1. Señale la respuesta FALSA respecto al desarrollo craneofacial:

a. El crecimiento de la bóveda craneana está determinado en gran medida por el crecimiento del encéfalo.
b. El 90% del tamaño cefálico del adulto se alcanza al año de vida.
c. La fontanela posterior es triangular y habitualmente, se cierra a los 2 años de edad.
d. La fontanela anterior es la más grande y suele cerrarse a los 2,5 años de edad.

2. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA acerca de la craneosinostosis?:

a. Una vez que la sutura se osifica, el crecimiento normal del cráneo perpendicular a la sutura se detiene y suele continuar paralelo a esta.
b. La falta de crecimiento de la calota puede ser un hallazgo que sugiera PIC aumentada en un recién nacido con craneosinostosis.
c. La sinostosis sagital es la craneosinostosis más frecuente y el 80% de los casos corresponden a varones.
d. La sinostosis coronal representa el 18% de las craneosinostosis y es más frecuente en varones.

3. Señale la respuesta CORRECTA sobre la disrafia espinal (espina bífida):

a. La mayoría de los pacientes con espina bífida oculta presentan síntomas relacionados con el disrafismo.
b. Es infrecuente que un paciente con mielomeningocele presente también hidrocefalia.
c. Hasta el 73% de los pacientes que tienen un mielomeningocele son alérgicos a las proteínas del látex.
d. El cierre precoz del defecto del mielomeningocele está asociado a una mejoría de las funciones neurológicas.

4. Respecto al lipomielomeningocele, señale la respuesta FALSA:

a. Puede ser terminal, dorsal o de transición
b. El cuadro inicial puede ser la presencia de un bulto en la espalda, problemas vesicales y deformidades del pie o parálisis o dolor de piernas.
c. El objetivo del tratamiento quirúrgico es la resección total del lipoma.
d. En la mayoría de los casos, la radiografía simple de la columna lumbosacra revela espina bífida.

5. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA acerca de los astrocitomas pilocíticos?:

a. Es un subgrupo de astrocitomas con peor pronóstico que los astrocitomas infiltrantes fibrilares o difusos.
b. Es de los gliomas menos frecuente en niños.
c. Se aprecia como una lesión aislada que NO presenta realce en los estudios con contraste.
d. La resección quirúrgica completa, cuando es posible, suele ser curativa.

6. Señale la respuesta FALSA respecto a los quistes aracnoideos intracraneales:

a. La proporción entre hombres y mujeres es de 4 : 1.
b. La localización más frecuente es el ángulo pontocerebeloso, seguido de la cisura de Silvio.
c. La mayoría de los quistes aracnoideos son asintomáticos y aquellos que desarrollan síntomas, por lo general, lo hacen durante la niñez temprana.
d. Con frecuencia se observa expansión del hueso adyacente a causa del remodelado óseo.

7. Respecto a la Malformación de Chiari tipo 1, señale la respuesta ERRONEA:

a. Puede ser congénita o adquirida.
b. El diagnóstico se realiza mediante RM de encéfalo y columna cervical con posibilidad de realizar cine-RM para evaluar el flujo de LCR a través del agujero occipital en casos dudosos.
c. En el 30% al 70% de los casos también se observa siringomielia, aunque ésta prácticamente nunca mejora después de tratar quirúrgicamente la malformación de Chiari.
d. Aunque la clínica puede ser muy variable, el síntoma más frecuente es el dolor.

8. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con los tumores del SNC pediátricos es FALSA?:

a. La mayoría de los tumores encefálicos diagnosticados durante los primeros 6 meses de vida son infratentoriales.
b. De todos los tipos de cáncer pediátrico, los tumores encefálicos tienen el segundo lugar en incidencia después de la leucemia.
c. Los tumores encefálicos son los tumores pediátricos sólidos más frecuentes.
d. Los tumores pediátricos encefálicos más frecuentes son los gliomas, tumores pineales, craneofaringiomas, teratomas, granulomas y tumores neuroectodérmicos primitivos.

9. Señale la respuesta ERRÓNEA a cerca del líquido cefalorraquídeo (LCR):

a. El 80% del LCR se produce en los plexos coroideos y es absorbido principalmente por las vellosidades (granulaciones) aracnoideas que se extienden en los senos venosos durales.
b. La composición del LCR es la misma en los ventrículos y en el espacio subaracnoideo lumbar y no varía con la edad.
c. EN el LCR del adulto normal hay de cero a cinco linfocitos o células mononucleares por mm^3, sin polimorfonucleares ni eritrocitos.
d. El LCR también se produce por el revestimiento ependimario de los ventrículos y en la columna vertebral, en la duramadre de las vainas de las raíces nerviosas.

10. Respecto a la fístula de LCR craneal traumática, señale la respuesta CORRECTA:

a. Nunca que se presenta a partir del primer mes tras el traumatismo craneoencefálico.
b. En menos del 20% de los casos la rinorraquia se detiene al cabo de 1 semana.
c. El riesgo de presentar una fístula de LCR tras un TCE es mayor en niños menores de 2 años que en adultos.
d. La anosmia es frecuente en las fístulas traumáticas, pero es infrecuente en las espontáneas.

11. ¿Cuál de las siguientes respuestas es CORRECTA en relación con la hidrocefalia normotensiva?:

a. La tríada clínica de trastorno de la marcha, demencia e incontinencia urinaria es patognomónica.
b. Los pacientes con una presión de apertura inicial mayor de 10 cmH2O tras una punción lumbar tienen un índice mayor de respuesta al tratamiento con un shunt.
c. El síntoma con mayor probabilidad de mejorar gracias al shunt es la incontinencia.
d. La presencia de ondas B recurrentes en un monitoreo continuo de la presión de LCR es indicativo de hidrocefalia normotensiva, pero no está relacionado con un mayor índice de respuesta al tratamiento con un shunt.

12. ¿Cuál de los siguientes hallazgos radiológicos NO es indicativo de una respuesta favorable a la colocación de shunt en la hidrocefalia normotensiva?:

a. Hipodensidad periventricular en TC o hiperintensidad en las imágenes de RM ponderadas en T2.
b. Dilatación del espacio subaracnoideo en la convexidad alta.
c. Astas frontales de aspecto redondeado.
d. Compresión de los surcos corticales de la convexidad.

13. Respecto a la ventriculostomía endoscópica del III ventrículo, señale la respuesta correcta:

a. La estenosis de acueducto adquirida y sin otro tratamiento previo es la patología que presenta mayor tasa de éxito tras la ventriculostomía.
b. Es recomendable realizar la ventriculostomía con láser para disminuir el riesgo de lesionar la arteria basilar.
c. La tasa de éxito de la ventriculostomía es muy alta en lactantes que presentan hidrocefalia.
d. La hidrocefalia comunicante es una contraindicación absoluta para la realización de una ventriculostomía endoscópica del III ventrículo.

14. Señale la respuesta CORRECTA respecto a los puntos de referencia y sitios frecuentes para la inserción de catéteres ventriculares:

a. El punto de Kocher se sitúa de 2 a 3 cm lateral a la línea media (coincidiendo con la línea media de la pupila) y un centímetro por detrás de la sutura coronal.
b. El orificio de trépano de Frazier se suele utilizar como prevención antes de efectuar una craniectomía de la fosa posterior para realizar una ventriculostomía de urgencia en caso de edema postquirúrgico.
c. El punto de Keen se localiza 2,5 a 3 cm por detrás del pabellón auricular y 1 cm por encima de la punta de la apófisis mastoides.
d. El punto de Dandy se localiza a 2 cm de la línea media y 3 cm por encima del inión y es el punto de punción ventricular que presenta menor riesgo de dañar las vías visuales.

15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de los shunts ventriculares es FALSA?:

a. Tras realizar una derivación ventrículo peritoneal, es recomendable obtener radiografías del sistema (trayecto completo) como referencia para poder comparar en el futuro.
b. La derivación ventrículo pleural se debe utilizar con suma precaución en niños menores de 7 años debido a la menor área de superficie para la reabsorción de LCR.
c. En la colocación de un sistema de derivación ventrículo auricular se puede cateterizar la vena yugular interna de forma percutánea mediante la técnica de Seldinger.
d. En los casos de niños pequeños que requieren una derivación ventrículo peritoneal, es aconsejable dejar un catéter intraperitoneal de menos de 30 cm para evitar complicaciones derivadas de adherencias peritoneales.

16. Respecto al síndrome del segundo impacto, señale la respuesta CORRECTA:

a. Es una afección muy frecuente que ocurre en deportistas que sufren un segundo traumatismo craneoencefálico mientras tienen síntomas de uno previo.
b. Por lo general, el deportista abandona el terreno de juego por sus propios medios tras el segundo traumatismo, y su estado neurológico se deteriora al cabo de 1 a 2 días.
c. Se debe a una hemorragia intraparenquimatosa masiva que provoca una herniación encefálica.
d. Tiene una mortalidad del 50% al 100%.

17. Señale cuál de las siguientes formas de presentación de un paciente tras un traumatismo craneal nos haría sospechar una lesión axonal difusa:

a. Pérdida de conocimiento con relajación de esfínteres y recuperación completa a los 5 minutos.
b. Hemiparesia derecha inicial con deterioro de nivel de conciencia progresivo y posterior anisocoria con midriasis izquierda.
c. Pérdida de la conciencia que dura más de 6 horas sin evidencia en TC de una lesión ocupante de espacio ni de isquemia intracraneal.
d. Pérdida de conocimiento con recuperación completa tras 1 hora, pero con cefalea posterior persistente.

18. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones respecto a la hipertensión intracraneal postraumática es FALSA?:

a. La clásica presentación clínica de la hipertensión intracraneal es la triada de Cushing, pero la tríada completa solo se observa en aproximadamente un tercio de los pacientes con hipertensión intracraneal.
b. La triada de Cushing consiste en hipertensión arterial, bradicardia y respiración irregular.
c. La edad menor de 40 años, la presión sistólica mayor de 90 mmHg y la rigidez de descerebración o decorticación son factores de riesgo para hipertensión intracraneal en pacientes con una TC normal tras un traumatismo craneal.
d. El rango de valores normales de la PIC varía según la edad, siendo de unos 10 a 15 mmHg en adultos y niños mayores y de unos 3 a 7 mmHg en niños pequeños.

19. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la monitorización de la presión intracraneal:

a. En la mayoría de los casos en los que se realiza un monitoreo de la PIC se observa una onda de PIC normal.
b. Es imprescindible monitorizar la PIC en pacientes “despiertos” si se sospecha hipertensión intracraneal.
c. Se debe suspender el monitoreo de la PIC una vez se confirma que la PIC se mantiene estable en rangos normales durante 48 horas, aunque continúe con tratamiento específico para la hipertensión intracraneal.
d. No se recomienda administrar antibióticos profilácticos ni reemplazar el catéter ventricular de manera regular como métodos para disminuir el riesgo de infección.

20. Indique la respuesta VERDADERA sobre el traumatismo craneoencefálico en edad pediátrica:

a. Las lesiones de los niños suelen ser más graves y los niños comatosos tienen una mayor probabilidad de presentar una lesión que requiera tratamiento quirúrgico que los adultos.
b. No todas las fracturas en “pelota de ping-pong” requieren tratamiento quirúrgico, pero la cirugía debe plantearse si se aprecian signos de aumento de la PIC o signos de fístula de LCR.
c. El hematoma subperióstico (cefalohematoma) es más frecuente en neonatos y aunque es más firme y menos fluctuante que el hematoma subgaleal, nunca se calcifica.
d. Entre los signos característicos del síndrome del niño sacudido se cuentan los hematomas subdurales o las hemorragias subaracnoideas, pero no las hemorragias retinianas.

21. ¿Qué subtipo molecular de meduloblastoma tiene el mejor pronóstico?

a) SHH TP53-mutado

b) Grupo 3

c) Grupo 4

d) WNT

22. ¿Qué marcador molecular convierte un astrocitoma IDH-mutado en grado 4 aunque no exista necrosis?

a) BRAF

b) EGFR

c) Deleción CDKN2A/B homocigota

d) HER2

23. ¿Qué lesión del APC suele restringir fuertemente en difusión?

a) Schwannoma

b) Epidermoide

c) Meningioma

d) Hemangioblastoma

24. ¿Qué mutación se asocia a xantoastrocitoma pleomórfico?

a) BRAF V600E

b) H3K27M

c) TERT

d) ATRX

25. ¿Qué subtipo de ependimoma tiene peor pronóstico en fosa posterior pediátrica?

a) PFA

b) PFB

c) Mixopapilar

d) Supratentorial RELA-negativo

26. ¿Qué marcador sérico puede elevarse en coriocarcinoma intracraneal?

a) AFP

b) CA19-9

c) Beta-hCG

d) PSA

27. ¿Cuál es la característica molecular definitoria del astrocitoma pilocítico?

a) Alteraciones MAPK

b) IDH mutado

c) 1p19q

d) TERT

28. ¿Qué mutación define el glioma difuso hemisférico pediátrico?

a) H3 G34

b) EGFR

c) TERT

d) PTEN

29. ¿Qué síndrome hereditario se asocia a meningiomas múltiples?

a) NF2

b) NF1

c) VHL

d) MEN1

30. ¿Qué alteración es típica de astrocitoma IDH-mutado?

a) ATRX perdido

b) HER2 amplificado

c) BCR-ABL

d) ALK

31. ¿Qué alteración molecular se relaciona con peor pronóstico en meduloblastoma SHH?

a) TP53 mutado

b) WNT activado

c) BRAF fusionado

d) ATRX perdido

32. ¿Qué subtipo de PitNET tiene mayor agresividad e invasividad cavernosa?

a) Lactotropo densamente granulado

b) Corticotropo silencioso

c) Somatotropo densamente granulado

d) Gonadotropo típico

33. ¿Qué subtipo de adenoma somatotropo responde peor a análogos de somatostatina?

a) Densamente granulado

b) Escasamente granulado

c) Mixto lactotropo

d) Acidófilo maduro

34. ¿Qué subtipo de adenoma se asocia más frecuentemente a síndrome MEN1?

a) Corticotropo

b) Lactotropo

c) Gonadotropo

d) Tirotropo

35. ¿Qué característica diferencia craneofaringioma adamantinomatoso del papilar?

a) Calcificaciones frecuentes

b) Mutación BRAF V600E

c) Edad pediátrica predominante

d) Restos epiteliales escamosos

36. ¿Qué fármaco se utiliza en adenomas agresivos refractarios?

a) Rituximab

b) Temozolomida

c) Vincristina

d) Bevacizumab

37. ¿Qué nervio es el origen MÁS frecuente del vestibular schwannoma?

a) Rama coclear del VIII

b) Rama vestibular superior

c) Rama vestibular inferior

d) Nervio facial

38. ¿Qué tratamiento médico ha mostrado utilidad especialmente en NF2?

a) Temozolomida

b) Acetazolamida

c) Bevacizumab

d) Nimodipino

39. Qué estructura pasa por el foramen yugular pars vascularis?

a) X, XI y bulbo de la yugular

b) Bulbo de la yugular

c) IX y seno petroso inferior

d) IX y bulbo de la yugular

40. ¿Qué nervio atraviesa la fisura orbitaria superior FUERA del anillo de Zinn?

a) III división superior

b) VI

c) IV

d) Nasocil

41. Valora en consulta a un paciente que le han remitido tras encontrar, de forma incidental, un aneurisma de 8 mm. localizado en la arteria cerebral media. Se trata de un varón europeo de 55 años de edad. No refiere antecedentes de hemorragia subaracnoidea. No otros antecedentes de interés.

Según la escala PHASES, ¿cual de las siguientes afirmaciones seria incorrecta?

a) La puntuación PHASES se asocia un riesgo de rotura a 5 años.

b) Este paciente presenta una puntuacion de 5

c) Esta puntuación se asocia a un riesgo de rotura del 4,3%

d) La variable que más influye en la puntuación es el tamaño del aneurisma.

42. El paciente de la pregunta anterior es llevado a Urgencias tres días despues por cuadro de cefalea de aparición brusca mientras realizaba un esfuerzo, presentando posteriormente deterioro del estado neurológico. En la exploración en Urgencias se encuentra desorientado, con tendencia al sueño, y se objetiva hemiparesia izquierda leve. En el TAC craneal presenta una hemorragia subaracnoidea difusa con sangre a nivel de cisternas de la base, coagulo cisternal grueso de más de 1 mm. de grosor y presencia de un hematoma subdural agudo fronto-temporal

derecho. No presenta hemorragia intraventricular.

¿En qué grado clasificaría a este paciente según las clasificaciones de Hunt&Hess y la escala modificada de Fisher?

a) 2 y 2.

b) 2 y 3.

c) 3 y 3.

d) 4 y 3.

43. Respecto al vasoespasmo asociado a hemorragia subaracnoidea, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) Un índice de Lindegaard mayor de 6 es sugestivo de vasoespasmo grave

b) El índice de Lindegaard consiste en el cociente entre la velocidad media de la arteria cerebral media y de la arteria cerebral anterior.

c) El periodo de tiempo de mayor riesgo de inicio de vasoespasmo es a los 6-8 dias tras la hemorragia.

d) El tratamiento médico se basa en mantener la euvolemia e inducir hipertensión arterial.

44. Una lesión medular grado D de ASIA cursa con:

a) Ausencia de función motora y sensitiva por debajo de la lesión.

b) Ausencia de función motora y preservación de función sensitiva infralesional.

c) Presencia de función motora y sensitiva infralesional con balance muscular en grado 3 ó menos.

d) Presencia de función motora y sensitiva infralesional anormal, pero con balance muscular mayor de grado 3.

45. Un paciente de 30 años es trasladado a Urgencias tras sufrir un accidente de tráfico (era el conductor del coche). Se encuentra consciente y colaborador, con exploración

neurológica sin déficits. Refiere cervicalgia intensa sin otra sintomatología. En TAC de columna cervical se aprecia fractura conminuta de la masa lateral derecha de C1 con avulsión del tubérculo medial, asi como 5 mm. de desplazamiento entre masas laterales y un intervalo atlanto-dental de 3 mm. Posteriormente se realiza RM de columna cervical en el que se objetiva disrupción periostica del ligamento transverso del atlas.

Según la clasificación de Landells, ¿qué tipo de fractura tiene este paciente?

a) Tipo I.

b) Tipo II.

c) Tipo III.

d) Tipo IV.

46. Para valorar la estabilidad de la fractura comentada en la pregunta anterior, ¿cuál es el factor determinante más

importante?

a) Integridad del ligamento transverso del atlas.

b) Desplazamiento de las masas laterales mayor de 5 mm.

c) Intervalo interdental mayor de 3 mm.

d) Este tipo de fractura se considera siempre estable.

47. Respecto a la fractura comentada en la pregunta anterior, ¿cuál es el tratamiento más apropiado?

a) Collarín cervical rígido tipo SOMI durante 10-12 semanas.

b) Intervención quirúrgica con colocación de tornillo posterior C1.

c) Intervención quirúrgica con artrodesis occipito-cervical.

d) Intervención quirúrgica con artrodesis C1-C2.

48. ¿Cuál es la malformación arteriovenosa espinal más frecuente?

a) El tipo I, o fístula arterio-venosa dural espinal.

b) El tipo II, o intramedular.

c) El tipo III, también llamada metamérica o juvenil.

d) El tipo IV, o fístula perimedular.

49. Respecto a la fractura del ahorcado (Hangman), ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?

a) Se trata de una fractura bilateral a través de las "pars interarticularis" de C2.

b) El factor que determina la inestabilidad de la fractura es la subluxación traumatica de C2 sobre C2 por afectación del disco intervertebral.

c) Las fracturas IIA (clasificación de Levine) presentan una angulación >11 grados entre C2 y C3, siendo preciso reducirlas con tracción.

d) La mayoría son estables y no se acompañan de deficit neurologico.

50. Una paciente de 28 años ingresa en Urgencias tras sufrir traumatismo por precipitación, caída desde 2 metros. Presenta dolor lumbar. Exploración neurológica normal. El TAC de columna lumbar muestra una fractura-estallido de L1, con angulación lateral de 18 grados. Se realiza posteriormente RMN columna lumbar, objetivándose afectación del complejo ligamentoso posterior.

Si aplicamos la escala de puntuación de severidad de las lesiones toracolumbares (TLISS por sus siglas en inglés), ¿qué puntuación asignaríamos a esta fractura?

a) 3 puntos.

b) 4 puntos.

c) 5 puntos.

d) 6 puntos.

51. Basándonos en la puntuación obtenida en la pregunta anterior, concluimos:

a) Paciente no quirúrgico.

b) “Zona gris”, puede ser considerado para manejo quirúrgico o no quirúrgico.

c) Paciente quirúrgico.

d) Sería necesario realizar un estudio neurofisiológico para valorar el tratamiento.

52. Respecto al balance sagital señale la respuesta incorrecta:

a) Roussouly identifico 4 patrones de distribución de la lordosis lumbar en individuos con alteraciones del balance sagital

b) El 80% de la lordosis lumbar se debe al acuñamiento discal

c) La incidencia pélvica es un parámetro que se mantiene fijo una vez se alcanza la madurez osea.

d) La pérdida de lordosis derivada de la degeneracion discal se compensa con la retroversión de la pelvis

53. Paciente mujer de 35 años. Cuadro de dolor lumbar de características mecánicas de años de evolución, con irradiación a EID sugestivo de afectacion radicular S1. VAS radicular 8/10. Escasa respuesta a tratamientos conservadores. En RM se objetiva discopatia grave L5-S1 (Pfirrmann grado III), con espondilolistesis grado I que consiciona compromiso foraminal y cambios Modic tipo II, sin compromiso del canal central. En telemetría, incidencia pélvica 50 grados, lordosis lumbar 32 grados, lordosis segmentaria L5-S1 8 grados. Se plantea tratamiento quirúrgico. ¿Qué opción es mas recomedable en este caso?:

a) Artrodesis TLIF L5-S1 derecha, con caja intersomatica de 6 grados de lordosis.

b) Artrodesis ALIF con caja intersomatica hiperlordotica de 20 grados de lordosis.

c) Laminectomia L5-S1 + foraminotomia bilateral.

d) Foraminotomia S1 derecha mediante abordaje Wiltse endoscópico.

54. Respecto a la monitorización neurofisiológica en la cirugía de los tumores espinales intramedulares astrocitarios, ¿qué parámetro aconsejaría parar la resección intratumoral?

a) Una caída de la amplitud de potenciales somestésicos del 50% respecto a la línea basal.

b) Una caída de la amplitud de potenciales motores o de la onda D del 50% respecto a la línea basal.

c) Ante la mínima caída en cualquiera de los parámetros debe pararse la cirugía.

d) En lesiones de bajo grado sólo existe indicación de biopsia.

55. Paciente varón de 60 años. Diagnosticado de cáncer de pulmón. Acude a Urgencias por cuadro de dolor lumbar de varias semanas de evolución, de caracteristicas mecánicas, que cede con el reposo (VAS 9/10). Se realizan pruebas de imagen (TC + RM), objetivándose lesión tumoral lítica en D12. Presenta una perdida de altura <50% y afectación del pediculo y lamina izquierda, condicionando cifosis segmentaria a dicho nivel. Discreto compromiso epidural (SOSG grado III). Respecto a este caso, ¿Cuál es la respuesta correcta?

a) SINS 13, inestable.

b) SINS 12, indeterminado o posible inestabilidad inminente.

c) SINS 12, inestable.

d) SINS 13, indeterminado o posible inestabilidad inminente.

56. En el caso anterior se establece un 50% de supervivencia a los seis meses. El paciente presenta un Karnosky de 80. ¿Cuál seria el tratamiento quirúrgico mas adecuado?

a) Vertebroplastia D12.

b) Corpectomia D12 + artrodesis transpedicular D10-L2.

c) Laminectomia D12 + “Separation surgery” + artrodesis D11-L2 + cementacion D12

d) Laminectomia D12 + “Separation surgery”

57. Respecto al triangulo de seguridad de Kambi señale cual es la opción incorrecta.

a) Es la vía de entrada principal para el abordaje transforaminal en la extirpación de hernias discales.

b) El platillo superior de la vertebra inferior es la base del triangulo.

c) La parte lateral de la faceta articular inferior es la cara medial del triangulo.

d) La parte medial de la raiz nerviosa emergente es la cara lateral del triangulo

58. En torno al 7% de pacientes con MAV cerebrales presentan tambien aneurismas asociados. ¿Cuál es la localización más frecuente de dichos aneurismas?

a) Aneurisma prenidal en la arteria de aporte.

b) Aneurisma intranidal.

c) Aneurisma remoto, en arteria no relacionada con la malformación.

d) Aneurisma postnidal.

59. Respecto a las fistulas arteriovenosas durales craneales señale cual es la opcion es la opción incorrecta.

a) La mayoría son adquiridas y se relacionan con trombosis de senos venosos.

b) La localización mas frecuente del drenaje se encuentra en la union del seno transverso con sigmoide.

c) Una fistula IIb según la clasificación de Borden y Cognard presenta drenaje anterogrado a un seno venoso con flujo retrogrado a las venas corticales.

d) Las fistulas I, IIa y IIb se consideran que tiene un comportamiento benigno, recomendándose seguimiento.

60. La puntuación de la severidad de las lesiones cervicales (SLIC por sus siglas en inglés), es una clasificación diseñada para simplificar la clasificación de las lesiones cervicales y la toma de decisiones para su tratamiento. ¿Cuálde las siguientes es FALSA respecto a este sistema de puntuación?

a) Lesión medular incompleta – 3 puntos.

b) Fractura por distracción – 3 puntos.

c) Lesión radicular – 1 punto.

d) Lesión del complejo ligamentoso posterior indeterminada – 2 puntos.

RESERVA:

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los hematomas subdurales es la CORRECTA?:

a. Los hematomas subdurales agudos interhemisféricos presentan una mortalidad mayor que los de la convexidad, y la mayoría de los casos requiere evacuación quirúrgica.
b. Aunque las coagulopatías y el tratamiento anticoagulante constituyen un factor de riesgo para el hematoma subdural crónico, no se considera necesario suspender dicho tratamiento en los pacientes que lo presentan.
c. Los hematomas subdurales agudos traumáticos rara vez se asocian a un daño encefálico subyacente, por lo que presentan un pronóstico y una mortalidad más favorables que los hematomas epidurales.
d. En los hematomas subdurales agudos espontáneos, uno de los focos de sangrado más habituales se localiza en una rama cortical de la arteria cerebral media situada en la región de la cisura lateral (de Silvio).

2. Señale la respuesta FALSA acerca de los hematomas epidurales:

a. La mayoría de los hematomas epidurales de la fosa posterior se asocian a una fractura occipital, y en la mayor parte de los casos los signos cerebelosos están ausentes o son muy discretos.
b. El cuadro clínico típico de pérdida inicial breve de conciencia, seguido de un “intervalo lúcido” y posterior deterioro neurológico, se presenta en menos de un tercio de los pacientes con hematoma epidural.
c. El “fenómeno de Kernohan” consiste en una hemiparesia homolateral al hematoma epidural y se debe a una contusión temporal del hemisferio contralateral.
d. Es más frecuente en varones adultos jóvenes y son infrecuentes antes de los 2 años y después de los 60 años.

3. ¿Cuál es la alteración genética típica del schwannoma vestibular?

a) NF1

b) Pérdida del cromosoma 22/NF2

c) H3K27M

d) IDH1

4. ¿Qué entidad tiene peor pronóstico entre las siguientes?

a) Astrocitoma pilocítico

b) Oligodendroglioma IDH-mutado

c) Glioma difuso de línea media H3K27-alterado

d) DNET

5. En la espondilodiscitis espontánea del adulto sin empiema epi o subdural asociado, ¿cuál sería una posible indicación de tratamiento quirúrgico?

a) La biopsia de tejido inflamatorio para cultivo, que debe hacerse siempre de forma abierta mediante laminectomía.

b) La biopsia abierta seguida de discectomía, que mejora la respuesta al tratamiento antibiótico y acorta la recuperación.

c) La enfermedad progresiva o cronificada a pesar de tratamiento antibiótico.

d) La fusión instrumentada, dada la evolución segura hacia la inestabilidad.

6. Según la clasificación de Asazuma et al. de los schwannomas en reloj de arena, aquellos extradurales que no se extienden más allá del foramen neural, susceptibles de ser resecados por un abordaje posterior, se clasifican como:

a) I.

b) IIa.

c) IIb.

d) IIIa.