

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

1. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones acerca de los factores de riesgo para disección aórtica es cierta?

- a. La presencia de válvula aórtica bicúspide representa el 50% de los casos de disección aórtica en pacientes menores de 40 años.
- b. La preeclampsia es la principal causa de disección aórtica en el periparto.
- c. La disección aórtica secundaria a consumo de cocaína tiene una incidencia del 15% en el ámbito urbano.
- d. El embarazo triplica el riesgo de disección aórtica en mujeres en edad fértil.

2. Respecto al manejo médico de la disección aórtica tipo B, señale la respuesta incorrecta

- a. Debe iniciarse tratamiento antihipertensivo intravenoso en todos los pacientes en los que se sospeche disección aórtica salvo aquellos que cursen con hipotensión.
- b. En el manejo antihipertensivo, el betabloqueante debe iniciarse antes que el vasodilatador directo, puesto que el reflejo simpático genera liberación catecolaminérgica contraproducente.
- c. En aquellos pacientes con disección aórtica aguda que cursan con hipotensión, ha de evaluarse la posibilidad de taponamiento cardiaco para realizar pericardiocentesis percutánea en caso de presentarse.
- d. A pesar de tratamiento médico adecuado, la degeneración aneurismática de pared externa de la falsa luz puede ocurrir en hasta el 40% de los pacientes.

3. Señale la respuesta incorrecta en relación con el riesgo de ruptura de un aneurisma de aorta abdominal

- a. El predictor estándar de ruptura es el diámetro máximo del aneurisma de aorta
- b. El riesgo de ruptura disminuye cuando se presenta un control de la tensión arterial o con el cese del hábito tabáquico.
- c. Las mujeres presentan el doble de riesgo de ruptura que los hombres que presentan un aneurisma de aorta con diámetro similar.
- d. La presencia de trombo mural puede indicar un riesgo de ruptura aumentado.

4. ¿Cuál de las siguientes condiciones no representa un aumento del riesgo de paraplejia en TEVAR (endoprótesis de aorta torácica)?

- a. Hipotermia intraoperatoria
- b. Reparación de aneurisma de aorta infrarrenal previa.
- c. Cobertura extensa de la aorta torácica
- d. Insuficiencia renal

5. ¿Cuál de los siguientes no es un factor favorecedor de trombosis de rama en EVAR?

- a. Lesión de arteria iliaca durante EVAR
- b. Calcificación iliaca
- c. Diámetro de la rama iliaca demasiado pequeña
- d. Tortuosidad iliaca

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

6. ¿Cuál de las siguientes no sería una contraindicación relativa para acceso percutáneo en EVAR?
- Bifurcación femoral alta
  - Calcificación de la pared femoral anterior.
  - Necesidad de un introductor de 22 french.
  - Enfermedad iliaca oclusiva proximal.
7. Respecto al manejo de las endofugas de las endoprótesis para el tratamiento de los aneurismas de aorta abdominal, señale la opción incorrecta.
- En las endofugas tipo IA si la distancia a la renal más inferior es menor de 3 mm no es necesaria la colocación de un cuff aórtico proximal.
  - En las endofugas tipo IA si la distancia a la renal más inferior es mayor de 5 mm es recomendable el uso de un Stent Palmaz como primera opción.
  - El uso de EndoAnchors es una opción de tratamiento en endofugas tipo IA
  - Las endofugas tipo IB deben tratarse inicialmente con angioplastia en la zona de sellado distal.
8. Respecto a los aneurismas toracoabdominales, seleccione la respuesta correcta:
- Los aneurismas toracoabdominales Crawford 2 tienen el mayor riesgo de parálisis.
  - El reimplante de las arterias intercostales se lleva a cabo tras la anastomosis proximal.
  - El diámetro máximo recomendado para intervenir los aneurismas toracoabdominales es el mismo que para los abdominales aislados.
  - La aorta en pacientes con síndrome de Marfan es más frágil que la de los pacientes con síndrome de Ehlers-Danlos.
9. Acerca de la reparación de aneurismas complejos mediante endoprótesis fenestradas, señale la respuesta incorrecta:
- No se debe acortar la zona de sellado para disminuir la incorporación de ramas en la endoprótesis.
  - La zona de sellado en endoprótesis fenestradas se recomienda entre 15-20 mm.
  - Hay mayor riesgo de embolización distal intraoperatoria por la mayor rotación de la prótesis intraarterial.
  - El acceso iliaco necesario en endoprótesis fenestradas es mayor que en endoprótesis bifurcadas.
10. Los aneurismas producidos por traumatismos:
- Son aneurismas verdaderos con degeneración de todas las capas arteriales
  - Son menos frecuentes que la lesión aislada de la íntima, pero más frecuentes que la ruptura arterial.
  - El tratamiento de primera línea recomendado para estos aneurismas es el tratamiento endovascular.
  - Suelen presentar clínicamente con hemorragia activa.
11. En el caso de que un paciente con fenómeno de Raynaud precisase tratamiento médico, ¿cuál de los siguientes fármacos no elegiría?
- Amlodipino.
  - Prazosina.
  - Carvedilol.
  - Iloprost.

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

12. ¿En cuál de los siguientes casos consideraría intervenir quirúrgicamente la arteria vertebral?
- Estenosis inferior al 50% de vertebral izquierda en paciente asintomático.
  - Paciente con ictus hemodinámico en circulación posterior con estenosis vertebral ipsilateral del 20%, contralateral sin estenosis significativas y marcapasos malfunctionante.
  - Paciente con ictus embólico en circulación posterior con estenosis vertebral ipsilateral del 50% sin tratamiento médico previo.
  - Paciente con ictus embólicos de repetición en circulación posterior con estenosis vertebral ipsilateral del 70% a pesar del tratamiento médico
13. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta en relación con la enfermedad aterosclerótica carotídea?
- La prueba de screening indicada en caso de sospechar estenosis carotídea es el Doppler transcraneal
  - La progresión de la placa no está asociado a riesgo de ictus a pesar de los estudios realizados
  - Tanto la endarterectomía carotídea como el stent carotídeo presentan tasas similares de reestenosis
  - Pacientes con estenosis sintomáticas severas deberían intervenirse a partir de las 6 semanas del evento agudo para evitar complicaciones hemorrágicas
14. ¿Cuál es la complicación neurológica más frecuente en la endarterectomía carotídea?
- Afectación de pares craneales, siendo más frecuente la afectación del nervio hipogloso
  - Ictus perioperatorio
  - AIT perioperatorio
  - Síndrome de hiperperfusión cerebral
15. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa en relación con la enfermedad aterosclerótica de carótidas?
- La mayoría de las estenosis tras endarterectomía carotídea son sintomáticas
  - Paciente con estenosis sintomáticas menor del 50% y asintomáticas menor del 60% no tienen indicación de intervención.
  - Las reestenosis en el 1er año tras endarterectomía carotídea o stent carotídeo tiene una evolución favorable
  - El síndrome de hiperperfusión cerebral se da tanto en pacientes intervenidos mediante endarterectomía como mediante stent.
16. ¿Cuál de las siguientes es una contraindicación absoluta para el stent carotídeo?
- Arco aórtico tipo III.
  - Oclusión carotídea contralateral.
  - Octogenarios.
  - Trombo visible en la placa.

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

17. Señale la opción falsa en relación con la isquemia mesentérica crónica:
- Es más frecuente en mujeres, con una media de edad de 65 años.
  - Típicamente se presenta dolor abdominal postprandial, pérdida de peso y miedo a comer.
  - La primera prueba de screening es la EcoDoppler, si bien en caso de ser negativa debe solicitarse otra prueba complementaria para descartar isquemia mesentérica.
  - La arteriografía sigue siendo considerada el “gold standard” para el diagnóstico de isquemia mesentérica
18. Señale la opción falsa en relación con tratamiento de la isquemia mesentérica crónica:
- En general, la primera opción de tratamiento es el endovascular.
  - Se prefiere el stenting primario
  - En caso de anatomía favorable se prefiere stenting primario tanto de la mesentérica superior como del tronco celíaco.
  - En caso de cirugía abierta, habitualmente se emplea bypass anterógrado bifurcado a mesentérica superior y tronco celiaco en pacientes de bajo riesgo no candidatos a tratamiento endovascular.
19. Señale la opción correcta en relación con la isquemia mesentérica aguda:
- La mortalidad es alta, incluso del 60-80%
  - La causa más frecuente es la trombosis arterial aguda.
  - Es habitual que los pacientes presenten un dolor desproporcionado a la exploración física, si bien esto puede estar ausente en el 40% de los pacientes.
  - La primera prueba que realizar ante la mínima sospecha es una arteriografía dada las nefastas consecuencias de esta patología
20. Señale la opción falsa en relación con la hipertensión renovascular:
- La etiología principal es la aterosclerótica.
  - La hipertensión arterial resistente a 3 o más fármacos y el deterioro de la función renal forman parte de las manifestaciones clínicas de la enfermedad.
  - La ecografía constituye la prueba de screening.
  - A diferencia de la displasia fibromuscular, se prefiere la angioplastia primaria y stent selectivo en las lesiones ostiales de las arterias renales dada la escasa tasa de reestenosis.
21. En cuanto al tratamiento anticoagulante en pacientes con isquemia aguda de extremidad, señale la opción VERDADERA:
- Una vez se ha establecido el diagnóstico de isquemia aguda se debe iniciar anticoagulación sistémica con heparina de bajo peso molecular.
  - Como alternativa se podría iniciar tratamiento con heparina sódica vía subcutánea.
  - El objetivo del tratamiento con heparina es la disolución del trombo.
  - En la mayoría de los pacientes se considera apropiado iniciar el tratamiento con un bolo de 100 unidades/Kg de peso, seguido de infusión intravenosa de 1000 unidades/hora.

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

22. La Sociedad de Cirugía Vascular y la Sociedad Internacional de Cirugía Cardiovascular han publicado definiciones de isquemia aguda de miembros inferiores que resultan de especial importancia para el tratamiento y el pronóstico. ¿Cuáles son los 3 factores que mejor diferencian la clase IIa de la clase IIb?

- a. Dolor en reposo, pérdida sensitiva y debilidad muscular.
- b. Palidez, relleno capilar enlentecido y ausencia de señal Doppler arterial.
- c. Dolor en reposo, palidez y debilidad muscular.
- d. Palidez, pérdida sensitiva y retorno venoso enlentecido.

23. Los K-Levels son una clasificación creada por los US Centers for Medicare and Medicaid Services para estratificar la habilidad funcional potencial en amputaciones. ¿Cuál de las siguientes definiciones de cada nivel es INCORRECTA?

- a. Nivel 1: Puede usar una prótesis para desplazarse o deambular por superficies sin desnivel.
- b. Nivel 2: Puede usar una prótesis para deambular por desniveles, pero no es capaz de subir escaleras.
- c. Nivel 3: Puede deambular con cadencia variable, superando la mayoría de las barreras arquitectónicas.
- d. Nivel 4: Puede deambular con ayuda protésica con una agilidad y habilidad que exceden las facultades de deambulación básicas. Típico de las demandas del niño, adulto activo o atletas.

24. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones en relación con las amputaciones de extremidad inferior es FALSA?

- a. La causa más frecuente de mortalidad en el postoperatorio tras una amputación de extremidad es la sepsis.
- b. La mortalidad a 30 días asociada a amputaciones mayores es de entre el 6% y 13%.
- c. Para las amputaciones menores, la tasa de mortalidad es menor, de entre el 2% y 4%.
- d. El cirujano debe asegurar adecuado aporte sanguíneo, suficiente tejido viable para la cobertura, así como estructura ósea intacta.

25. ¿Cuál de las siguientes NO es una indicación absoluta de fasciotomía en caso de Síndrome Compartimental?

- a. Flegmasia cerulea dolens.
- b. Compartimento a tensión en un paciente que no puede ser examinado de forma seriada debido a bajo nivel de conciencia.
- c. Dolor a la movilización pasiva sobre grupos musculares que atraviesan el mismo compartimento.
- d. Presión intercompartimental menos presión diastólica <10mmHg

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

26. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la clasificación del Síndrome de la Atrapamiento de la Arteria Poplítea (PAES) basada en la clasificación de Heidelberg:

- a. En el tipo II la arteria se desplaza lateralmente.
- b. En el tipo I la arteria completa su migración antes del desarrollo de la cabeza lateral del gastrocnemio, lo cual hace que la arteria se desplace hacia medial.
- c. El tipo III tiene lugar cuando existen remanentes embriológicos del gastrocnemio anteriores a la arteria poplítea.
- d. En el tipo V, la arteria y la vena poplíteas están ambas atrapadas por cualquiera de los mecanismos correspondientes a los tipos I, II, III y IV.

27. Respecto a la enfermedad oclusiva aorto-iliaca señale la respuesta INCORRECTA:

- a. La afectación de la arteria renal o de la mesentérica que precise reparación conjunta sólo se da en una minoría de pacientes.
- b. Aproximadamente 1/3 de los pacientes sintomáticos operados tienen oclusión significativa de la orificial profunda femoris y más del 40% en la arteria femoral superficial.
- c. La incidencia hombres:mujeres es de 5:1
- d. La enfermedad puede progresar hasta causar oclusión total de la aorta.

28. Señale la respuesta INCORRECTA en relación con el bypass extraanatómico femorofemoral

- a. Fue descrito por primera vez en 1952.
- b. El procedimiento implica desviar flujo sanguíneo del sistema iliaco a la pierna ipsilateral.
- c. El resultado hemodinámico es inferior al bypass aortofemoral
- d. Una posible causa de fallo de la técnica es la estenosis perianastomótica por hiperplasia intimal.

29. ¿La clasificación de la Fontaine resulta muy útil para clasificar los pacientes con isquemia crónica de miembros inferiores. Podría señalar cuál es la asociación CORRECTA

- a. El grado I de la Fontaine se define por claudicación leve.
- b. El grado IIa de la Fontaine corresponde a claudicación moderada.
- c. El grado IV de la Fontaine se define por presencia de dolor isquémico en reposo.
- d. El grado IIa de la Fontaine corresponde a la categoría 1 de Rutherford.

30. ¿Cuál de los siguientes NO es un factor de mal pronóstico del tratamiento endovascular infrainguinal?

- a. Sexo masculino
- b. Tabaquismo
- c. Diabetes mellitus
- d. Enfermedad renal crónica avanzada

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

31. La Sociedad Americana de enfermedades infecciosas, clasifica la severidad de la infección del pie diabético en 4 grados (1 el más leve y 4 el más severo). De acuerdo con esta clasificación, señale la falsa

- a. Grado 1: no existen signos clínicos de infección.
- b. Grado 2: infección local afectando únicamente a la piel y tejido celular subcutáneo, con posible aparición de eritema < 2 cm y absceso local.
- c. Grado 3: puede presentar osteomielitis y/o artritis séptica, pero sin signos de infección sistémica.
- d. Grado 4: presencia de signos de infección sistémica como fiebre > 38°C, taquicardia o taquipnea.

32. En cuanto a la artropatía de Charcot, señale la respuesta verdadera:

- a. Según la bibliografía publicada, afecta a aproximadamente un 20% de los pacientes con pie diabético.
- b. Cuando es requerida una intervención quirúrgica, el riesgo de amputación mayor es superior al 50%.
- c. Esta patología suele cursar con: edema, calor, deformidad y dolor.
- d. En caso de confirmarse mediante prueba de imagen la sospecha clínica de fractura, la primera medida a tomar es la inmovilización y la descarga, pudiendo estas fracturas presentar un periodo de consolidación entre 2 y 3 veces más prolongado que en un paciente no diabético.

33. En cuanto al pie diabético, señale la respuesta falsa:

- a. La úlcera por pie diabético es la causa más frecuente de amputación.
- b. Tras una amputación mayor, la extremidad inferior contralateral desarrollará una lesión seria en aproximadamente un 50% de los casos.
- c. La mortalidad a 5 años tras una amputación mayor en estos pacientes es de aproximadamente el 70%.
- d. La arteriopatía es la principal responsable del desarrollo de úlceras en el pie diabético. [FALSA: es la neuropatía].

34. En cuanto a la displasia fibromuscular de la arteria renal, señale la correcta:

- a. Es la causa más frecuente de estenosis de la arteria renal, por encima de la aterosclerosis.
- b. Es la causa más frecuente de hipertensión renal en gente joven, especialmente hombres caucásicos entre los 20 y los 40 años.
- c. Puede afectar a la adventicia, la media y la íntima arterial, siendo la capa arterial más frecuentemente afectada la media.
- d. Mediante angio-TC o angio-RM podemos excluir la presencia de displasia fibromuscular renal.

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

35. Todos los pacientes con un traumatismo abdominal severo, especialmente con un traumatismo vascular, tienen el riesgo de desarrollar un síndrome compartimental abdominal. En cuanto a esta complicación, señale la respuesta falsa:

- a. La presión intraabdominal normal en reposo en posición supina es cercana a 0 mmHg.
- b. Presiones intraabdominales por encima de 20-30 mmHg, están consideradas como indicación de descompresión quirúrgica.
- c. Está indicada la descompresión quirúrgica, en el caso de presiones intraabdominales menores de 20-30 mmHg, en presencia de disfunción orgánica de dos o más órganos.
- d. El síndrome compartimental abdominal se caracteriza por un abdomen a tensión, taquicardia con o sin hipotensión, disfunción respiratoria y oliguria.

36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa con respecto a los aneurismas de las extremidades inferiores?

- a. En los aneurismas verdaderos femorales la presentación clínica con isquemia de la extremidad es más frecuente que el hallazgo casual en paciente asintomático.
- b. Los injertos protésicos utilizados en la reparación quirúrgica de los aneurismas femorales presentan tasas de permeabilidad iguales o mejores que los venosos.
- c. La mayoría de pseudoaneurismas femorales menores de 2-3 cm de diámetro se trombosan espontáneamente y la estrategia de seguimiento mediante eco-doppler se considera segura.
- d. La mayoría de aneurismas verdaderos de la arteria femoral superficial se localizan en su tercio distal

37. Con respecto a los aneurismas de arterias viscerales ¿cuál es una afirmación falsa?

- a. En las mujeres embarazadas o en edad de gestación debería considerarse el tratamiento quirúrgico de los aneurismas esplénicos independientemente de su tamaño
- b. Los aneurismas esplénicos asociados a sintomatología miden de media unos 3 cm en su presentación
- c. La causa más frecuente de aneurismas de la mesentérica superior es la degenerativa-aterosclerótica.
- d. La asociación entre los aneurismas esplénicos y la hipertensión portal ha sido documentada

38. Respecto a los aneurismas de arteria carótida, ¿Cuál es falsa?

- a. En los pseudoaneurismas postendarterectomía los gérmenes patógenos más frecuentemente aislados son los estafilococos
- b. La clínica más frecuentemente asociada en el hallazgo de masa pulsátil indolora
- c. La mayoría de los eventos neurológicos que generan estos aneurismas son por embolización
- d. Se han descrito como bilaterales en el 30% de los casos

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

39. Con respecto a los paragangliomas que afectan a la bifurcación carotídea señale la verdadera:
- Se han asociado con un patrón de transmisión familiar autosómica dominante hasta en un 10% de los casos
  - Su origen es una estirpe de células receptoras de presión arterial ubicadas en la bifurcación
  - El origen embriológico del cuerpo carotídeo proviene del endodermo de la cresta neural y también del tejido mesodérmico del cuarto arco branquial
  - Son frecuentes los hallazgos histológicos mostrando polimorfismo nuclear y aumento de actividad mitótica celular
40. Con respecto a los cuadros de ateroembolismo señale la verdadera:
- La anticoagulación es la causa precipitante más frecuente en la actualidad
  - Entre las manifestaciones renales, la más frecuente es la presencia de infarto renal
  - Las placas de Hollenhorst aparecen en la piel
  - El tratamiento quirúrgico de la aorta torácica ateromatosa no se recomienda de forma rutinaria en pacientes asintomáticos para prevenir una posible embolización
41. Con respecto a la claudicación intermitente de extremidades inferiores por isquemia crónica señale la verdadera:
- No se ha logrado demostrar el beneficio del ejercicio controlado para mejorar la distancia sin claudicación
  - El riesgo de muerte de origen cardiológico es del 3-5% al año
  - La revascularización se recomienda lo más precozmente posible salvo que el riesgo quirúrgico sea alto
  - El dejar de fumar se asocia de forma inmediata a un aumento de la distancia de claudicación
42. Respecto al papel actual de la simpatectomía lumbar en cirugía vascular, señale la falsa:
- Una de las indicaciones actuales es la hiperhidrosis
  - Se realiza ocasionalmente en cuadros isquémicos de la mano, aunque la evidencia sobre su beneficio es escasa
  - En la isquemia crítica de la extremidad, los ensayos aleatorizados han demostrado beneficio claro en las tasas de amputación, mortalidad, mejoría del dolor de reposo y curación de lesiones isquémicas
  - En el síndrome de dolor regional complejo la simpatectomía se indica sólo en pacientes seleccionados
43. ¿Cuál de los siguientes tipos de la clasificación de Schatzker de fracturas de meseta tibial se asocia más frecuentemente a lesión de arteria poplítea?
- Tipo I
  - Tipo II
  - Tipo III
  - Tipo IV

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

44. Con respecto al síndrome postrombótico de extremidades inferiores señale la verdadera:
- a. Afecta a más del 70% de los pacientes con trombosis venosa profunda (TVP) en los primeros 2 años
  - b. La TVP recurrente ipsilateral no aumenta el riesgo de desarrollo de síndrome postrombótico
  - c. La trombosis de la vena poplítea se ha asociado a una mayor probabilidad de síndrome postrombótico
  - d. Aproximadamente el 80% de los pacientes con TVP presentan recanalización completa del segmento trombosado a los 6-9 meses
45. Entre las indicaciones basadas en evidencia científica para la colocación de filtro de cava en la enfermedad tromboembólica venosa NO se encuentra:
- a. Enfermedad tromboembólica documentada con contraindicación de anticoagulación
  - b. La presencia de trombo flotante a nivel iliocava
  - c. Enfermedad tromboembólica documentada con complicaciones de la anticoagulación
  - d. Embolismo pulmonar recurrente a pesar de la anticoagulación terapéutica
46. Con relación a la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores, ¿cuál es la falsa?
- a. La gangrena venosa ocurre habitualmente en pacientes con cáncer y generalmente se asocia a un déficit de proteína C mediado por warfarina
  - b. La falta de especificidad de los signos clínicos limita la utilidad de la exploración física del paciente
  - c. La concentración de dímero D aumenta durante los procesos de fibrinólisis
  - d. La principal limitación de la determinación de dímero D en el diagnóstico de trombosis venosa profunda es su baja sensibilidad
47. Con respecto al riesgo de desarrollar una trombosis venosa profunda en las extremidades inferiores, señale la falsa:
- a. El riesgo en pacientes con déficit de antitrombina heterocigoto está aumentado al doble
  - b. En pacientes con déficit de proteína C está aumentado al triple
  - c. En pacientes con déficit de proteína S está aumentado hasta 10 veces
  - d. En pacientes con mutación del factor V Leyden heterocigoto, la probabilidad de desarrollar una TVP sintomática a lo largo de su vida es de un 10%
48. ¿Cuál de estas variables no se incluye en la escala de Wells utilizada en el diagnóstico de trombosis venosa profunda?
- a. Signo de Homans
  - b. Paresia de la extremidad
  - c. Edema de la extremidad de al menos 3 cm superior al lado contralateral, medido a 10 cm por debajo de la tuberosidad tibial
  - d. TVP previa documentada de la misma extremidad

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

49. En la escala de Caprini utilizada en la valoración del riesgo de trombosis venosa profunda, ¿A cuál de estos factores se le otorga una menor puntuación en el aumento del riesgo?
- Anticoagulante lúpico
  - Daño medular en el mes previo
  - Artroplastia de cadera
  - Fractura de pelvis en el mes previo
50. Con respecto al síndrome de atrapamiento poplíteo, ¿cuál es la afirmación falsa?
- El tipo III se describe en relación con la persistencia de la arteria axial, persistiendo en una posición más profunda al músculo poplíteo o a bandas fibrosas
  - En la clasificación anatómo-patológica del síndrome, en el grado 1 existe fibrosis de la capa adventicia arterial
  - En la clasificación clínica del síndrome, el grado 1 se corresponde con dolor, parestesias y frialdad tras el ejercicio
  - En los tipo I y II de atrapamiento se recomienda el abordaje medial frente al posterior
51. Con respecto a la enfermedad quística adventicial, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- La arteria femoral común es la 2ª más afectada en frecuencia después de la poplíteo
  - Con el eco-Doppler se detecta una línea brillante fina pulsátil que delimita el quiste y la luz arterial
  - La angioplastia transluminal percutánea no se recomienda como opción de tratamiento
  - La aspiración del quiste asistida por ultrasonidos o TC es la opción de tratamiento más recomendada en la actualidad para la mayoría de pacientes
52. En referencia a los aneurismas de origen infeccioso, ¿qué afirmación es falsa?
- En la actualidad los más frecuentes son por embolización desde una endocarditis
  - Los aneurismas infecciosos de origen embolígeno desde el corazón son más frecuentes entre los 30 y los 50 años
  - La mortalidad de los aneurismas infecciosos de la aorta torácica es del 30-50%
  - El segmento aórtico más frecuentemente afectado es el infrarrenal
53. En la enfermedad de Takayasu, señale la verdadera:
- Se ha asociado al HLA -C tanto en Japón como en Estados Unidos
  - Se ha relacionado con glomerulonefritis
  - Se ha relacionado con unos niveles bajos de estrógenos
  - El examen histológico revela afectación únicamente de la íntima
54. Con respecto a la tromboangeitis obliterante señale la verdadera:
- Se ha relacionado con una mayor sensibilidad celular al colágeno tipo II
  - Son característicos de esta enfermedad la afectación de la lámina elástica interna y la desestructuración de la arquitectura de la pared vascular
  - Las arterias tibiales son las más afectadas
  - Los marcadores inflamatorios y los reactantes de fase aguda suelen encontrarse elevados desde fases precoces de la enfermedad

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

55. En referencia a la arteritis de la temporal, ¿cuál es la verdadera?
- Su incidencia aumenta exponencialmente a partir de los 80 años de edad
  - Se ha relacionado con HLA-A
  - Uno de los criterios diagnósticos es el aumento de la velocidad de sedimentación glomerular >20 mm /h
  - Los inhibidores del factor de necrosis tumoral- $\alpha$  son muy efectivos en el tratamiento
56. Con respecto al tratamiento médico de la isquemia de extremidades inferiores, ¿Cuál de los siguientes es un inhibidor de la fosfodiesterasa III?
- Pentoxifilina
  - Cilostazol
  - Buflomedilo
  - Naftidrofurilo
57. Con respecto al síndrome del estrecho torácico señale la afirmación verdadera:
- Afecta sobre todo a pacientes entre 50 y 70 años
  - Es más frecuente en mujeres, en probable relación con una mayor prevalencia de costilla cervical en ellas
  - El lugar más frecuente de compresión de la vena subclavia es el espacio del triángulo de los escalenos
  - La presencia de primeras costillas anómalas o costillas cervicales en la población general es de 5-10%
58. Con respecto al síndrome del estrecho torácico señale la falsa:
- Se denomina síndrome de McCleery cuando existe una compresión de la vena subclavia de forma intermitente, sin trombosis asociada
  - Coote publicó en 1861 el primer caso de resección de anomalía ósea en relación con un aneurisma de arteria subclavia
  - La compresión de la arteria subclavia y el plexo braquial se llamó inicialmente síndrome de Naffziger
  - Paget describió el síndrome de edema y dolor en la extremidad superior asociada a trombosis venosa en dicha extremidad
59. Con respecto a la planificación del tratamiento del síndrome de estrecho torácico con compresión arterial señale la falsa:
- En el grado 1 de la clasificación de Scher existe daño intimal arterial
  - En el grado 2 existe trombo mural
  - En caso de existencia de trombo mural se recomienda reconstrucción de la arteria subclavia
  - Si existe embolización distal se corresponde con un grado 3

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

60. Con respecto a los procedimientos de revascularización de las extremidades inferiores, ¿cuál de las siguientes conclusiones del ensayo BASIL es falsa?:

- a. La supervivencia libre de amputación al año no fue estadísticamente diferente entre el grupo de bypass y el grupo de angioplastia
- b. La supervivencia libre de amputación a los tres años fue estadísticamente superior en el grupo de bypass con respecto al grupo de angioplastia
- c. La mortalidad perioperatoria fue similar en ambos grupos
- d. No hubo diferencias estadísticamente significativas en calidad de vida entre ambos grupos.

61. Los investigadores del ensayo BASIL sugirieron unas recomendaciones de tratamiento para los pacientes con enfermedad obstructiva infrainguinal, entre las que no se encuentra:

- a. Antes de decidir un tratamiento mediante cirugía derivativa o mediante angioplastia se debería considerar la esperanza de vida del paciente
- b. En los pacientes con esperanza de vida menor a dos años se debería considerar como primera opción la angioplastia
- c. En los pacientes con esperanza de vida mayor a dos años se debería considerar la cirugía derivativa en primer lugar
- d. En aquellos pacientes sin vena apta como conducto, el uso de prótesis es preferible a la angioplastia

62. Con respecto al pronóstico de los pacientes con isquemia crónica de extremidades inferiores señale la falsa:

- a. En los pacientes con isquemia crónica con amenaza para la extremidad, la mortalidad de causa cardiovascular al año es de un 25%
- b. De los pacientes con claudicación intermitente, un 20% evolucionan a isquemia crónica con amenaza para la extremidad a lo largo de su vida
- c. En los pacientes con claudicación intermitente, el riesgo de amputación mayor de la extremidad es de un 1% al año
- d. En los pacientes con claudicación intermitente, el riesgo de muerte de origen cardíaco es de un 3-5% al año

63. Un paciente con isquemia crítica que presenta úlceras superficiales en tres dedos del pie, un índice tobillo/brazo=0,55 y signos de infección local en piel y tejido subcutáneo, corresponde con una clasificación WIfI:

- a. W1I2fI1
- b. W1I2fI2
- c. W2I1fI1
- d. W2I2fI1

64. En los países occidentales una serie de factores de riesgo se han relacionado con la aparición de enfermedad arterial periférica. ¿cuál de los siguientes presenta una Odds ratio menor para el desarrollo de la misma?

- a. Antecedentes de enfermedad cardiovascular
- b. Colesterol total aumentado
- c. Exfumador
- d. Hipertensión arterial

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

65. Con respecto a los aneurismas aislados de arterias ilíacas, señale la FALSA:
- En los de origen infeccioso, *Cándida* se encuentra entre los gérmenes encontrados con más frecuencia en la actualidad
  - Se desconoce el motivo por el que la afectación aneurismática de ilíaca externa es excepcional
  - Cuando la afectación aneurismática de la ilíaca común afecta solo a uno de los lados, durante su reparación quirúrgica la arteria ilíaca interna puede ser ligada sin consecuencias isquémicas significativas
  - Si se planifica tratamiento endovascular, en los de tipo A se recomienda tratamiento con dispositivo ramificado ilíaco para mantener flujo en hipogástrica
66. Con respecto al aneurisma de aorta abdominal roto señale la falsa:
- Ha disminuido su incidencia en los países occidentales en los últimos años
  - Los aneurismas rotos presentan de media una longitud de cuello menor que los tratados de forma electiva, lo que disminuye las opciones de ser apto para tratamiento endovascular
  - No está demostrado que la presencia de trombo mural en el aneurisma reduzca la presión en la pared y proteja frente a la rotura
  - El estudio mediante PET-TC ha demostrado ser útil para predecir la rotura
- 67.Cuál de las siguientes entidades es una displasia linfática generalizada?
- Enfermedad de Meige
  - Síndrome de Aagenaes
  - Síndrome de Hennekam
  - Síndrome de Emberger
68. Respecto a la fisiopatología de la aterosclerosis, ¿cuál de estas afirmaciones es falsa?
- La disfunción endotelial puede ser detectable antes de instaurarse la lesión histológica en el vaso
  - El espacio subendotelial es especialmente relevante, porque es donde las partículas aterogénicas son retenidas y modificadas para ser incorporadas por macrófagos y células musculares lisas
  - Las células musculares lisas presentes en las lesiones ateroscleróticas tienen una actividad más sintética de matriz extracelular, proteasas y citoquinas inflamatorias que de expresión de proteínas con actividad contráctil
  - La estría grasa, la primera lesión visible macroscópicamente, no es sudanofílica.
69. Respecto a los síndromes del tejido conectivo asociados al aneurisma de aorta abdominal, ¿cuál es la afirmación falsa?
- El síndrome de Marfan se hereda de forma autosómica dominante
  - El síndrome de Loeys-Dietz se hereda de forma autosómica dominante
  - El tipo de síndrome de Ehlers-Danlos asociado a afectación vascular es el tipo III y se hereda de forma autosómica dominante
  - En el síndrome de Ehlers-Danlos se genera alteración vascular por un defecto en la síntesis del colágeno tipo III

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

70. ¿Cuál de las siguientes NO es una contraindicación relativa para un acceso percutáneo durante la reparación endovascular del aneurisma aórtico?

- a. Placa femoral calcificada posterior
- b. Intensa fibrosis inguinal por intervenciones previas
- c. Enfermedad oclusiva ilíaca significativa proximal
- d. Sector arterial iliofemoral de pequeño diámetro

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En cuanto a los traumatismos vasculares abdominales, señale la respuesta verdadera:

- a. En el postoperatorio, tras ligadura de la vena cava inferior, no está indicado el uso de medidas compresivas de las extremidades inferiores.
- b. La vena renal izquierda es la estructura vascular más frecuentemente dañada en los traumatismos vasculares abdominales.
- c. La vena cava inferior es la estructura vascular más frecuentemente dañada en los traumatismos vasculares abdominales.
- d. La aorta abdominal infrarrenal es la estructura vascular más frecuentemente dañada en los traumatismos vasculares abdominales.

72. Acerca del manejo conservador de la insuficiencia venosa crónica, señale la respuesta falsa:

- a. En aquellos pacientes que experimentan mejoría clínica con el manejo conservador, no está indicado el tratamiento quirúrgico.
- b. Las recomendaciones iniciales más comunes son realizar ejercicio físico y la elevación de las extremidades inferiores unos 30 centímetros por encima de la altura del corazón, varias veces al día.
- c. En cuanto a la terapia compresiva, 60 mmHg es considerada la presión externa máxima segura ya que, por encima de esta presión, se ocluye el sistema venoso.
- d. En el grado C4-C6 de la enfermedad, están indicadas las medias de compresión grado 3 (compresión fuerte).

73. En cuanto a las indicaciones de interrupción de las venas perforantes incompetentes, señale la respuesta falsa:

- a. La presencia de una única vena perforante insuficiente ya justifica la interrupción de la misma.
- b. Esta técnica está indicada para promover la curación de las úlceras en pacientes con insuficiencia venosa crónica grado CEAP C6.
- c. Esta técnica está indicada para la disminución de la severidad de la insuficiencia venosa crónica y resolución de los síntomas en los grados CEAP C2s a C5s.
- d. Esta técnica está indicada en la prevención de la progresión a estadios más avanzados en pacientes con insuficiencia venosa crónica grado CEAP C4b.

ANGIOLOGÍA CIRUGÍA VASCULAR  
TEST

74. En cuanto al síndrome de congestión pélvica, señale la respuesta falsa:

- a. Es una patología más frecuente en mujeres jóvenes multíparas.
- b. La etiología más frecuente, es el reflujo secundario a incompetencia venosa pélvica y genital (vena ovárica).
- c. Cursa con dolor pélvico crónico (más de 6 meses), dispareunia y dismenorrea.
- d. La sintomatología afecta más frecuentemente de forma bilateral, aunque puede cursar con afectación unilateral.

75. En cuanto a la insuficiencia venosa crónica, señale la respuesta falsa:

- a. Generalmente existe incompetencia valvular del sistema venoso superficial, pero no está claro si es un factor inductor de la enfermedad o es la consecuencia de la dilatación de la pared venosa.
- b. Se trata de una enfermedad progresiva que no remite salvo tras el embarazo y el parto.
- c. Se trata de una enfermedad progresiva, en la que un gran porcentaje de los pacientes, acaban desarrollando úlceras venosas.
- d. Las complicaciones más frecuentes son: tromboflebitis superficial, varicorragia, eccema y ulceración.