CONVOCATORIA
CONCURSO-OPOSICIÓN
F.E.A. OFTALMOLOGÍA

(Resolución 1515E/2026, de 1 de julio, del director gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)

SEGUNDA PRUEBA: CASOS CLÍNICOS PRÁCTICOS

4 de noviembre de 2026

NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR

CASO CLÍNICO Nº 1

Paciente de 40 años que, mientras realizaba la compra, sufre disminución de visión en su ojo izquierdo de forma rápidamente progresiva e indolora, acude a urgencias donde se observa el siguiente hallazgo en el fondo de ojo:



1. Con respecto a la lesión vascular adyacente a la hemorragia en el fondo de ojo:

a) Se asocia al síndrome de Stickler.
b) Tiene un patrón autosómico dominante con penetrancia variable.
c) No existe una red capilar entre los vasos afectados.
d) Suelen ser bilaterales y sintomáticas.

2. ¿Cuál es de las siguientes opciones es la MÁS indicada para tratar la hemorragia?

a) Observación.
b) Hyalotomía con láser YAG.
c) Vitrectomía pars plana.
d) Resección estereotáctica guiada por imagen.

3. Cuál es el síndrome que se asocia clásicamente con la lesión vascular observada en el fondo de ojo.

a) Síndrome de Wyburn-Mason.
b) Síndrome de von Hippel-Lindau.
c) Síndrome de Sturge-Weber.
d) Síndrome POEMS.

CASO CLÍNICO Nº 2

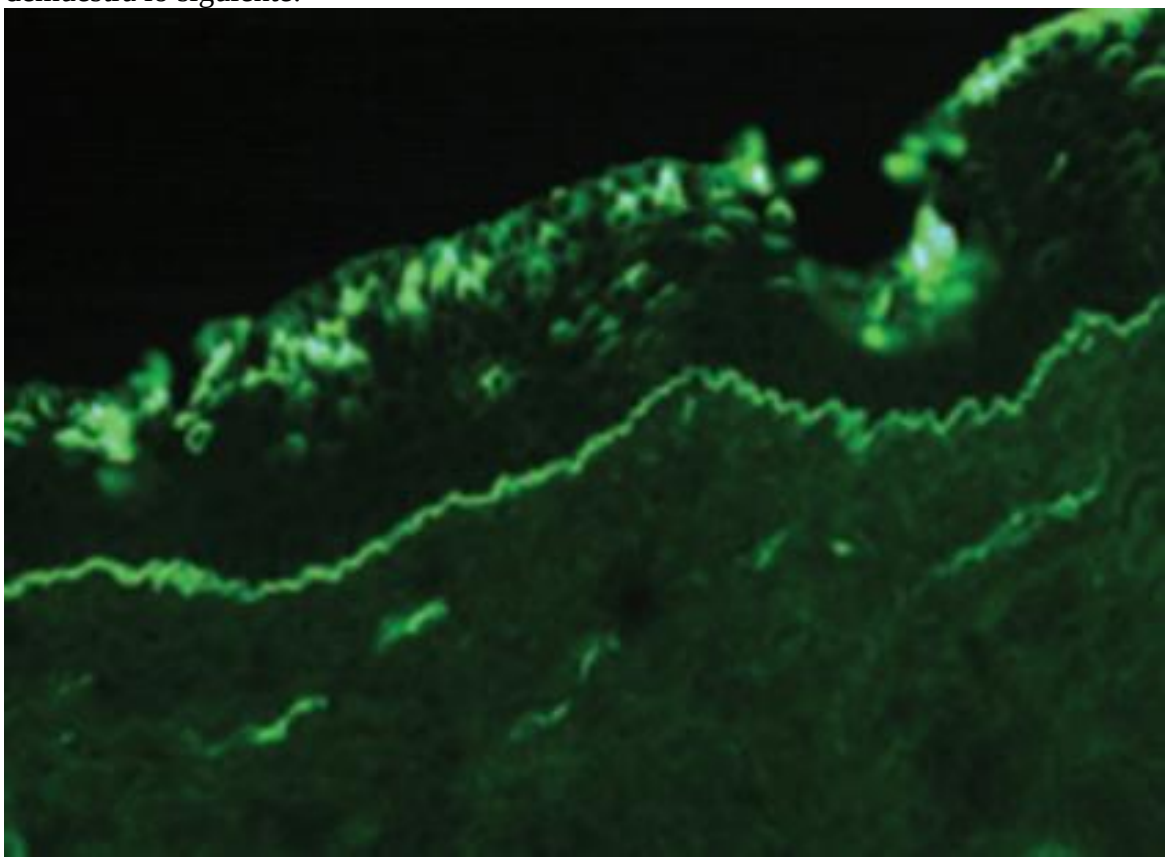
Joven varón de 30 años trasladado a urgencias tras un accidente de moto, previamente sano, en la historia clínica se describe un paciente politraumatizado con traumatismo ocular grave. A la exploración presenta hematoma importante, edema, proptosis progresiva y quemosis conjuntival marcada, párpados con sensación de dureza extrema, AV de 0.1 con defecto pupilar aferente relativo (AV previa de 1.0), tensión ocular de 43 mmHg con proptosis marcada. La sospecha diagnóstica es clara.

4. ¿Cuál es el siguiente paso de actuación?

a) Manitol al 20% - 250ml, pasar durante 1 hora y reevaluación.
b) Gotas de Timolol 0,5%, Dorzolamida, y Acetazolamida 500mg y reevaluación en 2 horas.
c) Solicitar un TC de órbitas y reevaluación tras informe.
d) Cantotomía lateral y cantolisis inferior inmediata.

CASO CLÍNICO Nº 3

Paciente de 70 años que acude a consulta por irritación ocular bilateral, a la exploración, se encuentra: AV: 0.9 / 0.7, acortamiento de fondos de sacos con ausencia de carúncula bilateral, y líneas subconjuntivales blancas, se decide tomar una biopsia conjuntival que demuestra lo siguiente:



5. De acuerdo a su sospecha diagnóstica, como parte del tratamiento destinado para detener la progresión señale la opción CORRECTA:

a) Dexametasona tópica de forma crónica acompañada de lágrimas artificiales.
b) Ciclosporina tópica diaria, lágrimas artificiales y dexametasona tópica para exacerbaciones.
c) Tacrolimus tópico semanal, suero autólogo y dexametasona tópica para exacerbaciones.
d) Dapsona o Metotrexato con controles de G6PD, hepáticos, renales y hematológicos.

CASO CLÍNICO Nº 4

Una madre trae a urgencias de pediatría a su hijo de 4 años, al que, al ir al despertarlo, le observaron la siguiente lesión:

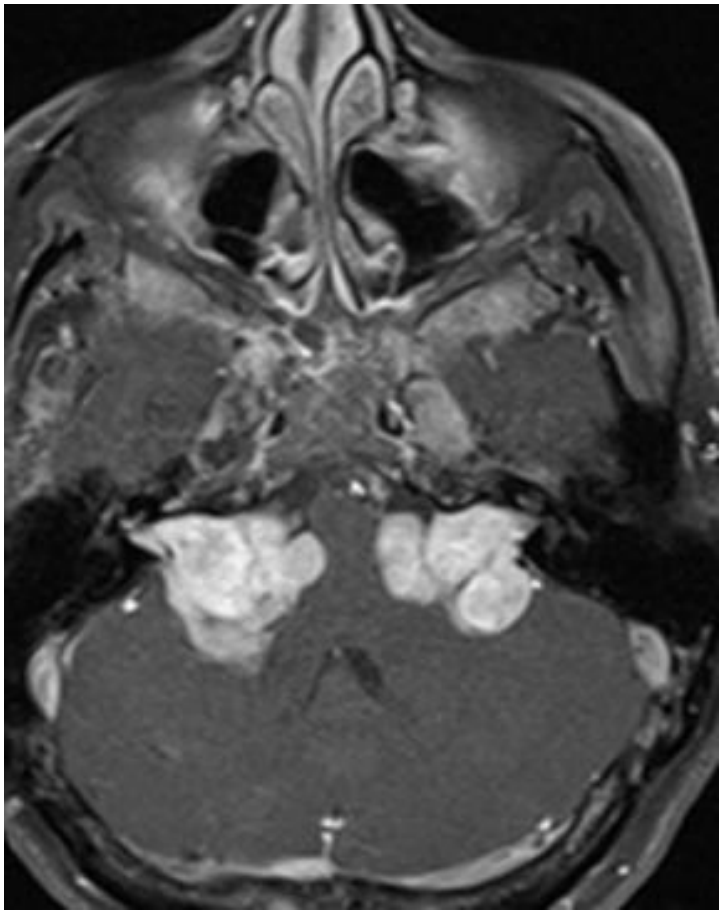


6. Dentro del diagnóstico diferencial, ¿Cuál es el MENOS probable?:

a) Leucemia.
b) Neuroblastoma metastásico.
c) Linfoma de Burkitt.
d) Mucormicosis rinocerebral.

CASO CLÍNICO Nº5

Paciente de 30 años que acude a urgencias por cefalea progresiva y continua, que le despierta durante el sueño y cede parcialmente con el paracetamol, refiere durante su último año inicio de tinnitus y recientes episodios de pérdidas de equilibrio en su puesto de trabajo. Se realizan analítica y prueba de imagen donde le encuentra lo siguiente:



7. Señale la opción CORRECTA:

a) Las lesiones observadas en la imagen son suficientes para hacer el diagnóstico del síndrome neurocutáneo.

b) Son muy típicos los nódulos de Lisch.

c) Los nódulos de Berlin y el anillo de Zentmeyer se pueden encontrar prácticamente en todos los pacientes.

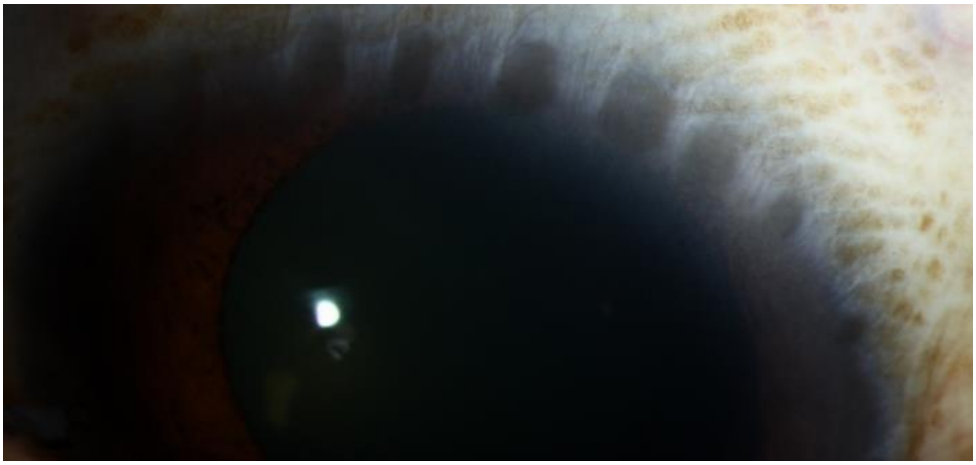
d) El cinturón límbico de Vogt es un signo que sugiere la presencia de astrocitoma ocular.

8. Durante su estancia en urgencias, se hace una interconsulta a oftalmología ya que ha mencionado cambios en la visión, ¿Cuál es el hallazgo más probable en la exploración oftalmológica?

a) Mancha rojo cereza bilateral macular.
b) Cataratas bilaterales subcapsulares.
c) Glaucoma con presión venosa epiescleral aumentada.
d) Alteraciones pigmentarias retinianas en sal y pimienta.

CASO CLÍNICO Nº6

Durante una expedición en África, un paciente acude a urgencias por intensas molestias oculares en ambos ojos, la anamnesis es complicada debido a barrera idiomática. Se decide explorar al paciente y se encuentra la siguiente imagen:



9. Además del signo observado ¿Qué otras lesiones pueden encontrarse asociadas a la sospecha diagnóstica?:

a) Anillo de Keyser-Fleischner.
b) Estrías de Vogt.
c) Línea de Stähli-Hudson.
d) Línea de Arlt.

10. En la exploración además se hallan los siguientes signos, abundantes folículos en conjuntiva tarsal superior, engrosamiento inflamatorio con velamiento de vasos profundos, fibrosis y cicatrización de la conjuntiva tarsal. Se decide aplicar la estrategia SAFE para el manejo del paciente, ¿Cuál de las siguientes opciones es FALSA?:

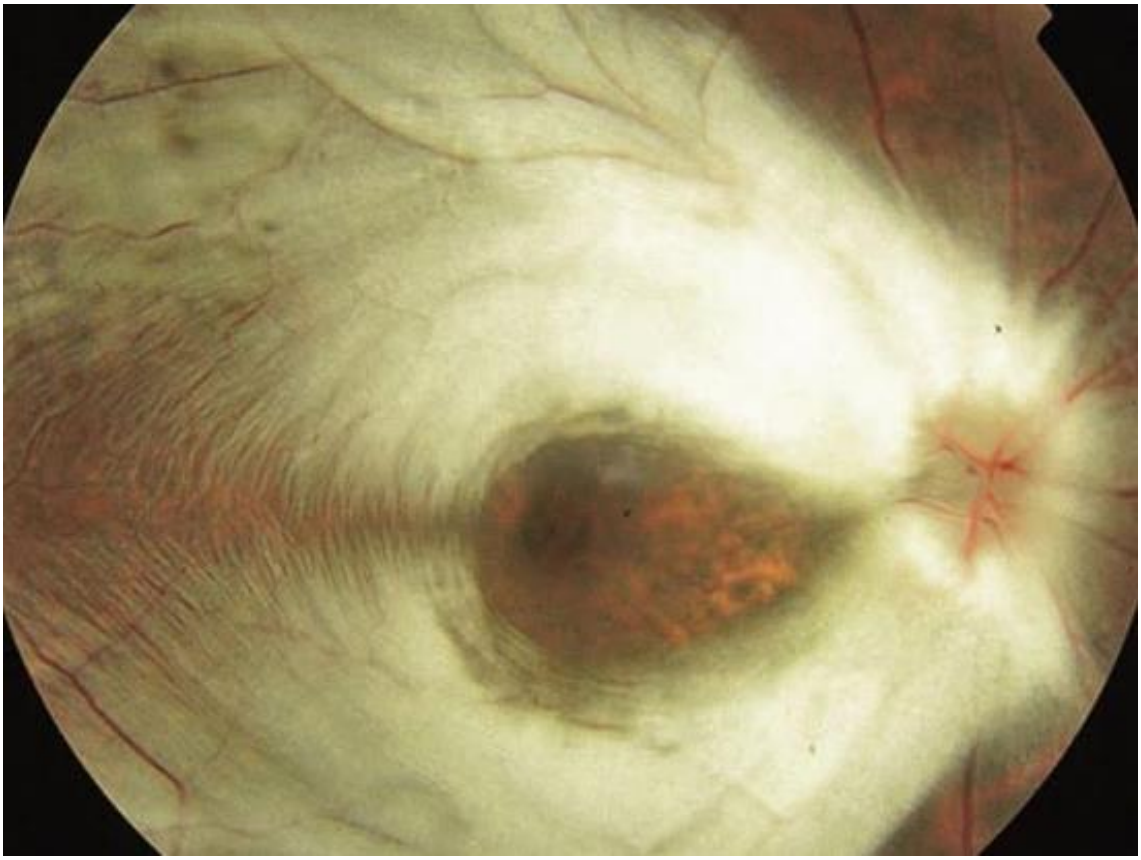
a) En este momento la cirugía no se recomienda.
b) Iniciar con amikacina tópica cada 6 horas.
c) Pautas para limpieza e higiene facial.
d) Llamar a servicios sociales para verificación de acceso a agua potable.

11. Durante el seguimiento, se evidencia vascularización corneal, entropión, triquiasis acompañada de opacidad corneal que está alcanzando la pupila a pesar de las medidas pautadas, se decide realizar abordaje quirúrgico, la OMS recomienda:

a) Suturas de Quickert.
b) Procedimiento de Bick.
c) Tira tarsal lateral, reinserción de retractores y miomectomia de 2 mm.
d) Rotación tarsal bilamelar.

CASO CLÍNICO Nº7

Paciente de 25 años que durante una exploración oftalmológica rutinaria se observa la siguiente imagen:



12. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto al síndrome de Straatsma:

a) La agudeza visual suele estar conservada.

b) La variante inversa se asocia con hipermetropía.

c) Suele ser bilateral.

d) Es muy clásico que las fibras crucen el rafe.

CASO CLÍNICO Nº8

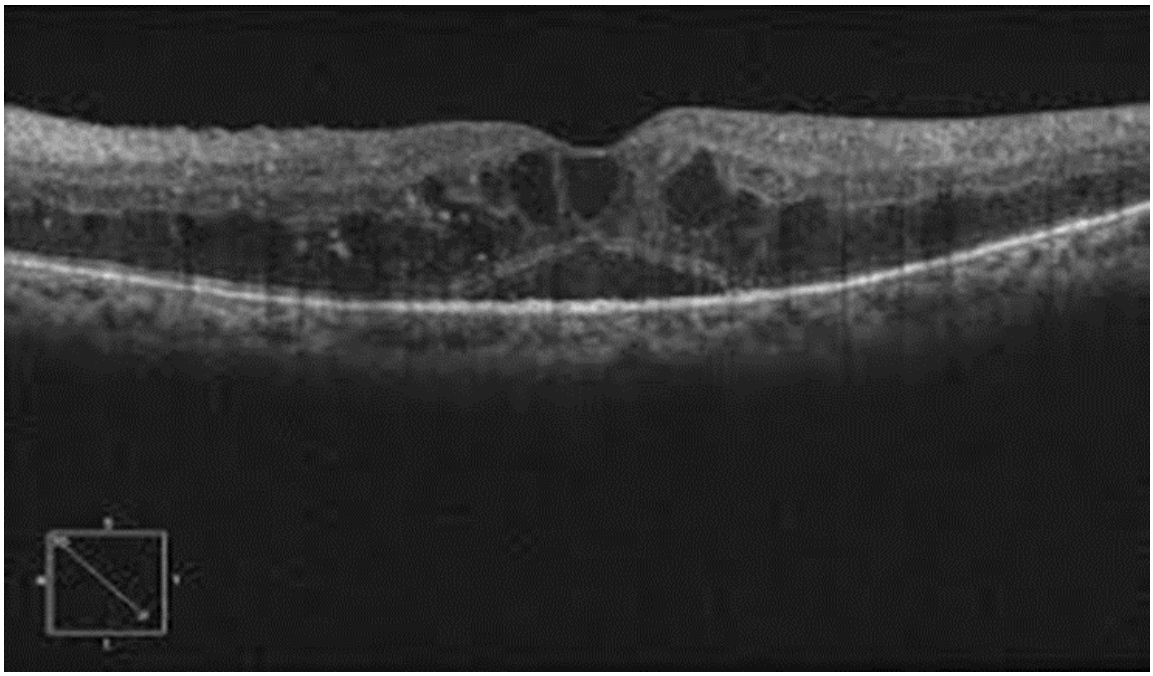
Paciente de 75 años en tratamiento por cáncer colorrectal con esquema CAPOX (capecitabina/oxaliplatino), acude a urgencias por erupción de vesículas a lo largo de distribución de V1 derecho, con 8 horas de evolución, a la exploración se encuentra una agudeza visual de 1.0, exploración con lámpara de hendidura con hiperemia conjuntival, sin reacción Tyndall, fondo de ojo con vítreo claro, sin signos de necrosis.

13. Cuál de las siguientes opciones está contraindicada por presentar una interacción potencialmente mortal.

a) Aciclovir 800mg 5 veces al día.
b) Valaciclovir 1000mg 3 veces al día.
c) Famciclovir 500mg 3 veces al día.
d) Brivudina 125mg 1 vez al día.

CASO CLÍNICO Nº9

Hace 6 semanas, un paciente de 80 años se sometió a una cirugía de cataratas con implante de LIO sin complicaciones. A las 3 semanas, el paciente tenía una visión de 20/20.
A las 8 semanas del postoperatorio, la visión había caído a una mejor AV corregida de 20/40.
El paciente presenta la siguiente OCT:



14. ¿Cuál es el posible diagnóstico?

a) Edema macular quístico postquirúrgico
b) Desprendimiento de retina
c) Endoltalmitis tardía
d) Agujero macular

15. Teniendo en cuenta que el paciente presenta glaucoma corticoideo, queratitis previa por herpes simple y alergia a las sulfamidas, ¿qué manejo recomendaría?

a) Corticoides tópicos y colirio de antiinflamatorios no esteroideos
b) Inyección subtenoniana de corticoides
c) Colirio de AINE
d) Inhibidores de la anhidrasa carbónica orales

16. Si no respondiese al tratamiento inicial, ¿cuál sería la siguiente opción?

a) Inyección intravítrea de Orzurdex®
b) Inyección intravítrea de vancomicina
c) Inyección intravítrea de faricimad
d) Inyección intravítrea de Iluvien ®

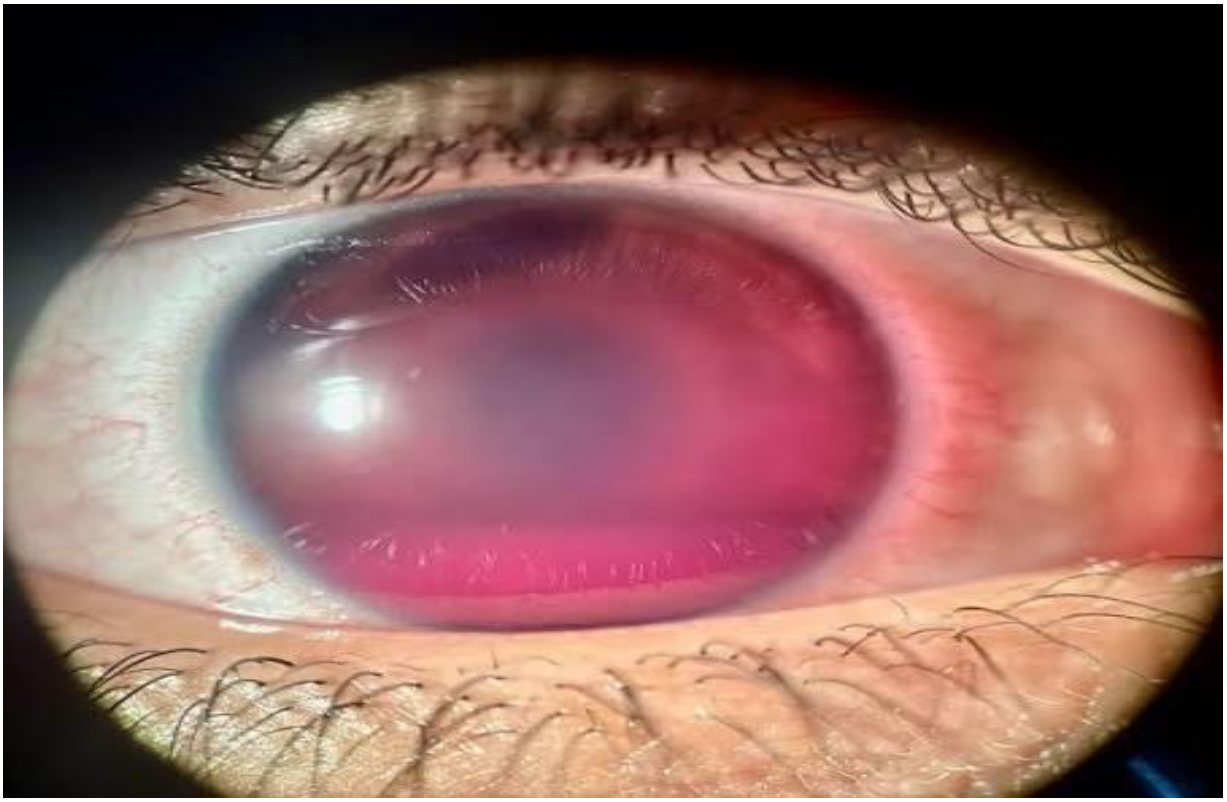
17. ¿Uno de los siguientes supuestos NO aumenta el riesgo de presentar la patología del paciente?

a) Cirugía prolongada
b) Rotura de la cápsula posterior
c) Anestesia peribulbar
d) Diabetes mellitus

CASO CLÍNICO Nº10

Acude de urgencias un adolescente tras recibir un balonazo en el OI. Refiere dolor y pérdida de AV. La exploración es la siguiente:

AV OD la unidad OI mov manos
En la biomicroscopia observamos lo siguiente:



18. Ante esta imagen el probable diagnóstico principal es:

a) Hiphema traumático
b) Rotura del globo ocular
c) Desprendimiento de retina
d) Endoftalmitis

19. Con esto signos clínicos, ¿cómo podemos esperar que se encuentre la PIO de ese ojo?:

a) Alta
b) Baja
c) No debemos tomar la PIO hasta pasados 48 horas del traumatismo
d) Puede estar tanto alta como baja

20. El tratamiento más adecuado sería:

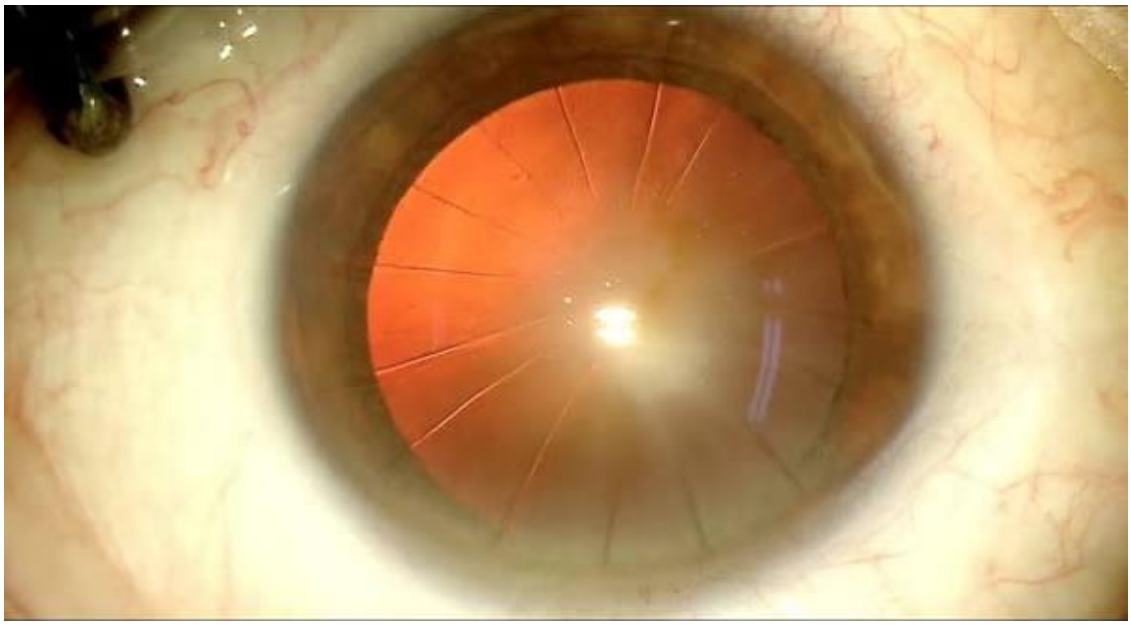
a) Lavado inmediato de la cámara anterior en quirófano
b) Observación y corticoides intravenosos
c) Reposo, midriáticos, corticoides tópicos.
d) Inyecciones intravítreas de antibióticos

21. Entre las posibles complicaciones que se pueden producir se encuentran:

a) Impregnación hemática corneal
b) Glaucoma secundario
c) Resangrado
d) Todas las anteriores

CASO CLÍNICO Nº11

Una paciente presenta la siguiente exploración en la lámpara de hendidura.



22. Esta paciente ha sido sometida anteriormente a:

a) Un transplante corneal
b) Una queratotomía radial
c) Una PRK
d) Un LASIK

23. Durante la exploración, es diagnosticada de cataratas. ¿Qué valores de queratometría se deben usar para esta paciente?

a) Valores previos a la cirugía corneal determinados por un topógrafo corneal
b) Los valores resultantes de restar a la media de la queratometría preoperatoria el cambio del equivalente esférico refractivo manifiesto debido a la cirugía queratorefractiva.
c) Valores previos a la cirugía corneal determinados por una queratometría manual.
d) Los valores posteriores a la cirugía corneal determinados por un queratómetro manual.

24. La paciente es diabética. ¿Con cuál de los siguientes métodos se puede reducir el riesgo de empeorar la retinopatía diabética previa que presenta la paciente?

a) Tratando la retinopatía preproliferativa preexistente con panfotocoagulación láser.
b) Implantando una lente intraocular acrílica o de polimetilmetracrilato
c) Mediante fotocoagulación con láser focal antes de desarrollar un edema macular diabético.
d) Con técnicas de facoemulsificación bimanual por pequeña incisión.

25. Previamente a la cirugía de catarata, la paciente refiere una reacción alérgica a la procaína (Novocain), un anestésico éster, en un procedimiento dental previo. ¿Cuál de los siguientes anestésicos se debe evitar también?

a) Lidocaína
b) Bupivacaína
c) Tetracaína
d) Mepivacaína

26. En la hidrodisección del cristalino durante la cirugía de cataratas, el iris se prolapsa, la cámara se estrecha y el ojo se pone duro. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Edema del cuerpo ciliar
b) Diálisis zonular y prolapso de vítreo
c) Mala dirección del fluido irrigador al vítreo anterior
d) Hemorragia coroidea expulsiva

27. Ante la situación descrita en la pregunta anterior, ¿cuál sería la actuación más segura para el ojo?

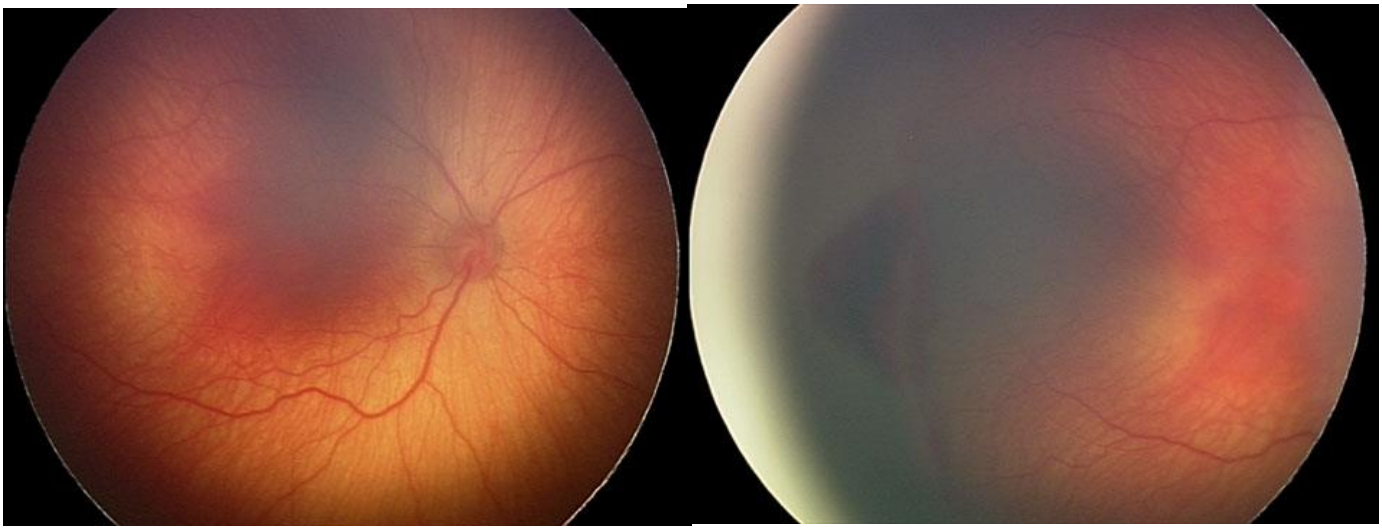
a) Seguir con la cirugía bajando la altura de la botella de irrigación del faco.
b) Dar por terminada la cirugía, parche compresivo sobre el ojo y reprogramación a las 3 semanas.
c) Detención inmediata de la cirugía, manitol intravenoso, ciclopléjico y evaluación de la situación.
d) Realizar una cantotomía lateral para descomprimir la presión sobre el globo ocular.

28. ¿Cuál sería el error refractivo postoperatorio más común tras la cirugía de catarata en esta paciente?

a) Miopía transitoria debido a la expansión de las incisiones corneales
b) Miopía permanente debido a la localización del implante más anterior de lo predicho.
c) Hipermetropía transitoria debido a la localización del implante más anterior de lo predicho.
d) Hipermetropía temporal debido al edema corneal.

CASO CLÍNICO Nº12

Te llaman de neonatología para valorar a un bebe de 4 semanas, nacido pretérmino de 28+5 semanas de EG y 850 gr. de peso y en el fondo de ojo te encuentras los siguientes hallazgos:



29. ¿Cómo lo clasificarías?

a) Tipo 2: zona II, estadio 3 pre plus
b) Tipo 2: zona I, estadio 3 sin plus
c) Tipo 1: zona II, estadio 3 con plus
d) Tipo 1: zona I, estadio 3 sin plus

30. En este caso lo más adecuado sería:

a) Seguimiento estrecho
b) Tratamiento láser
c) Tratamiento con antivegf
d) Crioterapia

31. Señala la correcta respecto a las líneas actuales de tratamiento de la ROP en estadio 3 plus:

a) En zonas II y III estadio 3 y plus+, la fotocoagulación con láser de la retina avascular es el tratamiento de elección más generalizado
b) En zona I, estadio 3 y plus+, se considera indicada la inyección intravítrea de fármacos antivegf
c) El uso de la crioterapia se ha asociado a mayor número de complicaciones (mayor inflamación, mayor incidencia de miopía…) comparado con la fotocoagulación láser
d) Todas son correctas

32. ¿Cuál de los siguientes factores de riesgo no se asocia a la retinopatía del prematuro?

a) Edad gestacional y bajo peso al nacer
b) Oxigenoterapia
c) Niveles bajos de IGF-1 y baja ganancia de peso posnatal
d) Hemoglobina glicosilada

33. Respecto al tratamiento de la ROP con antivegf:

a) Tanto aflibercept como bevacizumab lo tienen aceptado en ficha técnica
b) La dosis recomendada es de una única inyección intravítrea de 0,4 mg de aflibercept equivalente a 0,01 ml
c) No se puede administrar de forma bilateral el mismo día
d) Se pueden administrar hasta 3 inyecciones por ojo dentro de los 4 meses posteriores al tratamiento si hay signos de actividad

CASO CLÍNICO Nº13

34. Te avisan de pediatría por un bebé de 1 mes con sospecha de leucocoria en ojo izquierdo, el diagnóstico diferencial debería incluir las siguientes patologías EXCEPTO:

a) Persistencia de vasculatura fetal
b) Distrofia corneal polimorfa posterior
c) Coloboma retinocoroideo
d) Enfermedad de Coats

35. Al explorarle descubres que es una opacidad densa posterior central de 6 mm en el ojo izquierdo con exploración retiniana normal ¿Cuál de las siguientes es la mejor edad para lensectomía?

a) A los 4 meses si es pobre la fijación
b) Tan pronto como sea posible
c) A los cuatro meses independientemente de la fijación
d) A los seis meses independientemente de la fijación

36. En cuanto a la cirugía, es FALSO que:

a) La elección de la corrección óptica de la afaquia depende de la edad del paciente y de la lateralidad de las cataratas
b) El uso de lentes intraoculares en menores de 2 años es controvertido por la variación de la refracción durante los primeros años de vida y la mayor incidencia de complicaciones
c) Los niños con vítreo primario persistente leve tienen más complicaciones y peores resultados visuales que los niños con catarata unilateral simple
d) En niños en los que no se implanta lente intraocular las lentes de contacto son el método más popular de corrección y pueden pautarse ya 1 semana después de la intervención

CASO CLÍNICO Nº14

Llega a tu consulta un lactante de 4 meses de edad derivado por epífora, fotofobia y blefarospasmo, en la exploración te encuentras con la siguiente imagen:



37. ¿Con cuál de las siguientes entidades habría que hacer diagnóstico diferencial?

a) Obstrucción congénita del conducto nasolagrimal
b) Glaucoma congénito
c) Distrofia endotelial congénita hereditaria
d) Todas las anteriores

38. En este caso señale la INCORRECTA

a) Encontraremos edema corneal y roturas de la membrana de descemet debido al aumento de presión
b) El diámetro corneal estará aumentado y el espesor corneal central típicamente disminuido
c) La fotofobia, la epífora y el blefarospasmo se deben al deslumbramiento y anomalías epiteliales asociadas al edema y la opacidad corneal
d) La PIO suele ser mayor de 20 mmHg incluso bajo anestesia

39. En el glaucoma congénito:

a) El nervio óptico suele mostrar un aumento del cociente excavación/ papila
b) En los niños pequeños el tratamiento exitoso no revierte la excavación
c) Una asimetría de excavación mayor de 0.2 entre ambos ojos no es sugestivo de glaucoma en el lado más excavado
d) El patrón de aumento generalizado de la excavación óptica en los niños muy pequeños con glaucoma se ha atribuido al estiramiento del conducto óptico y el arqueamiento anterior de la lámina cribosa

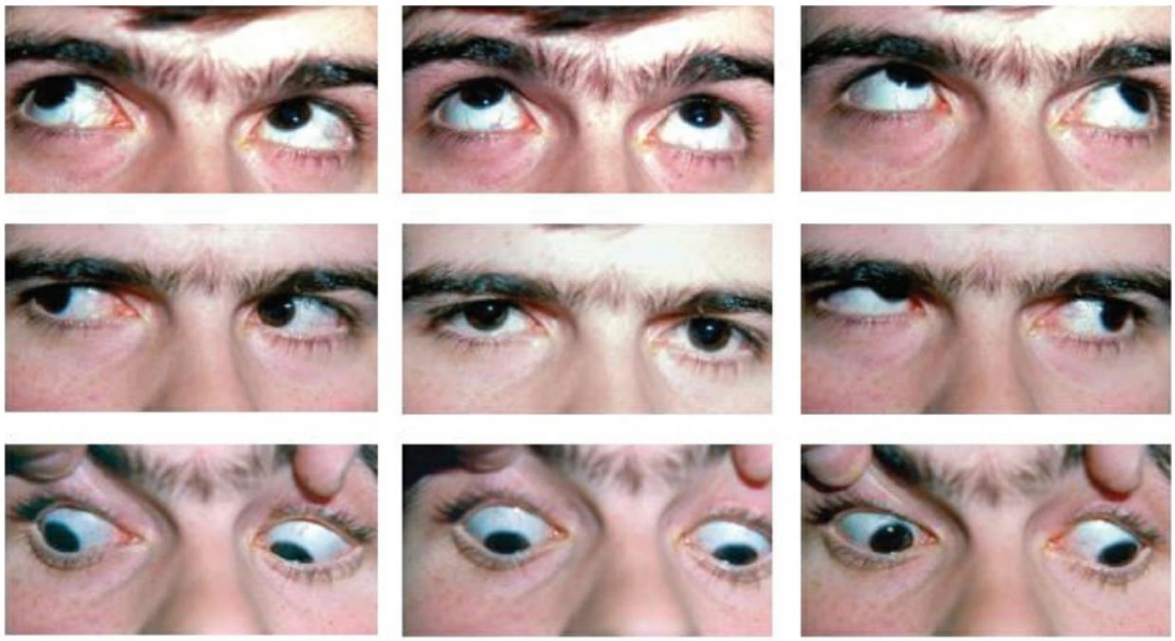
40. En cuanto al tratamiento es FALSO que:

a) El 80% de los lactantes con glaucoma congénito primario que debutan entre los meses y el año de edad la PIO se controla con 1 o 2 intervenciones sobre el ángulo
b) La trabeculectomía consiste en una incisión en la malla trabecular bajo visualización gonioscópica
c) En los niños en que la cirugía del ángulo no es satisfactoria o no está indicada y el tratamiento médico es inadecuado se pueden hacer trabeculectomía o implantes valvulares
d) La cicloablación láser o la ciclocrioterapia se reservan para casos resistentes.

PREGUNTAS DE RESERVA

CASO CLÍNICO Nº15

Acude a consulta un hombre de 57 años que se queja de diplopia vertical que ha ido notando en los últimos meses, aunque no puede decir con seguridad cuando comenzó; en la exploración se observa discreta tortícolis con cabeza sobre hombro izquierdo y las 9 posiciones de la mirada son las siguientes:



1. Para el diagnóstico, es FALSO que:

a) Puede ser útil examinar fotografías antiguas en busca de posiciones compensadoras de la cabeza
b) La prueba de 3 pasos de Parks nos ayudara a saber cuál es el diagnóstico
c) Es imprescindible hacer estudio radiológico en parálisis aisladas no progresivas
d) En pacientes del grupo de edad vasculopático conviene realizar un examen médico de factores de riesgo cardiovascular

2. En cuanto a la causa es FALSO que:

a) Es frecuente que sea de causa congénita pero que los síntomas no aparezcan hasta la edad adulta por disminución de la capacidad de fusión
b) En pacientes mayores de 50 años puede ser por trastornos microvasculares benignos y recuperarse en menos de 3 meses
c) A diferencia de las lesiones congénitas, en las adquiridas los pacientes no suelen notar torsión de la imagen
d) Una anomalía del tendón del oblicuo superior o de su inserción o un defecto en la tróclea son causas identificadas de parálisis congénitas del IV par

3. Sobre el tratamiento es FALSO que:

a) Las parálisis congénitas descompensadas raramente se resuelven espontáneamente
b) Si la hipertropia es menor de 15 dioptrías prismáticas puede tratarse mediante un debilitamiento del oblicuo inferior
c) En casos infantiles se suele indicar cirugía para corregir la postura compensadora de la cabeza
d) Los casos traumáticos con frecuencia requieren cirugía por la diplopia