedunculada o sésil, de color rojo brillante y friable.
- c) Los cambios hormonales durante el embarazo no se consideran un factor etiológico del granuloma piógeno.
- d) El tratamiento más recomendado para tratar un granuloma piógeno es la terapia con corticoesteroides.

16. ES FALSO de la articaína que:

- a) Es un anestésico local del grupo de las aminoamidas.
- b) Es el anestésico local con la duración más larga.
- c) Pertenece al mismo grupo que la lidocaína.
- d) La articaína tiene una alta capacidad de difusión a través de los tejidos blandos y óseos.

17.ES CIERTO en la radiología convencional de cráneo que:

- a) La radiografía desenfilada de mandíbula es una proyección de gran utilidad si no disponemos de ortopantomografía y aporta gran información sobre el cóndilo y la rama mandibular.
- b) La proyección de Towne no permite valorar fracturas con desplazamiento de los cóndilos mandibulares.
- c) La proyección de Hirtz no es útil para valorar la integridad de los arcos cigomáticos.
- d) La proyección de Waters se llama también proyección occipito-frontal.

18.¿Cuál de las siguientes suturas es reabsorbible?

- a) Seda.
- b) Ácido poliglicólico.
- c) Poliamida.
- d) Polipropileno.

19.ES FALSO sobre el espacio pterigomandibular que:

- a) Es el espacio limitado entre la rama ascendente mandibular y el músculo pterigoideo interno.
- b) Cuando aparece un absceso en este espacio puede tener su origen en el tercer molar inferior.
- c) Cuando aparece un absceso en este espacio debe realizarse diagnóstico diferencial con el absceso periamigdalino.
- d) La arteria facial atraviesa este espacio de caudal a craneal.

20. ES CIERTO del queratoquiste que:

- a) Es un quiste no epitelial.
- b) Aparece sobre todo en el maxilar superior.
- c) Está descrita su asociación con el síndrome névico basocelular.
- d) Aparece sobre todo en pacientes a partir de los 70 años.

21.La solución de Carnoy modificada está compuesta por:

- a) Alcohol absoluto, acetona, cloroformo, cloruro férrico.
- b) Alcohol absoluto, cloroformo, ácido acético glacial y cloruro férrico.
- c) Alcohol absoluto, sulfato de cobre, ácido acético glacial y cloroformo.
- d) Alcohol absoluto, ácido acético glacial, formaldehído y cloruro férrico.

22.Según la Orden SCO/2753/2007, de 4 de septiembre de 2007, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 230, de 25 de septiembre de 2007, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, ES CIERTO que:

- a) No se incluyen dentro de los ámbitos de la especialidad las técnicas microquirúrgicas.
- b) Dentro de los objetivos de formación se incluye la formación completa en cirugía general.
- c) No están contempladas en este BOE las rotaciones obligatorias, durante el periodo de formación del residente, por otras especialidades hospitalarias.
- d) Los residentes deberán adquirir, de conformidad con lo establecido en la legislación vigente, conocimientos básicos en protección radiológica.

23.¿Quién es considerado el precursor de la cirugía oral y maxilofacial en España?

- a) Profesor Bernardino Landete.
- b) Dr. Gregorio Marañón.
- c) Dr. Víctor Sada Tejero.
- d) Dr. José Alonso del Hoyo.

24. Respecto al régimen antibiótico profiláctico de endocarditis bacteriana para procedimientos dentales, ES CIERTO que:

- a) En casos de alergia a penicilina o ampicilina, el antibiótico de elección es el levofloxacino 500 mg oral 1 hora antes del procedimiento dental.
- b) Si el paciente no presenta alergia a penicilina o ampicilina, el antibiótico de elección puede ser la amoxicilina, 2 gr oral 30-60 minutos antes del procedimiento dental.
- c) El objetivo principal de la profilaxis antibiótica son los estafilococos orales.
- d) Las cefalosporinas no están dentro de las recomendaciones como antibióticos profilácticos en endocarditis bacteriana.

25. ES CIERTO del pimecrolimus que:

- a) Es un inhibidor de la calcineurina.
- b) Es un retinoide.
- c) Es un corticoide.
- d) Es un fotosensibilizador que se administra para aplicar terapia fotodinámica.

26. ES CIERTO de las lesiones potencialmente malignas de mucosa oral que:

- a) Prácticamente todas evolucionarán a lesión maligna.
- b) La transformación a lesión maligna siempre ocurre en el sitio de la lesión inicial.
- c) El término de “lesión potencialmente maligna” reemplazó a los términos de “precáncer” o “pre malignidad”.
- d) Los carcinomas orales de células escamosas aparecen siempre sobre lesiones potencialmente malignas de mucosa oral.

27.La sensibilidad del tercio posterior de la lengua y orofaringe depende del:

- a) Nervio glossofaríngeo.
- b) Nervio vago.
- c) Nervio hipogloso.
- d) Nervio facial.

28.La definición de osteonecrosis maxilar relacionada con los medicamentos (bisfosfonatos, antiangiogénicos, denosumab) comprende todas, EXCEPTO:

- a) Tratamiento actual o previo con terapia antirresortiva sola o en combinación con inmunomoduladores o medicamentos antiangiogénicos.
- b) Hueso expuesto o hueso que puede explorarse a través de una fístula intraoral o extraoral en la región maxilofacial que ha persistido durante más de 8 semanas.
- c) El paciente presenta alguno de los siguientes riesgos sistémicos: diabetes mellitus, tabaquismo, terapia con corticoides o presencia de cáncer.
- d) No hay antecedentes de radioterapia en los maxilares ni de enfermedad metastásica en los maxilares.

29.ES FALSO del quiste nasopalatino que:

- a) Se trata de una lesión que se origina en restos epiteliales, no odontogénicos.
- b) Los incisivos centrales no son vitales.
- c) La imagen radiográfica es muy característica puesto que aparece una lesión radiotransparente unilocular, redondeada, de bordes muy nítidos y completamente centrada en la línea media maxilar.
- d) El tratamiento quirúrgico mediante escisión simple no suele presentar recidivas.

30. Cuál de las siguientes entidades NO es un pseudoquiste:

- a) Quiste óseo solitario o traumático.
- b) Quiste óseo aneurismático.
- c) Cavidad idiopática de Stafne.
- d) Quiste de erupción.

31. En fracturas maxilofaciales, la reducción abierta con fijación interna (RAFI) es preferida en:

- a) Fracturas no desplazadas.
- b) Fracturas con conminución severa.
- c) Fracturas dentoalveolares.
- d) Fracturas del arco cigomático sin desplazamiento.

32. En el tratamiento de fracturas mandibulares complejas, ¿cuál es la configuración ideal de fijación para garantizar estabilidad biomecánica según principios actuales?

- a) Placas de 2.0 mm a nivel de las líneas de tensión y compresión.
- b) Fijación única monocortical con tornillos de 1.5 mm.
- c) Placas de reconstrucción de 2.4 mm con fijación bicortical.
- d) Uso de alambres interdentes con bloqueo intermaxilar prolongado.

33. ¿Qué factor anatómico limita la colocación de tornillos en la región posterior del cóndilo mandibular?

- a) Proximidad del nervio auriculotemporal.
- b) Grosor reducido de la cortical ósea.
- c) Inserción del músculo pterigoideo lateral.
- d) Articulación temporomandibular y riesgo de perforación articular.

34. ¿Qué técnica quirúrgica se prefiere para el abordaje endoscópico de fracturas del seno frontal?

- a) Osteotomía coronal extendida.
- b) Incisión glabelar con abordaje transnasal.
- c) Abordaje bicoronal con resección de márgenes.
- d) Acceso por vía transcutánea subcilíndrica.

35. ¿Cuál es la complicación más frecuente en el tratamiento quirúrgico de fracturas del ángulo mandibular con tornillos de fijación bicortical?

- a) Infección profunda del sitio quirúrgico.
- b) Parálisis permanente del nervio facial.
- c) Pérdida de estabilidad de la placa debido a micromovimientos.
- d) Parestesia persistente del nervio alveolar inferior.

36. Una mujer de 25 años sufrió un accidente en bicicleta y presenta luxación de varios dientes superiores, con fractura expuesta de la cortical alveolar en la región anterior. ¿Cuál es la secuencia CORRECTA de tratamiento?

- a) Reposición de dientes luxados, férula dental y antibióticos.
- b) Extracción de los dientes afectados y colocación de implantes inmediatos.
- c) Tratamiento conservador con analgésicos y dieta blanda.
- d) Reducción de la fractura alveolar y bloqueo intermaxilar.

37. En fracturas del complejo cigomático-maxilar, la pérdida de prominencia malar se corrige mejor mediante:

- a) Abordaje subciliar y reducción abierta con fijación monocortical.
- b) Abordaje transconjuntival con fijación en 3 puntos.
- c) Abordaje intraoral y reducción con reconstrucción aloplástica.
- d) Abordaje bicoronal con reposición ósea mediante injerto autólogo.

38. En fracturas mandibulares atróficas, ¿cuál es el método más efectivo para garantizar la estabilidad ósea?

- a) Fijación con placas en compresión y tornillos bicorticales.
- b) Uso de mallas de titanio con injertos aloplásticos.
- c) Placas de reconstrucción en combinación con injertos autólogos.
- d) Fijación con alambres interdentes reforzados.

39. Un hombre de 30 años sufrió un golpe directo en la frente durante una caída. Presenta edema y crepitación en la región frontal, sin signos de fuga de líquido cefalorraquídeo. La tomografía muestra una fractura del seno frontal con desplazamiento del tabique intersinusal. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado?

- a) Observación clínica y tratamiento conservador.
- b) Reducción abierta y obliteración del seno frontal.
- c) Uso de antibióticos profilácticos sin intervención quirúrgica.
- d) Cirugía endoscópica transnasal con injerto óseo.

40. ¿Según la clasificación de Wilkes-Merrill-Bronstein, en qué estadio se observan síntomas de dolor moderado con episodios de bloqueo esporádicos?

- a) Estadio I
- b) Estadio II
- c) Estadio IV
- d) Estadio V

41. Durante una artroscopia de articulación temporomandibular (ATM), ¿cuál de los siguientes hallazgos es indicativo de osteoartritis en fase avanzada?

- a) Presencia de líquido sinovial claro y sin fibrina.
- b) Erosión del cartílago articular y formación de osteofitos.
- c) Hiper movilidad con desplazamiento discal recapturable.
- d) Aumento de la vascularización sinovial sin alteraciones óseas.

42. En relación con el dolor neuropático orofacial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?

- a) Se caracteriza por una respuesta exagerada a estímulos nocivos debido a sensibilización periférica y central.
- b) Suele estar asociado a infecciones odontogénicas y responde bien a antibióticos.
- c) Se produce por disfunción del sistema simpático y mejora con bloqueos anestésicos locales.
- d) Es un dolor episódico que desaparece con el reposo mandibular.

43. Un hombre de 40 años, fumador, acude a consulta por episodios de dolor unilateral intenso en la región orbitaria y temporal izquierda, acompañado de lagrimeo y rinorrea. Los episodios duran 30-45 minutos y ocurren varias veces al día durante semanas. ¿Qué tratamiento es más efectivo para el manejo agudo?

- a) AINEs y benzodiazepinas.
- b) Oxígeno al 100% y sumatriptán.
- c) Carbamazepina y terapia conductual.
- d) Corticoides sistémicos y bloqueos anestésicos.

44. Una paciente de 60 años acude por dolor crónico en la articulación temporomandibular, acompañado de chasquidos articulares y crepitación. La radiografía muestra estrechamiento del espacio articular y presencia de osteofitos. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en este caso?

- a) Rehabilitación con fisioterapia y AINEs.
- b) Artroscopia con lavado articular.
- c) Sustitución protésica total de la ATM.
- d) Infiltración de toxina botulínica.

45. Un recién nacido con diagnóstico de secuencia de Pierre Robin presenta episodios de dificultad respiratoria y cianosis, especialmente al estar en decúbito supino. En la exploración se observa retrognatia mandibular y glosoptosis. ¿Cuál es la primera medida terapéutica recomendada?

- a) Intubación orotraqueal inmediata.
- b) Posicionamiento en decúbito prono y dispositivos orofaríngeos.
- c) Avance maxilar con osteotomía tipo Le Fort I.
- d) Reposición quirúrgica de la lengua con fijación.

46. ¿Cuál es la principal indicación para una distracción osteogénica en deformidades craneomaxilofaciales?

- a) Corrección de hipoplasia mandibular severa.
- b) Corrección de mordida abierta anterior.
- c) Tratamiento de una recesión gingival severa.
- d) Cirugía de avance ortognático para clase II.

47. En pacientes con microsomía hemifacial, ¿cuál es la anomalía más frecuente?

- a) Hipoplasia mandibular unilateral.
- b) Hipoplasia condilar.
- c) Hipoplasia del hueso nasal.
- d) Hipoplasia malar.

48. ¿Cuál es el principal objetivo de la expansión rápida maxilar en deformidades craneofaciales?

- a) Corrección de mordida abierta anterior.
- b) Corrección de apiñamiento dental.
- c) Aumento del volumen del paladar para mejorar la resonancia vocal.
- d) Expansión de la base maxilar para mejorar la discrepancia transversal.

49. Un niño de 8 años es traído a consulta debido a asimetría facial progresiva. En la exploración se evidencia hipoplasia mandibular unilateral, limitación en la apertura oral y desviación de la mandíbula hacia el lado afectado. Se sospecha microsomía hemifacial. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado en este caso?

- a) Osteotomía de avance mandibular inmediato.
- b) Distracción osteogénica mandibular.
- c) Uso exclusivo de ortodoncia con expansión maxilar.
- d) Cirugía ortognática antes de los 10 años.

50. ¿Cuál es la principal característica de la palatoplastia de Sommerlad en el tratamiento de la fisura palatina?

- a) Técnica que preserva la mucosa y solo cierra el defecto óseo.
- b) Reposicionamiento del músculo elevador del velo del paladar para mejorar la función velofaríngea.
- c) Técnica que se realiza para tratamiento de secuelas de fisura palatina.
- d) Uso de colgajos faríngeos para mejorar la resonancia vocal.

51. ¿Qué afirmación es CIERTA en relación al patrón de recaída de cáncer escamoso de cabeza y cuello?

- a) La recaída local y/o regional suponen más del 80% de los casos.
- b) Es excepcional la recaída locoregional asociada a recaída metastásica.
- c) En pacientes con estadios IVA-IVB el riesgo de padecer un segundo primario es superior al riesgo de metástasis a distancia.
- d) La recaída metastásica es cada vez más frecuente y supone en la actualidad más de un tercio de las recaídas.

52.¿Cuál de estos enunciados es FALSO?

- a) El ameloblastoma metastatizante, se caracteriza por marcada atipia celular y diseminación hematógica sobre todo al pulmón y de manera bilateral
- b) El carcinoma ameloblástico afecta sobre todo a región posterior de mandíbula y el tratamiento es la exéresis radical con vaciamiento ganglionar
- c) El carcinoma ameloblástico diferenciado se dan en personas de edad avanzada tras ameloblastoma de largo tiempo de evolución, ameloblastoma tratado con Rt o múltiples recurrencias locales tras su extirpación quirúrgica
- d) El carcinoma ameloblástico desdiferenciado, es una entidad muy infrecuente que se presenta en su mayoría en personas de edad avanzada que presentan un ameloblastoma benigno de larga evolución.

53.¿En cuál de estos casos NO sería el colgajo de peroné la elección idónea si lo comparamos con el colgajo de cresta ilíaca?

- a) Reconstrucción mandibular en edad pediátrica.
- b) Defectos mandibulares superiores a 14cm.
- c) Colocación inmediata o diferida de implantes dentales osteointegrados.
- d) Obesos y mujeres con posibilidad de embarazo posterior.

54.Respecto al carcinoma mucoepidermoide es FALSO:

- a) Su localización más frecuente es la glándula parótida.
- b) Está relacionado con tratamientos de radioterapia, y suele dar metástasis linfáticas y hemáticas.
- c) Aparece más frecuentemente en pacientes de edad media, entre 40-60 años.
- d) Los de bajo grado tiene una supervivencia del 75% y los de alto grado del 20-30%.

55.¿Cuál de estos tumores de glándula salivar es más frecuente por debajo de los 20 años?

- a) Carcinoma mucoepidermoide.
- b) Carcinoma de células basales.
- c) Carcinoma adenoide quístico.
- d) Adenocarcinoma de células basales.

56.¿Cuál de los siguientes tumores de glándulas salivares NO se considera de alto grado?

- a) Carcinoma epitelial mioepitelial.
- b) Carcinoma oncocítico.
- c) Carcinoma de células pequeñas.
- d) Carcinoma de células claras.

57.¿Cuál es el segundo tumor maligno más frecuente de la glándula parótida?

- a) El carcinoma mucoepidermoide central.
- b) El carcinoma de células acinares.
- c) El carcinoma adenoide quístico.
- d) Adenocarcinoma polimorfo de bajo grado.

58.En los tumores de cabeza y cuello el que se prolongue el tiempo de tratamiento tiene un impacto negativo sobre el control local tumoral y la supervivencia del paciente. La recomendación general consiste en iniciar la RT adyuvante dentro de:

- a) Las 6 primeras semanas tras la cirugía.
- b) Los 3 primeros meses tras la cirugía.
- c) Las 10 primeras semanas tras la cirugía.
- d) Los 15 primeros días tras la cirugía.

59. Respecto a la extensión de la resección, se denomina R1 a:

- a) La resección total de la pieza con márgenes anatomopatológico (microscópicos) libres. No hay enfermedad residual.
- b) La resección total de la pieza con márgenes anatomopatológicos comprometidos. Enfermedad microscópica.
- c) La resección subtotal de la pieza. Enfermedad macroscópica.
- d) La resección de la pieza con márgenes no valorables.

60. El patrón de invasión tipo 5 del cáncer escamoso de cavidad oral es:

- a) Tumor satélite a más de 1mm del tumor principal.
- b) Islas tumorales pequeñas <15 células cancerígenas.
- c) Islas tumorales pequeñas >15 células cancerígenas.
- d) Crecimiento en patrón digital (seudópodos).

61. ¿Cuál de estas características es un criterio mayor para quimioradioterapia adyuvante?

- a) Extensión ganglionar extracapsular.
- b) Estadio pT4.
- c) Invasión perineural.
- d) Afectación de más de un ganglio ipsilateral o afectación controlateral.

62. Si radiológicamente estamos ante un tumor de cavidad oral (exceptuando labio) que erosiona superficialmente el hueso o los alvéolos dentarios estaríamos ante un T:

- a) T2
- b) T4a
- c) T3
- d) T4b

63. El DOI en tumores de cavidad oral se define como:

- a) Grosor tumoral.
- b) Capacidad de invasión.
- c) Profundidad de invasión.
- d) Extensión extranodal.

64. Está indicado el vaciamiento ganglionar de los niveles I-III cuando el riesgo de metástasis ocultas es:

- a) >20%
- b) >30%
- c) >10%
- d) >50%

65. De las siguientes aseveraciones, marque la INCORRECTA:

- a) La localización de la cavidad oral con mayor incidencia de metástasis cervicales es la lengua.
- b) En los carcinomas epidermoides de lengua, la incidencia de metástasis cervicales ocultas al diagnóstico depende de la profundidad de invasión del primario.
- c) Está indicada la realización de vaciamientos electivos (cN0) en los pacientes con carcinoma epidermoide de lengua a partir de una profundidad de invasión de 8mm.
- d) El tratamiento electivo para los tumores de cavidad oral es la cirugía.

66. Según la 8ª edición de la Guía AJCC de TNM de carcinoma epidermoide de cabeza y cuello respecto a las adenopatías cervicales, si se presenta una única adenopatía de 2 cm con extensión extranodal, estaríamos ante un:

- a) N2a
- b) N1
- c) N3b
- d) N3a

67. ¿Cuál de los siguientes tumores es el más frecuente en la edad pediátrica?

- a) Sarcoma.
- b) Linfoma.
- c) Carcinoma epidermoide.
- d) Melanoma.

68. ¿Cuál de estos supuestos no es una contraindicación absoluta para la técnica de ganglio centinela?

- a) Tamaño tumoral superior a T2.
- b) Tratamiento cervical previo.
- c) Embarazo y lactancia.
- d) Insuficiencia renal.

69. De los siguientes, ¿cuál es el sarcoma de partes blandas más frecuentemente diagnosticado en la infancia y que se suele localizar en la región orbitaria?

- a) Fibrosarcoma.
- b) Rabdomiosarcoma.
- c) Leiomiomasarcoma.
- d) Sarcoma pleomórfico.

70. Paciente de 14 años que acude con dolor e inflamación en cuerpo mandibular izquierdo de crecimiento progresivo y con pérdida de 35,36. Refiere parestesias en la zona. En OPG observamos lesión radiolúcida en sol naciente. ¿cuál es su diagnóstico más probable?

- a) Sarcoma de Ewing.
- b) Fibroma desmoplásico.
- c) Osteoma osteoide.
- d) Displasia fibrosa.

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

1. El pedículo vascular del colgajo de músculo pectoral mayor es:

- a) La arteria cervical transversa.
- b) La arteria toracodorsal.
- c) La arteria toracoacromial.
- d) La arteria torácica lateral.

2. A qué estadio corresponde, según la clasificación de la American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons (AAOMS) de la osteonecrosis inducida por medicamentos (bisfosfonatos, denosumab, etc.), la presencia de hueso necrótico expuesto o fístula que conecta con el hueso, asociado a infección, dolor y eritema de la región del hueso expuesto, con o sin presencia de exudado purulento:

- a) Estadio 0
- b) Estadio I
- c) Estadio II
- d) Estadio III

3. ¿Cuál de las siguientes alteraciones se asocia con la craneosinostosis sindrómica?

- a) Displasia cleidocraneal.
- b) Síndrome de Crouzon.
- c) Secuencia de Pierre Robin.
- d) Hipoplasia mandibular idiopática.

4. En el manejo quirúrgico de fracturas de órbita, ¿cuál es la indicación principal para reconstruir con material aloplástico?

- a) Pérdida de volumen orbital mayor a 1 cm³.
- b) Fractura con afectación del reborde infraorbitario.
- c) Fractura desplazada que afecta al arco cigomático.
- d) Atrapamiento muscular sin limitación funcional.

5. Según la clasificación de Work:

- a) Las fístulas de tipo I tienen un trayecto fistuloso más o menos vertical.
- b) Las fístulas de tipo I se dan por la alteración en la duplicación de la porción membranosa y cartilaginosa del CAE.
- c) Las fístulas tipo II tienen un trayecto más o menos horizontal.
- d) Las fístulas tipo II se dan por la alteración en la duplicación de la porción membranosa y cartilaginosa del CAE.

6. Respecto al linfoma orbitario es FALSO que:

- a) Son casi exclusivamente linfomas no hodking de células B.
- b) Suelen presentarse sobre los 50 años.
- c) La Tc muestra típicamente masa bien definida de partes blandas sin afectación ósea.
- d) Se suele presentar con dolor ocular y crecimiento moderado.

