

**1. En cuanto a la piel señale la respuesta falsa**

- a) La epidermis como el sistema nervioso deriva del ectodermo después de la gastrulación
- b) Los queratinocitos basales son células madre parcialmente diferenciadas que confieren a la piel la capacidad regenerativa y proliferativa
- c) El epitelio prácticamente no tiene actividad metabólica siendo su función principal la de barrera.
- d) En la dermis existe un plexo vascular debajo de la membrana basal en la dermis papilar.

**2. Sobre los injertos señale la respuesta falsa**

- a) Las indicaciones de un injerto de piel parcial grueso son las mismas que las de un injerto de piel parcial fino
- b) El injerto de piel total es de indicación en grandes pérdidas de sustancia para obtener una reparación más funcional
- c) Los injertos finos permiten una rápida reepitelización y múltiples "retomas"
- d) Los injertos de piel total se contraen menos al madurar

**3. En cuanto a la zona donante de los injertos señale la respuesta verdadera**

- a) Hay que advertir al paciente de los problemas de decoloración e incluso cicatrización patológica
- b) Cualquier apósito es adecuado siempre y cuando se mantenga seco
- c) La reepitelización no se establece hasta el mes
- d) La piel se puede conservar de forma indefinida a 4°C sin que disminuya la viabilidad.

**4. En cuanto a las complicaciones de los injertos, señale la respuesta errónea**

- a) Problemas sistémicos pueden hacer que no prenda el injerto
- b) El sangrado es importante, pudiendo perderse 100-200ml/1% de superficie corporal
- c) La infección más frecuente es por diseminación sistémica
- d) La infección por pseudomonas tiene un aspecto clínico particular y fácil de identificar.

**5. En cuanto al tratamiento quirúrgico del paciente quemado, señale el proceder adecuado**

- a) Si en una quemadura se detectan signos clínicos de infección o un cultivo con más de  $10^5$  microorganismos se debe hacer un desbridamiento quirúrgico.
- b) El tratamiento de las quemaduras de menos del 1% de la SCQ es siempre conservador
- c) El único tratamiento desbridante que ha demostrado su eficacia es el enzimático.
- d) Unas quemaduras dérmico-profundas se deben tratar de forma conservadora hasta los 21 días, por si curan.

**6. En el tratamiento quirúrgico de las quemaduras faciales, señale lo erróneo:**

- a) En el primer momento lo importante es valorar lesiones respiratorias asociadas
- b) Se debe hacer un desbridamiento quirúrgico precoz independientemente de la profundidad porque el resultado cosmético y funcional al reconstruir por unidades será superior.
- c) Se puede hacer un desbridamiento enzimático
- d) Se pueden hacer curas expositivas y valorar evolución

**7. En el tratamiento de las quemaduras químicas señale lo que NO debe hacer**

- a) En las quemaduras por bases como no penetra en profundidad basta con un desbridamiento superficial y cobertura con injertos
- b) En las quemaduras por bases realizará un desbridamiento seriado y reconstrucción
- c) En algunas quemaduras por agentes químicos puede estar indicado el tratamiento quirúrgico de urgencia para retirar el producto
- d) En las quemaduras por agentes especiales hay que valorar el agente, el medio y el paciente antes de tomar decisiones quirúrgicas.

**8. En un paciente que sufre una congelación que NO haría**

- a) Valorar y tratar las complicaciones sistémicas
- b) Realizar el ABC del tratamiento inicial
- c) Recalentar la zona dañada (pies, manos) de forma local con inmersión en agua a 42º
- d) Realizar amputaciones de forma precoz para evitar la infección

**9. En un paciente que se presenta en la consulta con una tumoración en el reborde orbitario, que no sabe desde cuando lo tiene y que le ha crecido lentamente. ¿en qué pensaría?**

- a) Quiste sebáceo
- b) Tumoración de la glándula lagrimal
- c) Carcinoma basocelular expansivo
- d) Quiste dermoide

**10. En un paciente con una tumoración en la línea media del cuello, señale que no encontrará de forma primaria**

- a) una masa por debajo del hioides
- b) una fístula al nacer
- c) un trayecto fistuloso como secuela de una infección
- d) tiroides ectópico e incluso adenocarcinoma papilar

**11. Paciente que consulta por dolor en la base de la lengua con una herida de varios meses de evolución que él cree que es por la dentadura, como procedería.**

- a) Está claro que es un tumor, tratamiento de resección y reconstrucción inmediata con colgajos funcionales.
- b) Biopsia incisional y tratamiento definitivo
- c) Biopsia incisional y estudio de extensión, valoración en el comité de cabeza y cuello.
- d) Tratamiento conservador y revisión porque el paciente refiere que ya tuvo estas molestias y remitieron con medicación.

**12. En un tumor oral que afecta a la mandíbula ¿Cuál no es una opción terapéutica adecuada?**

- a) Dependiendo de la zona y del paciente puede no necesitar reconstruir el hueso
- b) Para reconstruir el hueso podemos usar el colgajo inguinal con cresta iliaca
- c) Para reconstruir el hueso podemos usar el colgajo de peroné
- d) Para reconstruir el hueso podemos usar el colgajo antebraquial con injerto de hueso de banco y placa de titanio.

**13. En las lesiones de los tendones de la mano. Señale lo erróneo**

- a) En caso de lesión de los flexores en zona II se recomienda la reparación de uno de los dos para evitar adherencias y problemas como el síndrome de la cuadriga.
- b) La reparación del aparato extensor es muy exigente por las lesiones secundarias que se pueden desarrollar
- c) En reconstrucción diferida de los tendones sigue siendo necesario recurrir a injertos autólogos
- d) La rehabilitación funcional de los tendones sigue siendo el punto definitivo para una reparación exitosa.

**14. En las fracturas de los dedos. Señale lo erróneo**

- a) La clasificación de Salter-Harris se refiere a las fracturas de la placa de crecimiento de los niños
- b) Las fracturas abiertas de la falange distal en general no requieren antibióticos
- c) Las fracturas abiertas de los restantes huesos requieren desbridamiento y antibióticos inespecíficos
- d) Las fracturas intraarticulares tienen buen pronóstico si se dejan al menos 6 semanas de inmovilización

**15. En las infecciones de la mano, señale que no debe hacer**

- a) Inmovilizar y elevar el miembro afecto en la fase aguda
- b) Desbridar y evitar espacios muertos
- c) Antibióticos inespecíficos a la espera de los cultivos
- d) Mantener la mano inmóvil con una férula hasta la completa resolución del problema.

**16. En la enfermedad de Dupuytren señale lo incorrecto**

- a) La banda pretendinea da lugar a la cuerda pretendinea que desarrolla una contractura en flexión de la MCF
- b) El ligamento natatorio da lugar a la cuerda espiral que produce un desplazamiento del pedículo neurovascular
- c) El tendón del abductor digiti minimi da lugar a la cuerda del abductor digiti minimi y una contractura en flexión de la IFP del quinto dedo
- d) Las fibras del ligamento natatorio dan lugar a la cuerda natatoria y una contractura en aducción de la primera comisura.

**17. En el tratamiento no quirúrgico de la enfermedad de Dupuytren, que se ha demostrado más útil que las restantes medidas**

- a) Inyecciones de corticoides intralesionales
- b) Ultrasonidos
- c) Colagenasa clostridial
- d) Radioterapia

**18. En el tratamiento del envejecimiento todo lo que sigue es cierto, salvo**

- a) La toxina botulínica es fundamental en el tratamiento del envejecimiento del tercio medio facial
- b) La toxina botulínica es fundamental en el tratamiento del envejecimiento del tercio superior facial
- c) La toxina botulínica es útil en el tratamiento de la hiperhidrosis axilar.
- d) La toxina botulínica se puede usar para tratar las bandas platismales aunque no tenga indicación etiquetada.

**19. En los materiales de relleno tisular señale lo correcto**

- a) El más usado es el colágeno
- b) Los más seguros son los semi y permanentes
- c) La silicona líquida es un buen material pero sus resultados no lo son
- d) La grasa probablemente sea el "gold estándar" de los materiales de relleno tisular

**20. La complicación más frecuente de las técnicas de ritidectomía (lifting) es:**

- a) Hematoma postoperatorio
- b) Lesión sensitiva del n. auricular
- c) Lesión del facial
- d) Infección

**21. El linfedema:**

- a) Es un proceso agudo que puede ocurrir como resultado de defectos congénitos, daño iatrogénico o infección del sistema linfático
- b) El sistema linfático se compone de capilares linfáticos que drenan en vasos colectores progresivamente mayores.
- c) La obesidad y la radiación no han demostrado un aumento en el riesgo de linfedema de forma significativa
- d) La patología del linfedema, se debe a una acumulación de proteínas y ácidos grasos, sin acumulo líquido, que llevan a una fibrosis crónica y depósito adiposo.

**22. Respecto al linfedema congénito, es cierto que:**

- a) Es más frecuente en varones
- b) Es más frecuente en extremidades superiores.
- c) Supone entre el 30-50% de los linfedemas primarios
- d) La enfermedad de Milroy es una forma familiar de linfedema congénito ligada al sexo.

**23. La liposucción tipo Brorson para el tratamiento del linfedema:**

- a) Está indicada para pacientes con linfografía previa con verde de indocianina que muestran linfáticos competentes a nivel distal
- b) Durante el procedimiento, puede usarse un torniquete para reducir la pérdida sanguínea
- c) Tras el tratamiento, está contraindicado el uso de manguito compresión de la extremidad
- d) La liposucción asistida por vibración no es apropiada en estos pacientes por dificultar el proceso perioperatorio.

**24. Las anastomosis linfático-venulares para el tratamiento quirúrgico del linfedema de extremidad superior secundario al tratamiento quirúrgico de cáncer de mama:**

- a) La linfografía con verde de indocianina ayuda a localizar los vasos linfáticos en la planificación preoperatoria
- b) El procedimiento se basa en la sustitución de nódulos linfáticos que han sido dañados o resecaos previamente en la axila
- c) La zona donante más empleada es el área epigástrica inferior con los vasos iliacos circunflejos superficiales.
- d) El tejido adiposo y la isla cutánea incluidas en el colgajo, son útiles para reemplazar el tejido fibrótico de la axila

**25. La realización de una cantoplastia lateral con tira tarsal para reposición de párpado inferior sin acortamiento horizontal, está indicada en:**

- a) Pacientes con malposición palpebral tratada mediante múltiples procedimientos previos.
- b) Pacientes con retracción por déficit cutáneo.
- c) Pacientes con malposición cantal y laxitud cutánea o ectropión
- d) Pacientes con malposición cantal sin laxitud ni ectropión

**26. Dos horas tras una blefaroplastia, un paciente de 60 años, hipertenso, presenta dolor agudo en ojo derecho con inflamación y pérdidas de visión. El manejo más apropiado incluye:**

- a) Elevación de la cabeza y frío local
- b) Tratamiento antihipertensivo
- c) Analgésicos y diuréticos
- d) Cantotomía, manitol y corticoides

**27. Ante un paciente que tras ser intervenido de rinoseptoplastia hace 6 semanas aqueja obstrucción nasal persistente, la actitud más adecuada sería:**

- a) Vasoconstrictores tópicos durante 1 mes
- b) Spray nasal de corticoides 7-14 días si persiste edema
- c) Corrección quirúrgica en los próximos 2 meses si existe causa mecánica
- d) Frío local

**28. Mujer de 40 años que presenta punta nasal dinámica a tensión con acortamiento de labio superior y descenso de la punta al sonreír, ¿qué manejo quirúrgico realizarías para su corrección?**

- a) Liberación transoral del músculo depresor del septo nasal
- b) Acortamiento alar lateral
- c) Infiltración de 10 UI de toxina botulínica A en músculo procerus
- d) Liberación transcutánea del músculo elevador alar

**29. Respecto a las complicaciones de los injertos grasos, no es cierto que:**

- a) El IMC no tiene una correlación aparente con la aparición de complicaciones
- b) La infección de Mycobacterias aparece a los 1-3 meses postoperatorios
- c) La aparición de seroma se soluciona generalmente con drenaje percutáneo y compresión
- d) La aparición de anemia tras la cirugía requiere transfusión sanguínea si la hemoglobina desciende de 8g/dL incluso en pacientes asintomáticos

**30. En la cirugía postbariátrica:**

- a) Un IMC > de 35 KG/m<sup>2</sup> aumenta el riesgo de complicaciones
- b) Mantener al paciente a baja temperatura (<35°) durante la cirugía, ayuda a reducir el sangrado intraoperatorio y el tiempo quirúrgico
- c) La profilaxis antitrombótica en estos pacientes, incluye la administración de Heparina de bajo peso molecular antes de las dos horas postoperatorias.
- d) En cirugías prolongadas con el paciente en prono, la cama debe colocarse en anti-Trendelenburg para prevenir ceguera debida a aumento de la presión en los globos oculares.

**31. Paciente mujer de 38 años, con pérdida masiva de peso (50kg) que presenta laxitud epigástrica y ptosis púbica ¿Cuál sería la actitud quirúrgica para su corrección?**

- a) Liposucción de exceso de grasa con corrección del exceso dérmico mediante terapia con radiofrecuencia
- b) Abdominoplastia con cicatriz horizontal suprapúbica y plicatura de rectos abdominales con sutura no-reabsorbible
- c) Abdominoplastia en flor de lis con resuspensión púbica mediante suturas no-reabsorbibles a fascia abdominal anterior
- d) Abdominoplastia con cicatriz vertical en un primer tiempo quirúrgico y con resuspensión púbica mediante suturas no-reabsorbibles a fascia abdominal anterior en un segundo tiempo

**32. Paciente de 5 años que acude presentando microtia unilateral derecha con hipoplasia completa del pabellón auricular y atresia del conducto auditivo externo. Según la clasificación de Tanzer, se trata de:**

- a) Tipo I
- b) Tipo II.A
- c) Tipo II.B
- d) Tipo III

**33. La otoplastia puede ser, tal vez considerada, como la única cirugía "estética" realizada en niños. ¿Cuál de estas consideraciones al respecto no es correcta?**

- a) El grado de deformidad y la edad del paciente determinan la indicación
- b) En casos de microtia, según la recomendación de Firmin, el proceso reconstructivo se inicia a los 2 años.
- c) En niños pequeños con orejas prominentes cuyos padres deseen corrección temprana, puede recomendarse la realización de la cirugía desde los 4 años.
- d) El hecho de que la opinión de los padres y abuelos esté implicada en la decisión quirúrgica, puede alterar la relación médico-paciente.

**34. El nevus melanocítico congénito (NMC):**

- a) Está formado por grupos de neuroblastos que se forman a partir de las 5-24 semanas tras el nacimiento
- b) EL NMC está relacionado con el aumento de riesgo de melanoma cutáneo, pero no así de melanoma extracutáneo.
- c) Los NMC < de 20 cm de diámetro tienen un riesgo absoluto de malignización a melanoma <1% antes de la pubertad.
- d) La melanosis neurocutánea se caracteriza por un exceso de depósito de melanocitos a lo largo de los nervios periféricos.

**35. Respecto al nevus congénito gigante:**

- a) Se define como una lesión > de 20 cm de diámetro
- b) Se define como una lesión < 5% de superficie corporal total.
- c) Los tratamientos con CO<sub>2</sub> y dermoabrasión son más efectivos después de los 3 años de edad
- d) El riesgo de malignización es al menos de un 50% a lo largo de la vida.

**36. Niña de 3 años que presenta una malformación linfática intraorbitaria izquierda que causa exoftalmos y ptosis palpebral. ¿Cuál sería la primera línea de tratamiento en este caso?**

- a) Observación
- b) Terapia con láser de colorante pulsado
- c) Esclerosis con Doxiciclina
- d) Resección quirúrgica en bloque

**37. Respecto a la reducción mamaria con pedículo inferior, es cierto que:**

- a) Es una evolución del patrón de reducción mamaria desarrollado por Strombeck, con pedículo horizontal, en 1960.
- b) El complejo areola-pezones (CAP) está irrigado por el plexo subdérmico a través de perforantes intercostales y de la arteria mamaria interna incluidos en el pedículo
- c) La mayoría de estudios reportan una incidencia de necrosis del CAP entre 5-10%
- d) Los cambios sensitivos en el CAP, se atribuyen a la sección de los nervios intercostales entre el 7º y el 10º segmentos intercostales

**38. En referencia al tratamiento de la ginecomastia, No es correcto:**

- a) La mayoría de los casos son autolimitados y benignos y no requieren tratamiento.
- b) El tamoxifeno es primera línea de tratamiento en varones con desbalance andrógenos/estrógenos incluso en pacientes con cáncer de próstata.
- c) La liposucción es actualmente la principal técnica quirúrgica empleada
- d) La técnica de Webster, trata de realizar la resección tisular con una incisión en flor de lis.

**39. Entre las ventajas de la reconstrucción mamaria inmediata (RMI), No se encuentra:**

- a) Previene las secuelas psicológicas
- b) Reduce costes hospitalarios
- c) No tiene impacto sobre los tratamientos adyuvantes de quimioterapia y/o radioterapia
- d) No interfiere con la detección de recurrencias locales.

**40. Respecto al uso de matrices dérmicas acelulares en cirugía mamaria.**

- a) No están indicadas en pacientes con contractura capsular
- b) Ayudan a la estabilización de los implantes en casos de malposición.
- c) Son matrices reabsorbibles que inducen la formación cápsula periprotésica
- d) No tiene impacto sobre la aparición de complicaciones postoperatorias tipo infección o seroma

**41. Mujer de 55 años intervenida de reconstrucción mamaria con colgajo D.I.E.P. Presenta áreas induradas en mama reconstruida compatibles con necrosis grasa que pueden ser atribuidas a:**

- a) Resección de áreas mal vascularizadas del colgajo
- b) Desgrasado excesivo del colgajo durante el "insetting"
- c) Lesión de nervios motores durante la disección del colgajo
- d) Ligaduras a más de 3mm del pedículo

**42. En el "lipofilling" mamario:**

- a) Las alteraciones mamográficas son raras tras el aumento mamario con injertos grasos
- b) El modo de preparación de la grasa, centrifugado vs lavado y decantado, no influye en el porcentaje de sobre-inyección de grasa necesario
- c) No hay evidencia en el aumento de riesgo de aparición de cáncer mamario en pacientes sometidas a "lipofilling", tanto en aumentos mamario estético, como en procedimientos reconstructivos.
- d) Menos del 50% de las pacientes requiere más de 1 procedimiento de injerto graso para conseguir corregir los defectos de contorno en reconstrucción mamaria

**43. Respecto a la reconstrucción mamaria con colgajo de músculo dorsal ancho, es falso que:**

- a) Se trata de un colgajo tipo IV en la clasificación de Mathes y Nahai
- b) El estudio preoperatorio generalmente consiste en la exploración física únicamente
- c) La toracotomía ipsilateral por una cirugía torácica previa, es una contraindicación
- d) La pérdida del colgajo es debida casi siempre a lesión o torsión del pedículo toracodorsal durante la disección o transposición del colgajo.

**44. En una parálisis facial completa ¿Cuál de los siguientes músculos de la mímica no es prioritario reanimar?**

- a) Frontalis.
- b) Zygomaticus Major.
- c) Mentalis.
- d) Depressor labii inferioris/depressor anguli oris.



**45. En una parálisis facial, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.**

- a) La porción inferior del músculo orbicular de los párpados mantiene el margen palpebral en contacto con el ojo.
- b) Para corregir el lagofthalmos en una parálisis facial se usan pesas de oro colocadas en posición subtarsal.
- c) La combinación de una pesa de oro en párpado superior y una suspensión tendinosa estática del párpado inferior puede mejorar la mayoría de los síntomas oculares producidos en una parálisis facial.
- d) La tarsorrafia lateral tiene, actualmente, indicaciones muy limitadas como son el fallo de técnicas más estéticamente aceptables.

**46. Con respecto a la reanimación dinámica de una parálisis facial sólo una es cierta**

- a) La neurotización del nervio facial es posible hasta pasados 24 meses del inicio de la lesión.
- b) Cuando el muñón proximal ipsilateral del nervio facial no es utilizable hay que recurrir obligatoriamente a otros pares craneales, distintos del facial, para realizar las neurotizaciones.
- c) La reparación del nervio facial mediante injertos de nervio sural, aún en lesiones recientes, nunca está indicada.
- d) La restauración de la simetría bucal y de la sonrisa se pueden conseguir en un tiempo quirúrgico usando el nervio maseterino ipsilateral con una neurorrafia directa la rama bucal inferior.

**47. En la cirugía reconstructiva de los defectos de la mejilla, que aspecto de los siguientes no es correcto.**

- a) Es conveniente restaurar la superficie facial en uniformidad, color y textura.
- b) Hay que preservar la posición del párpado inferior y la función del esfínter oral.
- c) En defectos complejos/compuestos se usan colgajos libres para cobertura y colgajos locorregionales para relleno y tapizado.
- d) Si el defecto se extiende a otras unidades funcionales, éste se trata por separado en cada una.

**48. Con respecto al uso del colgajo de Karapandzic en la reconstrucción labial sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta**

- a) Puede usarse para reconstruir labio inferior y superior mediante incisiones curvilíneas circunorales extendidas bilateralmente desde la base del defecto.
- b) Un defecto superior al 50% de un labio puede reconstruirse con un solo colgajo.
- c) No se mantiene la inervación del músculo orbicular de los labios.
- d) En los colgajos bilaterales las incisiones se colocan por dentro de los surcos nasolabiales.

**49. Con respecto de la reconstrucción de defectos labiales totales o subtotales, una de las siguientes afirmaciones es falsa.**

- a) Se refiere a defectos superiores al 80% del labio.
- b) Los colgajos regionales de avance de mejilla, tipo Bernard o Fujimori, producen excelentes resultados funcionales.
- c) El colgajo libre antebraquial radial compuesto (con tendón de palmaris longus) es una alternativa que permite mantener la competencia oral.
- d) La suspensión del tendón palmaris longus se efectúa desde ambos modiolos bilateralmente.

**50. En el diagnóstico clínico del melanoma se usa la regla nemotécnica ABCD. Con respecto a ésta cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.**

- a) A, se refiere a forma asimétrica
- b) B, se refiere a bordes irregulares
- c) C, se refiere a los cambios de color
- d) D, se refiere a diámetro mayor a 3 mm.

**51. Con respecto al pronóstico y estadiaje del melanoma, sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta.**

- a) Un T3 es un tumor con un Índice de Breslow de 2.01 a 4.0 mm de espesor.
- b) El Índice de Breslow no es un importante predictor de supervivencia en el melanoma.
- c) Las metástasis cutáneas en tránsito se producen por vía hematógena.
- d) El pronóstico de los pacientes con metástasis linfáticas, clínicamente detectables, depende de las características del tumor primario.

**52. En el tratamiento quirúrgico primario del melanoma una de las siguientes es falsa**

- a) a. La biopsia incompleta de un tumor primario, previa a la cirugía, disminuye la tasa de supervivencia a los 5 años.
- b) b. Para un melanoma estadio IA ( $\leq 1$  mm de grosor) el margen de extirpación recomendado es de 1 cm.
- c) c. Lesiones subungueales de espesor  $>$  de 1 mm se tratan con desarticulación de la falange distal.
- d) d. La fascia muscular profunda no se incluye, habitualmente, en el margen profundo de la resección salvo invasión manifiesta.

**53. Con respecto a los subtipos histológicos del melanoma una afirmación es falsa.**

- a) El melanoma de extensión superficial (MES) representa el 50%-80% de los casos y se caracteriza por una fase de crecimiento radial (horizontal) durante años.
- b) El léntigo maligno melanoma tiene un pronóstico similar al MES con un índice de invasión comparable.
- c) El melanoma subungueal se caracteriza por ser de diagnóstico precoz y tiene elevadas tasas de supervivencia a los 5 años.
- d) Un rasgo característico del melanoma desmoplásico es la presencia de células fusiformes en el análisis anatomopatológico.

**54. Con respecto a los protocolos de extensión ganglionar del melanoma, una de las siguientes es cierta.**

- a) En pacientes con adenopatías palpables el protocolo a seguir es realizar una biopsia selectiva del ganglio centinela.
- b) Un ganglio de Cloquet positivo contraindica la linfadenectomía inguinal profunda o pélvica.
- c) La biopsia selectiva de ganglio centinela está contraindicada en lesiones > 3 mm de Breslow.
- d) La radioterapia adyuvante está indicada en caso de adenopatías múltiples y extensión extracapsular en el análisis de la pieza de linfadenectomía.

**55. Con respecto a los traumatismos de alta energía que afectan a las extremidades inferiores y requieren cobertura, cuál de las siguientes afirmaciones es falsa.**

- a) Las fracturas abiertas tipo IIIC de Gustilo requieren revascularización urgente de la extremidad.
- b) La reconstrucción y cobertura inmediata es la respuesta adecuada para todos los pacientes.
- c) El uso de clavos intramedulares (no fresados) es equivalente al de fijadores externos con respecto a la evolución a retardo de consolidación, infección y osteomielitis crónica.
- d) Factores significativos que predisponen al desarrollo de infección grave son la pérdida de hueso superior a 2 cm y las fracturas IIIC de Gustilo.

**56. En caso de sospecha de lesión vascular en un grave traumatismo de miembro inferior, una afirmación es cierta.**

- a) El Angiotc es la prueba de imagen de elección en caso de sospecha de lesión vascular en traumatismos de extremidades.
- b) En un traumatismo grave de miembro inferior la lesión vascular (rotura arterial) es la norma.
- c) La arteriografía convencional tiene un margen de sensibilidad y especificidad similar al Angiotc, en confirmar una lesión vascular, con un coste menor.
- d) El tiempo de isquemia de las masas musculares no es decisivo en la supervivencia de una extremidad traumática.

**57. Con respecto a la reconstrucción de miembro inferior con colgajos perforantes, sólo una de las siguientes es cierta.**

- a) En la región glútea la mayor parte de las perforantes son septales.
- b) Los colgajos propeller pueden necesitar una recarga venosa para mejorar el retorno sanguíneo.
- c) La arteria genicular descendente es el pedículo nutricio del colgajo anterolateral de muslo.
- d) El colgajo perforante de arteria peronea se basa en vasos septales que emergen entre los músculos peroneos y el extensor de los dedos.

**58. Con respecto a las indicaciones actuales de reimplante cual es la afirmación cierta.**

- a) Pulgar, dedo único distal a inserción FCS (flexor común superficial), mano o proximal y dedos múltiples, son indicaciones habituales de reimplante
- b) Los trabajadores manuales son los candidatos ideales para reimplante de un dedo largo aislado.
- c) La mayor parte de las amputaciones del segundo dedo son indicaciones absolutas de reimplante.
- d) Consideramos contraindicado realizar reimplantes en mayores de 65 años descartando comorbilidad previa.

**59. En una amputación proximal a la muñeca, cuál de las siguientes maniobras es correcta:**

- a) La revascularización debería hacerse antes de 18 horas de isquemia fría y 12 horas de isquemia caliente.
- b) Las amputaciones a través del antebrazo funcional tienen, en general, muy buen resultado funcional.
- c) Las amputaciones proximales al codo se deben realizar aunque esta articulación no sea potencialmente funcional.
- d) El desbridamiento tiene 2 objetivos: determinar la viabilidad del reimplante y calcular las necesidades de tejidos donantes.

**60. En el control y tratamiento postoperatorio de un reimplante es falso que:**

- a) Para el control del vasoespasmo sean útiles el reposo en cama 3-5 días, calor local y ambiental y los bloqueos locorregionales.
- b) Los objetivos del tratamiento farmacológico serán contrarrestar la función plaquetar, la interacción trombina/fibrinógeno y aumentar la viscosidad de la sangre.
- c) La agregación plaquetaria es la causa más prevalente de trombosis arterial en las primeras 24 horas.
- d) La heparina fraccionada (heparina sódica) activa la Antitrombina III y detiene la cascada intrínseca de la coagulación.

### **Preguntas de reserva**

**1. Con respecto a la anatomía de la unidad funcional de la mejilla cuál de las siguientes afirmaciones es cierta.**

- a) Es una unidad de límites fijos, tridimensional y de primera importancia visual.
- b) La nutrición proviene de la arteria infraorbitaria, arteria transversa de la cara y de la arteria angular.
- c) En caso de defecto unilateral se puede comparar, a primera vista, con el lado contralateral para facilitar un patrón de reconstrucción.
- d) Está formada por dos subunidades estéticas: medial y lateral.

2. **Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa con respecto a la preparación prequirúrgica y transporte de un paciente con un miembro amputado subsidiario de reimplante.**

- a) El mecanismo de lesión es la variable determinante.
- b) La parte amputada se sumerge en una bolsa con suero y la bolsa se introduce en un recipiente con hielo
- c) El control del sangrado es prioritario y debe realizarse mediante la elevación del miembro y la compresión local de la herida.
- d) La preparación se inicia en el lugar del accidente

3. **En el envejecimiento cutáneo podemos decir lo siguiente, salvo**

- a) Que se produce por factores extrínsecos e intrínsecos
- b) Que es una enfermedad que se desarrolla a partir de los treinta años
- c) Que el tratamiento es mayoritariamente por el número de procedimientos, no quirúrgico
- d) Que es un proceso en que también está implicada la grasa facial

4. **En las fracturas de los dedos. Señale lo erróneo**

- a) La clasificación de Salter-Harris se refiere a las fracturas de la placa de crecimiento de los niños
- b) Las fracturas abiertas de la falange distal en general no requieren antibióticos
- c) Las fracturas abiertas de los restantes huesos requieren desbridamiento y antibióticos inespecíficos
- d) Las fracturas intraarticulares tienen buen pronóstico si se dejan al menos 6 semanas de inmovilización

5. **Una de las siguientes afirmaciones con respecto a la osteomielitis crónica postraumática de tibia es cierta.**

- a) El *proteus mirabilis* es el principal microorganismo implicado.
- b) Está científicamente demostrado que la cobertura con colgajos musculares produce mejores resultados a largo plazo.
- c) Los procedimientos de injerto óseo se realizan en un plazo de 6-8 semanas tras la cobertura con colgajo libre/pediculado.
- d) El desbridamiento agresivo de tejido infectado y relleno del espacio muerto generado no son procedimientos decisivos en esta patología.

6. **Con respecto a la restauración de la sonrisa, con trasplantes musculares libres reinervados, en una parálisis facial una de las siguientes es falsa.**

- a) Cualquier músculo trasplantado puede producir más de una función y movimiento en dos o más direcciones.
- b) Si usamos el nervio facial como donante la sonrisa conseguida será espontánea.
- c) Una de las ventajas del músculo gracilis es que puede ser escindido longitudinalmente y usar entre el 30% y 70% de su grosor según necesidades.
- d) Tras el trasplante podemos ver inicio de movimiento a partir del 6º mes.