

## CIRUGÍA TORÁCICA

1. Respecto a la anatomía del estrecho torácico superior, señale la respuesta VERDADERA:
  - a. El músculo escaleno medio se sitúa entre la arteria subclavia y el plexo braquial
  - b. La vena subclavia se sitúa posterior al músculo escaleno anterior.
  - c. El tronco arterial tirocervical derecho es rama de la porción superior del tronco arterial braquiocefálico.
  - d. El músculo escaleno posterior se inserta en la porción posterior de la segunda costilla.
  
2. Respecto a la anatomía quirúrgica pulmonar señale la respuesta que considera FALSA:
  - a. Respecto la irrigación del lóbulo superior derecho: la variante más común es un tronco anterior que se divide en dos y una arteria ascendente posterior única.
  - b. La arteria lingular supone el total del riego arterial de la llingula en la mayoría de los casos.
  - c. La arteria para el segmento seis izquierdo surge con mayor frecuencia distal al origen de la arteria lingular.
  - d. Respecto la irrigación del lóbulo inferior derecho: la variante más común es un tronco basal común y una arteria para el segmento seis única.
  
3. Respecto al consumo máximo de oxígeno durante el ejercicio ( $VO_2$  máximo) señale la respuesta VERDADERA.
  - a. Un  $VO_2$  máximo menor de 15 ml/kg/min caracteriza a un paciente como de riesgo extremadamente alto para una resección pulmonar mayor.
  - b. En estudios prospectivos, el  $VO_2$  máximo no ha podido ser identificado como un predictor independiente de complicaciones postoperatorias después de una resección pulmonar mayor.
  - c. Un  $VO_2$  máximo menor 35% del valor teórico generalmente se acepta como una contraindicación para las resecciones pulmonares anatómicas mayores.
  - d. Se considera que un  $VO_2$  máximo mayor de 15 ml/kg/min o mayor 85 % del valor teórico indica que el paciente está en riesgo normal para cualquier tipo de resección pulmonar anatómica mayor.
  
4. En la evaluación preoperatoria del paciente que vamos a someter a una cirugía torácica: diga cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:
  - a. El valor del consumo máximo de oxígeno durante el ejercicio ( $VO_{2max}$ ) menor de 15 mL/kg/min expresa un riesgo prohibitivo para una resección mayor.
  - b. El cálculo del valor predictivo postoperatorio del FEV1 es un cálculo habitual del riesgo postoperatorio, pacientes con valor por encima de 1000 mL pueden ser considerados de riesgo normal para una resección mayor.
  - c. La capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) es un factor independiente e importante de morbilidad y mortalidad postoperatoria en cirugía de resección pulmonar mayor.
  - d. Ante un valor predicho postoperatorio de la DLCO <40% para una resección mayor debemos solicitar la gammagrafía cuantificada de perfusión pulmonar.

## CIRUGÍA TORÁCICA

5. En cuanto al uso de la mediastinoscopia para el estadiaje mediastínico del cáncer de pulmón, señale la afirmación FALSA:
  - a. Es una técnica quirúrgica que a menudo se realiza como cirugía sin ingreso.
  - b. Rutinariamente, por lo menos, se obtiene la biopsia de 3 estaciones ganglionares.
  - c. La tasa de falsos negativos se ha estimado entre 12-15%, en grandes series retrospectiva.
  - d. En ausencia de PET, la mediastinoscopia es importante y necesaria en el cáncer de pulmón estadio I.
  
6. En lo referente a la aplicación del láser en la vía aérea señale la respuesta que considera VERDADERA:
  - a. El efecto térmico del láser depende del tipo y longitud de onda del dispositivo y es independiente de las características ópticas del tejido.
  - b. La coagulación se ve favorecida con una menor distancia del extremo de la sonda al tejido blanco.
  - c. El efecto térmico sobre el tejido continúa evolucionando durante las siguientes 48 a 96 horas y tiene el potencial de causar complicaciones tardías.
  - d. Para evitar una deflagración en la vía aérea, la fracción de oxígeno debe mantenerse lo más cerca posible del 80% cuando se activa el láser.
  
7. En lo referente a los factores postoperatorios en cirugía torácica señale la respuesta que considere FALSA:
  - a. Los pacientes que se someten a una cirugía mayor oncológica deben recibir profilaxis antitrombótica.
  - b. La obesidad es un factor de riesgo en el desarrollo de trombosis venosa profunda en el postoperatorio.
  - c. La causa más frecuente de reingreso después de una toracotomía son los problemas en la herida.
  - d. El enfoque más eficaz para la prevención de las atelectasias son los ejercicios preoperatorios con tos/respiración profunda y espirómetro incentivo y continuación de los mismos ejercicios en el postoperatorio con control adecuado del dolor.
  
8. En lo referente a la preparación preoperatoria de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención de cirugía torácica señale la respuesta que considere falsa:
  - a. Solo en los pacientes con EPOC de moderada a grave se demuestra el beneficio de un programa de rehabilitación pulmonar preoperatorio.
  - b. Los fumadores presentan una mayor tasa de neumonía postoperatoria.
  - c. El tabaquismo es un predictor independiente de disminución de la supervivencia global en pacientes con cáncer de pulmón.
  - d. El riesgo de complicaciones en la resección pulmonar está directamente relacionado con la cantidad de pulmón que se va a resecar.
  
9. En la fistula broncopleurales postneumonecтомía, señale la FALSA:
  - a. El cierre primario de la fistula es siempre un requisito.
  - b. La ventilación mecánica postoperatoria es factor de riesgo para su aparición.
  - c. Suele diagnosticarse más frecuentemente entre el 8°-12° día postoperatorio.
  - d. La vena acigos se puede usar como refuerzo peribronquial preventivo.

## CIRUGÍA TORÁCICA

10. En lo referente a las complicaciones postoperatorias de la cirugía pulmonar, señale la respuesta que considere verdadera:
- Las fístulas broncopleurales precoces suelen estar en relación con problemas técnicos.
  - Respecto a la fibrilación auricular postoperatoria, la mayoría de los episodios ocurren a partir de los 5 días posteriores a la cirugía.
  - La diabetes no se ha identificado como factor de riesgo de fístula broncopleural postoperatoria.
  - Las fístulas broncopleurales se relacionan con muñones bronquiales cortos.
11. En lo referente a las estenosis traqueales señale la respuesta que considere FALSA:
- El uso stents autoexpandibles endotraqueales, cubiertos o no, debe limitarse a enfermedades neoplásicas que no presenten otras posibilidades terapéuticas.
  - En la traqueobroncopatía osteoplástica la afectación suele comenzar en la región pericarinal y extenderse a lo largo de la tráquea hacia la región subglótica.
  - Un paciente sedentario puede tolerar de manera asintomática una estenosis traqueal hasta de 4-5 mm.
  - La traqueomalacia se define clásicamente como el colapso espiratorio de la pars membranosa posterior con una reducción del calibre traqueal anteroposterior de al menos el 50%
12. En lo referente los tumores traqueales señale la respuesta que considere VERDADERA:
- Los carcinomas adenoides quísticos se presentan con hemoptisis con más frecuencia que los carcinomas epidermoides.
  - El estridor es el síntoma inicial más frecuente.
  - Los tumores malignos suponen aproximadamente la mitad del total de los tumores traqueales.
  - Más de una cuarta parte de los pacientes con carcinoma traqueal de células escamosas presentan una resección pulmonar previa por cáncer.
13. En las malformaciones arteriovenosas pulmonares congénitas, señale que afirmación es falsa:
- El impacto de la malformación arteriovenosa pulmonar es un *shunt* derecho a izquierdo con el subsiguiente variable grado de cianosis.
  - El trasplante pulmonar no es un tratamiento indicado en esta patología.
  - La clínica puede incluir la derivada de la formación de absceso cerebral.
  - Se asocian a enfermedad de Osler-Weber-Rendu.
14. En las anomalías congénitas de pulmón, indique cuál de los siguientes enunciados es falso:
- El secuestro pulmonar es más frecuente intralobar basal izquierdo.
  - El enfisema lobar congénito es más frecuente en el lóbulo superior izquierdo.
  - La malformación adenoidea quística congénita podemos verla en la radiología como quiste único pulmonar y también como masa sólida pulmonar.
  - La agenesia traqueal suele ir asociada con fístula traqueo-esofágica.

## CIRUGÍA TORÁCICA

15. En las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, cuál de las siguientes es FALSA:
- Complicaciones tardías de un plomaje previo.
  - Gangrena pulmonar
  - Hemoptisis masiva
  - Ninguna de las anteriores es correcta
16. En el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar, señale la opción FALSA:
- La técnica de aspiración con aguja-trocar previene la ruptura y diseminación del quiste.
  - El lecho quirúrgico se protege siempre con suero salino hipertónico.
  - Es necesario preservar la mayor cantidad posible de tejido pulmonar.
  - El tratamiento con anti fúngicos (mebenazl/albendazol) solo se mantiene en la fase preoperatoria.
17. En los pacientes con una bulla gigante, cuál de éstas NO es indicación de tratamiento quirúrgico:
- Bulla única que ocupa menos del 30% del hemitórax.
  - Presencia de disnea con mínimos esfuerzos.
  - La sospecha de cáncer pulmonar en la proximidad de la bulla.
  - La presencia de hemoptisis.
18. En la cirugía de reducción de volumen pulmonar en el enfisema, indique cuál de las siguientes es falsa:
- La rehabilitación pulmonar preoperatoria es esencial para obtener resultados favorables.
  - Lo planteamos cuando se da la circunstancia de: marcado enfisema con distribución heterogénea con áreas de parénquima pulmonar no funcionante accesibles a la resección de parénquima.
  - Para plantear la opción de reducción de volumen en el enfisema la FEV1 deben ser superior al 45% del valor predicho si es inferior valoraremos trasplante pulmonar.
  - Hipertensión pulmonar con una sistólica media >35 mm Hg en ejercicio nos hará desestimar cirugía de reducción pulmonar en el enfisema, en tal caso valoraremos la posibilidad de trasplante pulmonar.
19. ¿Qué nivel de SUV está considerado el dintel para la diferenciación entre benignidad y malignidad de un nódulo pulmonar con el PET -CT?:
- 1.5
  - 2.0
  - 2.5
  - 1.8
20. El abordaje quirúrgico de los siguientes tumores del pulmón puede ser el de una resección segmentaria, salvo en uno de ellos, en el que se aconseja realizar una lobectomía con linfadenectomía. Señale la opción CORRECTA:
- Lipoma
  - Hamartoma
  - Leiomioma
  - Carcinoide atípico.

## CIRUGÍA TORÁCICA

21. En la resección pulmonar con complicaciones postoperatorias señale la respuesta que considere FALSA:
- El riesgo de infarto de miocardio alcanza su pico máximo dentro de los 5 a 7 días postoperatorios.
  - El edema pulmonar postneumectomía presenta una mortalidad del 50%.
  - El riesgo de quilotórax se incrementa en pacientes con tumores grandes, enfermedad ganglionar N2 positiva, en aquellos que han recibido tratamiento neoadyuvante y en intervenciones de lateralidad derecha.
  - Las pruebas de ejercicio preoperatorias anormales y la hipotensión intraoperatoria son predictores importantes del desarrollo de eventos isquémicos miocárdicos.
22. Entre las indicaciones de toracotomía de emergencia para la reanimación cardiopulmonar tras un trauma torácico, señale la opción falsa:
- Parada cardiaca con traumatismo torácico penetrante.
  - Shock persistente que no responde a las maniobras de resucitación.
  - Masiva fuga de aire por lesión de la tráquea cervical.
  - Hemotórax masivo (1500 ml de sangre fresca en la colocación del drenaje) o hemotórax persistente (>500 ml en la primera hora o >200 ml/h)
23. En el trasplante pulmonar, señale de los siguientes enunciados cuál es verdadero:
- Actualmente hay tendencia a intentar evitar la ventilación mecánica en el paciente en lista de trasplante, intentando como puente al trasplante asistencia extracorpórea con oxigenador de membrana (ECMO) con el paciente despierto.
  - En los pacientes con Eisenmenger no se plantea la rehabilitación preparatoria monitorizada mientras permanecen en lista de trasplante.
  - Un índice de masa corporal menor de 16 kg/m<sup>2</sup> no supone aumento de riesgo post trasplante.
  - La rehabilitación pretrasplante casi siempre mejora la tolerancia al ejercicio, así como las pruebas medibles de función pulmonar.
24. En los estadios de progresión del empiema de la *American Thoracic Society*, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- Define 3 estadios evolutivos por progresión de la enfermedad que sucede en un periodo entre 3 semanas a 6 meses.
  - Define la fase exudativa, fibrinopurulenta y organizativa.
  - En la fase fibrinopurulenta se deposita fibrina en ambas superficies pleurales.
  - La fase organizativa es donde más frecuentemente se desarrollan complicaciones.
25. En el tratamiento quirúrgico del mesotelioma pleural difuso maligno, en que situación no indicaría la pleuroneumectomía:
- Índice de Karnofsky menor de 70.
  - Función cardiaca con fracción de eyección de 50%.
  - Extensión limitada a hemitórax ipsilateral, sin paso transdiafragmático o transpericárdico.
  - FEV1 predicho postoperatorio de 0,9 litros.

## CIRUGÍA TORÁCICA

26. Acerca de la distrofia torácica restrictiva adquirida, señale la CORRECTA:
- La historia de los pacientes incluye una reparación de pectus carinatum en la edad temprana y posterior disnea progresiva.
  - El tórax es pequeño, estrecho y a veces en quilla, con reducción del diámetro anteroposterior, fallando la expansión en la inspiración.
  - Como causa existe una inapropiada técnica de Ravitch modificada con extirpación radical de los cartílagos costales a partir de la 1ª costilla.
  - Para prevenir su aparición se aconseja respetar los dos extremos de los cartílagos durante su resección.
27. Sobre el osteosarcoma de pared torácica, no es cierto:
- La mayoría se curan con resección quirúrgica.
  - Ocurre preferentemente en adolescentes y adultos jóvenes.
  - Se presenta como una masa de crecimiento rápido, dolorosa y con elevación de fosfatasa alcalina.
  - Se presenta frecuentemente como fractura patológica.
28. En la hernia de Bochdalek, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- Se produce por un cierre incompleto de la membrana embrionaria pleuroperitoneal.
  - Típicamente ocurren justo por el foramen de Bochdalek.
  - Son más frecuentes en el lado izquierdo.
  - En neonatos una hernia de Bochdalek grande normalmente supone una emergencia quirúrgica.
29. En los tumores germinales del mediastino, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- El mediastino es el segundo sitio en frecuencia de los tumores germinales.
  - El teratoma maduro es el más frecuente de los tumores germinales localizados en mediastino.
  - En el teratoma benigno con hallazgos típicos en la TC y niveles normales de marcadores tumorales (alfa fetoproteína y subunidad beta de la coriogonadotropina), es recomendable la resección quirúrgica completa.
  - El tumor germinal no seminomatoso no responde a la quimioterapia.
30. Sobre los tumores neurogénicos del mediastino, señale la afirmación FALSA:
- En el adulto, suelen proceder de la vaina nerviosa y el 98% son benignos
  - Los tumores neurogénicos benignos son candidatos a la resección mínimamente invasiva.
  - Si existe extensión intraespinal, se requiere un abordaje combinado espinal y torácico.
  - La aparición de un meningocele lateral en la región paravertebral torácica, es raro en pacientes con neurofibromatosis.

## CIRUGÍA TORÁCICA

31. Respecto al VAMLA (video-assisted mediastinal lymphadenectomy) señale la respuesta que considere FALSA:
- La complicación más común es la parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo, que representa aproximadamente el 3%.
  - El VAMLA presenta una tasa de complicaciones superior a la mediasdiastinoscopia convencional.
  - En la disección del territorio 7, en la mayoría de los casos, se observa una arteria bronquial que surge de la izquierda y cruza sobre el bronquio principal izquierdo contribuyendo a la irrigación de los ganglios linfáticos subcarinales.
  - La lobectomía VATS no se ve dificultada desde un punto de vista de disección técnica si se realiza a los pocos días de VAMLA, pero un intervalo de más de siete días dificulta la disección debido a la formación de adherencias.
32. Respecto a la ventilación mecánica señale la respuesta que considere FALSA:
- La ventilación con presión positiva puede provocar una disminución de la distensibilidad pulmonar y disfunción en el intercambio gaseoso.
  - La PEEP (presión de Final de Espiración Positiva - Positive end-expiratory pressure) puede reclutar un pulmón pobre y no aireado.
  - La PEEP puede lesionar las regiones aireadas del pulmón por sobredistensión.
  - El mecanismo lesional pulmonar inicial del volotrauma es una excesiva presión en la vía aérea.
33. Entre las siguientes situaciones en que se puede prescindir del consentimiento informado (CI). Señale la opción FALSA:
- Cuando existe un peligro inmediato y grave para el enfermo que obliga a actuar sin tiempo para obtener un CI.
  - En pacientes capaces para decidir que precisan un tratamiento poco útil.
  - Tratamientos exigidos por la ley, en los casos que hay un peligro de salud pública.
  - Cuando hay posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada.
34. En el derrame pleural maligno ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- El cáncer de pulmón y de mama son la etiología más frecuente de derrame pleural maligno.
  - La pleurodesis química está indicada para control sintomático.
  - Ante una obstrucción bronquial central con atelectasia que condiciona ausencia de expansión pulmonar está indicada la pleurodesis.
  - La pleurodesis química está indicada ante un derrame recurrente.
35. En lo referente a los quistes broncogénicos señale la afirmación que considere FALSA.
- Cuando adquieren cierto tamaño aparecen síntomas respiratorios como tos crónica e infección respiratoria recurrente.
  - En el examen histopatológico presentan epitelio estratificado, glándulas mucosas, tejido fibromuscular y también cartilaginoso.
  - El desarrollo de un tumor maligno a partir de un quiste broncogénico es un evento raro.
  - El manejo mediante observación de un quiste broncogénico asintomático es una opción viable.

## CIRUGÍA TORÁCICA

36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las vías de abordaje en cirugía torácica?:
- La toracotomía axilar permite un adecuado acceso a los vértices pulmonares.
  - La esternotomía está indicada en el abordaje de las neoplasias de mediastino posterior.
  - La toracotomía amiotómica impide el desarrollo de neuralgias intercostales.
  - La mediastinoscopia carece de indicaciones actualmente en la estadificación del carcinoma broncogénico
37. El índice de Tiffeneau se define como:
- Volumen espirado máximo en el primer segundo (VEMS) / capacidad pulmonar total (CPT).
  - VEMS / capacidad vital forzada (CVF).
  - CVF / CPT.
  - VEMS / capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLco).
38. ¿Qué fenómeno fisiopatológico ocurre durante una intervención quirúrgica de cirugía de resección pulmonar?
- Al encontrarse el paciente en decúbito lateral mejora su situación ventilatoria.
  - El colapso pulmonar por la ventilación selectiva reduce las resistencias pulmonares
  - El intercambio gaseoso se ve alterado por efecto del colapso pulmonar selectivo.
  - La monitorización del paciente impide la aparición de arritmias perioperatorias.
39. En cuanto al trabajo ventilatorio, una de las siguientes aseveraciones es cierta, indique de cuál se trata:
- Su valor puede calcularse a partir de la curva flujo-volumen.
  - El trabajo necesario para vencer las resistencias elásticas se denomina trabajo viscoso.
  - Las resistencias que se oponen al flujo aéreo no son significativas durante el trabajo ventilatorio.
  - En situaciones de ejercicio intenso, el trabajo ventilatorio puede suponer un 30% del consumo energético total.
40. Entre estas consideraciones relativas a la circulación pulmonar, sólo una es cierta; indique cuál de ellas:
- La hipercapnia es el principal estímulo inductor de hipertensión pulmonar.
  - El aumento del área transversal de la vasculatura pulmonar produce hipertensión.
  - La hipoxemia asociada a un tromboembolismo pulmonar es el principal factor responsable de la hipertensión que puede conllevar.
  - El aumento del gasto cardiaco se compensa habitualmente con un descenso de la resistencia vascular pulmonar.

## CIRUGÍA TORÁCICA

41. ¿Cuál de las siguientes consideraciones acerca de la traqueotomía es correcta?:
- La traqueotomía está indicada en el manejo de la obstrucción de las vías respiratorias bajas.
  - No permite el soporte ventilatorio prolongado o permanente.
  - Puede ser importante en la estrategia de corregir patologías laríngeas o traqueales complejas.
  - La indicación más común en adultos es la obstrucción de las vías respiratorias como resultado de un traumatismo, por lo general cerrado.
42. Respecto a la técnica de realización de traqueotomía abierta o percutánea, indique cuál de los siguientes supuestos es cierto:
- Los resultados de la traqueotomía percutánea son tan buenos y, en algunos casos, mejores que los de la traqueotomía abierta.
  - La traqueotomía percutánea con técnica de dilatadores múltiples presenta menor tasa de complicaciones que la técnica de dilatador único.
  - La traqueotomía percutánea presenta una mayor incidencia de sangrado que la traqueotomía abierta realizada en el quirófano.
  - El uso de equipos de traqueotomía percutánea sin cánula interna presenta una menor tasa de complicaciones por obstrucción.
43. En cuanto a las complicaciones de naturaleza técnica que pueden ocurrir en la cirugía traqueal, ¿Cuál de los siguientes supuestos es correcto?:
- Los granulomas extensos se extraen con pinzas de biopsia a través de un fibrobroncoscopio.
  - Si se produce una separación parcial o completa de la anastomosis en la primera semana postquirúrgica, puede estar indicada la colocación de un tubo en T.
  - Una fuga pequeña y muy temprana en una anastomosis, sin separación franca, carece de indicación quirúrgica.
  - Los pacientes que presentan lesiones traqueales y que están siendo ventilados son candidatos a una reconstrucción electiva.
44. Entre las técnicas que posibilitan la movilización traqueal para su adecuada reconstrucción tras una exéresis, sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta. Señale cuál es la correcta:
- La liberación laríngea suprahióidea para movilización traqueal aumenta el riesgo de odinofagia.
  - La división lateral de los ligamentos intercartilagosos de la tráquea permite obtener de forma segura una buena extensión de la longitud traqueal.
  - La movilización anterior roma a través de la incisión cervical utilizando el dedo índice es una maniobra de disección sin repercusión en la movilidad de la tráquea.
  - La liberación del hilio pulmonar derecho y del ligamento pulmonar homolateral puede ser de utilidad en el abordaje de la mitad inferior de la tráquea.

## CIRUGÍA TORÁCICA

45. ¿Cuál de las siguientes consideraciones es cierta respecto a las vías de abordaje para la cirugía de la vía aérea central?:
- Las lesiones malignas del tercio medio de la tráquea se abordan mejor desde el cuello, sin necesidad de combinarlo con un abordaje mediastínico.
  - La esternotomía media para permitir una disección más extendida en el mediastino generalmente se lleva a cabo a través del tercio superior del esternón, sin sección transversa del esternón en un hemilado.
  - La división de las venas innominadas es importante para la exposición traqueal durante el abordaje mediante esternotomía.
  - Las lesiones neoplásicas de la mitad inferior de la tráquea se abordan mejor mediante cervico-esternotomía.
46. En cuanto al tratamiento de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico en situación de enfermedad locorregionalmente avanzada, una de las siguientes afirmaciones es correcta, señálela:
- Los pacientes que presentan esterilización mediastínica tras neoadyuvancia no precisan rescate quirúrgico, pues este no incide en la mejora de la supervivencia.
  - Existe un consenso internacionalmente establecido en realizar una reestadificación quirúrgica del mediastino en los pacientes sometidos a tratamiento neoadyuvante.
  - Durante el tratamiento neoadyuvante, las interrupciones o prolongación de la terapia asociadas a toxicidad no se asocia con una disminución de la supervivencia.
  - La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia tienen riesgos para el paciente asociados con la terapia, que pueden ser acumulativos en el contexto multimodal.
47. Respecto al seguimiento de los pacientes con carcinoma broncogénico de células no pequeñas, indique la aseveración correcta:
- En los estadios I y II está indicada la realización de TAC toracoabdominal cada 6 meses durante los primeros 2-3 años.
  - El seguimiento con PET-TAC está especialmente indicado en los pacientes que han recibido tratamiento radioterápico.
  - La realización de fibrobronoscopias regularmente es mandatoria en el seguimiento de los pacientes con carcinoma broncogénico de células no pequeñas.
  - Las medidas de inmunización como la vacunación antigripal anual o antineumocócica están contraindicadas.
48. De entre las siguientes consideraciones en cuanto al tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico de células no pequeñas, señale respuesta la correcta:
- La segmentectomía y la resección en cuña deben lograr márgenes de resección del parénquima  $\geq 0,5$  cm o  $\geq$  de la mitad del tamaño del nódulo.
  - Los pacientes con hábito tabáquico activo no deben ser considerados candidatos a tratamiento quirúrgico, dadas su elevado riesgo de complicaciones postoperatorias.
  - La TC y la PET / TC empleadas para la estadificación clínica deben realizarse dentro de los 60 días previos a la intervención quirúrgica.
  - La cirugía mínimamente invasiva (incluida la cirugía robótica) deben considerarse aun cuando puedan comprometerse los principios oncológicos de la cirugía torácica.

## CIRUGÍA TORÁCICA

49. Los pacientes afectados por carcinoma broncogénico de células no pequeñas en estadio IV pueden presentar distintas indicaciones terapéuticas de índole quirúrgico. ¿Cuál de las siguientes es correcta?:
- La cirugía carece de indicación como procedimiento diagnóstico, evaluación de la respuesta a la terapia sistémica o paliación.
  - Se puede considerar la cirugía de resección pulmonar con intencionalidad terapéutica en pacientes muy seleccionados, como procedimiento de rescate.
  - En la enfermedad oligometastásica, la contribución de la cirugía es netamente superior frente a la RT como modalidad de tratamiento local.
  - Las lesiones solitarias en el pulmón contralateral deben, en la mayoría de los casos, ser consideradas como afectación metastásica y ser tratadas con terapia sistémica.
50. En relación con los pacientes con carcinoma broncogénico de células no pequeñas sometidos a tratamiento quirúrgico, indique cuál de los siguientes supuestos es correcto:
- La linfadenectomía sólo requiere el mapeo de los ganglios N1, y un mínimo de una estación mediastínica.
  - La disección formal de los ganglios linfáticos mediastínicos homolaterales no está indicada para pacientes sometidos a resección por enfermedad en estadio IIIA (N2) con buena respuesta al tratamiento neoadyuvante.
  - Los pacientes con estadio patológico II no requieren valoración de tratamiento adyuvante por parte de oncología médica, salvo petición expresa del paciente.
  - La presencia de derrames pleurales o pericárdicos positivos definen la resección como incompleta.
51. Entre los aspectos epidemiológicos más relevantes relativos al neumotórax espontáneo, indique la respuesta correcta:
- Son raros en personas mayores de 30 años.
  - El neumotórax espontáneo primario se presenta predominantemente en mujeres.
  - Existe una relación epidemiológica confirmada con las fluctuaciones de la presión atmosférica.
  - La homocistinuria puede cursar con neumotórax espontáneo.
52. En cuanto a la presentación clínico-radiológica de un neumotórax espontáneo, ¿cuál de las siguientes consideraciones es cierta?:
- La disnea es el síntoma de presentación más frecuente.
  - En la exploración, la percusión torácica sobre el hemitórax afectado puede ser timpánica.
  - La realización de TAC torácica de rutina está indicada como parte del protocolo de estudio.
  - Es determinante la estimación porcentual del volumen del neumotórax a partir de la radiografía de tórax en espiración.
53. En referencia a la cuantificación del tamaño de un neumotórax, una de las afirmaciones expuestas a continuación es verdadera, ¿De cuál se trata?:
- El índice de Rhea se basa en el promedio de la distancia interpleural obtenida a partir de tres mediciones lineales.
  - Según el American College of Chest Physician (ACCP), el neumotórax se considera grande si la distancia interpleural medida en el vértice es  $>2$  cm.
  - La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) considera parcial el neumotórax si la distancia interpleural medida en el vértice es  $<3$  cm.
  - El índice de Light es, por consenso, el internacionalmente más aceptado.

## CIRUGÍA TORÁCICA

54. El manejo terapéutico del neumotórax espontáneo ofrece distintas posibilidades. ¿Cuál de las siguientes es correcta?:
- Los pacientes con neumotórax marginales, pequeños, no presentan en ningún caso indicación de tratamiento mediante colocación de un drenaje pleural.
  - La oxigenoterapia carece de indicación en el manejo del neumotórax espontáneo.
  - El abordaje mediante toracotomía está indicado en los casos que requieren una intervención quirúrgica por presentar fuga aérea prolongada.
  - En caso de pacientes con neumotórax grande, pero paucisintomáticos, el manejo conservador con actitud expectante es una opción correcta.
55. En cuanto a posibles consideraciones respecto al transporte de los pacientes con neumotórax espontáneo, y posibles restricciones para actividades en el futuro, indique cuál de los siguientes supuestos es correcto:
- En caso de requerir un traslado para el tratamiento definitivo, es necesaria la colocación de un drenaje pleural antes del transporte.
  - La Asociación Médica Aeroespacial advierte que la presencia de bullas pulmonares en pacientes con antecedentes de neumotórax contraindica los desplazamientos aéreos.
  - Un antecedente de neumotórax no supone una contraindicación para la práctica de buceo si este se realiza con aire comprimido.
  - Las guías clínicas recomiendan esperar de 7 a 21 días a partir de la fecha de la resolución radiográfica antes de realizar un viaje en avión.
56. Entre los cuadros que pueden cursar con hipoventilación, se encuentra la hipoventilación alveolar central; una de estas características respecto a esta entidad es correcta, señale cuál de ellas:
- Consiste en insuficiencia del impulso respiratorio con un defecto primario específico neuromuscular de base.
  - El centro de control que presenta déficit funcional en esta entidad se localiza a nivel del tálamo encefálico.
  - La hipoventilación central congénita cursa en bebés que nacen con puntuaciones normales en test de Apgar.
  - Se observa una respuesta normal a la hipoxia o hipercapnia en pacientes con hipoventilación alveolar central.
57. De entre las siguientes afirmaciones sobre los cuadros patológicos que pueden ocasionar afectación transdiafragmática, identifique la que es verdadera:
- Los síndromes del diafragma poroso fueron descritos por primera vez por Kirschner en 1998; dichos poros pueden presentar morfología variable.
  - El paso transdiafragmático de aire o fluidos a través de los poros se realiza mediante transportadores activos que actúan a modo de esfínteres microscópicos.
  - No existe predominio en la incidencia en cuanto al lado de presentación del síndrome de diafragma poroso.
  - Los defectos porosos del diafragma son de etiopatogenia congénita, y se desenmascaran cuando se produce una afectación abdominal.

## CIRUGÍA TORÁCICA

58. Respecto a los cuadros clínicos con compromiso subfrénico y repercusión torácica, una de las siguientes aseveraciones enumeradas es correcta. ¿De cuál de ellas se trata?:
- Una vez desarrollado el cuadro, la evolución de la afectación torácica es independiente del tratamiento de la patología abdominal desencadenante.
  - La administración intraperitoneal de azul de metileno o de un trazador radiactivo puede ayudar a identificar los poros diafragmáticos.
  - El tratamiento inicial indicado es el cierre del defecto diafragmático que ha posibilitado la afectación torácica.
  - La pleurodesis está contraindicada en este conjunto de patologías.
59. ¿Cuál de las afirmaciones que se enumeran sobre la parálisis diafragmática es cierta?:
- En lactantes y niños pequeños, la parálisis unilateral puede causar problemas respiratorios graves y ser necesaria la ventilación mecánica.
  - La pérdida de capacidad respiratoria es irreversible tras presentarse una parálisis frénica.
  - En el adulto puede estar paralizado cualquiera de los dos hemidiafragmas, conllevando siempre síntomas respiratorios graves.
  - La parálisis diafragmática condiciona en el adulto un movimiento paradójico evidente de la porción inferior de la pared torácica/abdomen.
60. Sobre los marcapasos diafragmáticos, sólo una de las aseveraciones siguientes es verdadera, indíquela:
- La función pulmonar intrínseca del paciente no es un condicionante para su indicación.
  - Su implantación no está condicionada por la integridad de los nervios frénicos, aunque se requiere un buen funcionamiento del músculo diafragmático.
  - Esta técnica está limitada por el hecho de que el diafragma no es un sincitio eléctrico.
  - Los pacientes tetrapléjicos deben presentar el mismo grado de respuesta diafragmática con la estimulación del nervio frénico que los pacientes con ventilación espontánea.
61. La ingesta de productos corrosivos pueden conducir a estenosis esofágica. A continuación, se enumeran una serie de supuestos al respecto, de los que uno de ellos es correcto, ¿De cuál se trata?:
- Los ácidos se ingieren accidentalmente con más frecuencia que los álcalis, porque generalmente son inodoros.
  - Durante la fase aguda, la atención se centra en el tratamiento de las estenosis y las alteraciones en la deglución faríngea.
  - Fisiopatológicamente, los álcalis provocan una necrosis coagulativa que favorece su penetración.
  - El esófago se ve afectado de forma preferente y con mayor gravedad a nivel alto que en las porciones inferiores.

## CIRUGÍA TORÁCICA

62. Acerca del manejo de la afectación esofágica por agentes corrosivos, indique la opción correcta de entre las siguientes:
- En fase aguda es conveniente realizar una esofagoscopia y, si hay estenosis, se inician las dilataciones.
  - Las técnicas de dilatación anterógrada con bújia no ofrecen resultados satisfactorios.
  - Los mejores resultados de las dilataciones se obtienen cuando la estenosis se ha hecho sintomática.
  - El período de tiempo que el cirujano debe persistir con la dilatación antes de considerar la resección esofágica si la técnica fracasa, oscila entre 1 y 4 meses, con intervalos regulares entre dilataciones.
63. En el caso de lesiones esofágicas por agentes corrosivos, la intervención quirúrgica está indicada en uno de estos supuestos, señálelo:
- Fracaso de los procedimientos dilatadores entre 1 y 4 meses de evolución tras producirse las lesiones.
  - Irregularidad marcada y embolsamiento en la deglución de bario, evidenciado en el esofagograma.
  - Ausencia de fístulas que puedan comprometer el resultado de la cirugía.
  - Introducción de bújias progresiva y llamativamente mayores durante las maniobras dilatadoras, sugestiva de atonía irreversible de la pared esofágica.
64. Entre las causas de estenosis esofágica benigna del adulto encontramos todas las referidas seguidamente, entre otras; ¿cuál de las enumeradas es la más frecuente?:
- Esofagitis por ingesta de fármacos.
  - Compresión externa por procesos fibrosantes mediastínicos.
  - Asociada a determinadas enfermedades dermatológicas.
  - Enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga evolución.
65. En cuanto a los distintos aspectos relacionados con las estenosis esofágicas benignas, es cierto que:
- El grado de disfagia no guarda correlación con el alcance de la estenosis.
  - Los *stents* metálicos tienen una alta tasa de migración, obteniéndose mejores resultados con los *stents* de plástico autoexpandibles.
  - La ultrasonografía endoscópica está contraindicada en el estudio de estos cuadros por el riesgo de perforación esofágica.
  - El tratamiento inicial de elección es médico, aunque presenta una alta tasa de fracaso, lo que supone la necesidad de plantear una intervención quirúrgica a medio-largo plazo en una gran mayoría de casos.
66. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta ante el hallazgo de un nódulo pulmonar solitario?:
- Si el paciente no tiene antecedentes tabáquicos no es necesario profundizar en su estudio.
  - Todo nódulo mayor de 1 cm. debe ser considerado maligno.
  - Globalmente considerados, la etiología más probable son patologías benignas.
  - Un nódulo subpleural con espiculación y retracción de la pleura adyacente es altamente sugestivo de tuberculoma.

## CIRUGÍA TORÁCICA

67. ¿Qué determinación inmunohistoquímica nos apunta hacia el origen broncogénico en una lesión pulmonar con antecedentes de cáncer de colon?:
- CK20 (+)
  - TTF1 (-)
  - CK7 (+)
  - NSE (-)
68. ¿Cuál de las siguientes consideraciones acerca de la estadificación del carcinoma pulmonar es cierta?:
- La clasificación TNM empleada en carcinomas microcíticos y no microcíticos es la misma.
  - La 8ª edición de la clasificación TNM supuso un cambio radical en la categorización de la afectación N.
  - La clasificación TNM tiene un valor descriptivo sin correlación con el pronóstico de la enfermedad.
  - Para la clasificación por estadios no se considera la categoría T.
69. Respecto a las neoplasias pulmonares de bajo grado, ¿Qué afirmación de las siguientes es correcta?:
- El carcinoma mucoepidermoide se caracteriza por la coexistencia de dos tipos de células: epidermoides y mucosecretantes.
  - El carcinoma adenoide quístico asienta fundamentalmente en glándulas salivares siendo el pulmón la localización más frecuente cuando metastatiza.
  - El carcinoma neuroendocrino de bajo grado presenta una Ki67 mayor del 50% en el estudio inmunohistoquímico.
  - El pseudotumor inflamatorio no requiere tratamiento quirúrgico.
70. En cuanto al tratamiento de las metástasis pulmonares, señale la opción correcta:
- Todas las metástasis de sarcomas de partes blandas localizadas en el pulmón deben ser tratadas quirúrgicamente.
  - Aun cuando no exista un adecuado control de la neoplasia primaria se debe indicar la exéresis de las metástasis pulmonares.
  - La supervivencia es mejor cuanto menor sea el volumen de parénquima que requiera la exéresis de la metástasis, asegurando un buen margen oncológico.
  - El paciente debe ser intervenido para realizar citorreducción aunque la metástasis sea potencialmente irresecable.

### **PREGUNTAS DE RESERVA**

71. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos esperaríamos encontrar en la exploración de un paciente con neumotórax espontáneo?:
- Aumento de la transmisión de las vibraciones vocales.
  - Percusión timpánica sobre el hemitórax afectado.
  - Roncus y sibilancias a la auscultación.
  - Náuseas y cefalea

## CIRUGÍA TORÁCICA

72. En cuanto a los derrames pleurales, indique la respuesta correcta:
- Las biopsias pleurales obtienen mayor rentabilidad cuando se realizan con agujas específicas para dicha finalidad.
  - Los trasudados pleurales requieren necesariamente de la colocación de un drenaje pleural para su tratamiento.
  - Para su correcta caracterización etiopatogénica precisan de la realización de un estudio PET-TAC.
  - Un líquido pleural con alto contenido en glucosa es definitorio de empiema.
73. Sobre el papel de los drenajes pleurales, sólo una de las siguientes afirmaciones es correcta. Indica cuál de ellas:
- Se dirigen hacia el vértice para evacuar colecciones líquidas.
  - Su finalidad es la normalización de la apariencia radiológica para evitar confusiones en estudios radiológicos de seguimiento.
  - Pueden utilizarse conectados a un sistema de drenaje con o sin aplicación de succión.
  - Resultan esenciales para tratar el dolor derivado de una intervención quirúrgica.
74. Respecto al estudio del líquido pleural en la investigación etiopatogénica de un derrame pleural, ¿Cuál de los siguientes criterios correlaciona correctamente con el diagnóstico que se le atribuye?:
- Un líquido con un pH > 7,30 es diagnóstico de empiema.
  - La elevación de triglicéridos en un derrame pleural es diagnóstica de quilotórax.
  - Los derrames pleurales malignos cursan con aumento de los eosinófilos en el recuento diferencial.
  - El estudio citológico del líquido pleural sólo es efectivo en los derrames pleurales de origen autoinmune.
75. Ante un paciente con un traumatismo torácico penetrante deberemos:
- Dar prioridad a la sutura de la zona herida.
  - Intubar al paciente sistemáticamente.
  - Evitar la colocación de drenajes pleurales para evitar la iatrogenia.
  - Asegurar la adecuada situación ventilatoria.

## CIRUGÍA TORÁCICA

1. Respecto a la anatomía del estrecho torácico superior, señale la respuesta VERDADERA:
  - a. El músculo escaleno medio se sitúa entre la arteria subclavia y el plexo braquial
  - b. La vena subclavia se sitúa posterior al músculo escaleno anterior.
  - c. El tronco arterial tirocervical derecho es rama de la porción superior del tronco arterial braquiocefálico.
  - d. El músculo escaleno posterior se inserta en la porción posterior de la segunda costilla.
  
2. Respecto a la anatomía quirúrgica pulmonar señale la respuesta que considera FALSA:
  - a. Respecto la irrigación del lóbulo superior derecho: la variante más común es un tronco anterior que se divide en dos y una arteria ascendente posterior única.
  - b. La arteria lingular supone el total del riego arterial de la llingula en la mayoría de los casos.
  - c. La arteria para el segmento seis izquierdo surge con mayor frecuencia distal al origen de la arteria lingular.
  - d. Respecto la irrigación del lóbulo inferior derecho: la variante más común es un tronco basal común y una arteria para el segmento seis única.
  
3. Respecto al consumo máximo de oxígeno durante el ejercicio ( $VO_2$  máximo) señale la respuesta VERDADERA.
  - a. Un  $VO_2$  máximo menor de 15 ml/kg/min caracteriza a un paciente como de riesgo extremadamente alto para una resección pulmonar mayor.
  - b. En estudios prospectivos, el  $VO_2$  máximo no ha podido ser identificado como un predictor independiente de complicaciones postoperatorias después de una resección pulmonar mayor.
  - c. Un  $VO_2$  máximo menor 35% del valor teórico generalmente se acepta como una contraindicación para las resecciones pulmonares anatómicas mayores.
  - d. Se considera que un  $VO_2$  máximo mayor de 15 ml/kg/min o mayor 85 % del valor teórico indica que el paciente está en riesgo normal para cualquier tipo de resección pulmonar anatómica mayor.
  
4. En la evaluación preoperatoria del paciente que vamos a someter a una cirugía torácica: diga cuál de las siguientes afirmaciones es falsa:
  - a. El valor del consumo máximo de oxígeno durante el ejercicio ( $VO_{2max}$ ) menor de 15 mL/kg/min expresa un riesgo prohibitivo para una resección mayor.
  - b. El cálculo del valor predictivo postoperatorio del FEV1 es un cálculo habitual del riesgo postoperatorio, pacientes con valor por encima de 1000 mL pueden ser considerados de riesgo normal para una resección mayor.
  - c. La capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLCO) es un factor independiente e importante de morbilidad y mortalidad postoperatoria en cirugía de resección pulmonar mayor.
  - d. Ante un valor predicho postoperatorio de la DLCO <40% para una resección mayor debemos solicitar la gammagrafía cuantificada de perfusión pulmonar.

## CIRUGÍA TORÁCICA

5. En cuanto al uso de la mediastinoscopia para el estadiaje mediastínico del cáncer de pulmón, señale la afirmación FALSA:
  - a. Es una técnica quirúrgica que a menudo se realiza como cirugía sin ingreso.
  - b. Rutinariamente, por lo menos, se obtiene la biopsia de 3 estaciones ganglionares.
  - c. La tasa de falsos negativos se ha estimado entre 12-15%, en grandes series retrospectiva.
  - d. En ausencia de PET, la mediastinoscopia es importante y necesaria en el cáncer de pulmón estadio I.
  
6. En lo referente a la aplicación del láser en la vía aérea señale la respuesta que considera VERDADERA:
  - a. El efecto térmico del láser depende del tipo y longitud de onda del dispositivo y es independiente de las características ópticas del tejido.
  - b. La coagulación se ve favorecida con una menor distancia del extremo de la sonda al tejido blanco.
  - c. El efecto térmico sobre el tejido continúa evolucionando durante las siguientes 48 a 96 horas y tiene el potencial de causar complicaciones tardías.
  - d. Para evitar una deflagración en la vía aérea, la fracción de oxígeno debe mantenerse lo más cerca posible del 80% cuando se activa el láser.
  
7. En lo referente a los factores postoperatorios en cirugía torácica señale la respuesta que considere FALSA:
  - a. Los pacientes que se someten a una cirugía mayor oncológica deben recibir profilaxis antitrombótica.
  - b. La obesidad es un factor de riesgo en el desarrollo de trombosis venosa profunda en el postoperatorio.
  - c. La causa más frecuente de reingreso después de una toracotomía son los problemas en la herida.
  - d. El enfoque más eficaz para la prevención de las atelectasias son los ejercicios preoperatorios con tos/respiración profunda y espirómetro incentivo y continuación de los mismos ejercicios en el postoperatorio con control adecuado del dolor.
  
8. En lo referente a la preparación preoperatoria de los pacientes que van a ser sometidos a una intervención de cirugía torácica señale la respuesta que considere falsa:
  - a. Solo en los pacientes con EPOC de moderada a grave se demuestra el beneficio de un programa de rehabilitación pulmonar preoperatorio.
  - b. Los fumadores presentan una mayor tasa de neumonía postoperatoria.
  - c. El tabaquismo es un predictor independiente de disminución de la supervivencia global en pacientes con cáncer de pulmón.
  - d. El riesgo de complicaciones en la resección pulmonar está directamente relacionado con la cantidad de pulmón que se va a resecar.
  
9. En la fistula broncopleurales postneumectomía, señale la FALSA:
  - a. El cierre primario de la fistula es siempre un requisito.
  - b. La ventilación mecánica postoperatoria es factor de riesgo para su aparición.
  - c. Suele diagnosticarse más frecuentemente entre el 8°-12° día postoperatorio.
  - d. La vena acigos se puede usar como refuerzo peribronquial preventivo.

## CIRUGÍA TORÁCICA

10. En lo referente a las complicaciones postoperatorias de la cirugía pulmonar, señale la respuesta que considere verdadera:
- Las fístulas broncopleurales precoces suelen estar en relación con problemas técnicos.
  - Respecto a la fibrilación auricular postoperatoria, la mayoría de los episodios ocurren a partir de los 5 días posteriores a la cirugía.
  - La diabetes no se ha identificado como factor de riesgo de fístula broncopleural postoperatoria.
  - Las fístulas broncopleurales se relacionan con muñones bronquiales cortos.
11. En lo referente a las estenosis traqueales señale la respuesta que considere FALSA:
- El uso stents autoexpandibles endotraqueales, cubiertos o no, debe limitarse a enfermedades neoplásicas que no presenten otras posibilidades terapéuticas.
  - En la traqueobroncopatía osteoplástica la afectación suele comenzar en la región pericarinal y extenderse a lo largo de la tráquea hacia la región subglótica.
  - Un paciente sedentario puede tolerar de manera asintomática una estenosis traqueal hasta de 4-5 mm.
  - La traqueomalacia se define clásicamente como el colapso espiratorio de la pars membranosa posterior con una reducción del calibre traqueal anteroposterior de al menos el 50%
12. En lo referente los tumores traqueales señale la respuesta que considere VERDADERA:
- Los carcinomas adenoides quísticos se presentan con hemoptisis con más frecuencia que los carcinomas epidermoides.
  - El estridor es el síntoma inicial más frecuente.
  - Los tumores malignos suponen aproximadamente la mitad del total de los tumores traqueales.
  - Más de una cuarta parte de los pacientes con carcinoma traqueal de células escamosas presentan una resección pulmonar previa por cáncer.
13. En las malformaciones arteriovenosas pulmonares congénitas, señale que afirmación es falsa:
- El impacto de la malformación arteriovenosa pulmonar es un *shunt* derecho a izquierdo con el subsiguiente variable grado de cianosis.
  - El trasplante pulmonar no es un tratamiento indicado en esta patología.
  - La clínica puede incluir la derivada de la formación de absceso cerebral.
  - Se asocian a enfermedad de Osler-Weber-Rendu.
14. En las anomalías congénitas de pulmón, indique cuál de los siguientes enunciados es falso:
- El secuestro pulmonar es más frecuente intralobar basal izquierdo.
  - El enfisema lobar congénito es más frecuente en el lóbulo superior izquierdo.
  - La malformación adenoidea quística congénita podemos verla en la radiología como quiste único pulmonar y también como masa sólida pulmonar.
  - La agenesia traqueal suele ir asociada con fístula traqueo-esofágica.

## CIRUGÍA TORÁCICA

15. En las indicaciones de tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar, cuál de las siguientes es FALSA:
- Complicaciones tardías de un plomaje previo.
  - Gangrena pulmonar
  - Hemoptisis masiva
  - Ninguna de las anteriores es correcta
16. En el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar, señale la opción FALSA:
- La técnica de aspiración con aguja-trocar previene la ruptura y diseminación del quiste.
  - El lecho quirúrgico se protege siempre con suero salino hipertónico.
  - Es necesario preservar la mayor cantidad posible de tejido pulmonar.
  - El tratamiento con anti fúngicos (mebenazl/albendazol) solo se mantiene en la fase preoperatoria.
17. En los pacientes con una bulla gigante, cuál de éstas NO es indicación de tratamiento quirúrgico:
- Bulla única que ocupa menos del 30% del hemitórax.
  - Presencia de disnea con mínimos esfuerzos.
  - La sospecha de cáncer pulmonar en la proximidad de la bulla.
  - La presencia de hemoptisis.
18. En la cirugía de reducción de volumen pulmonar en el enfisema, indique cuál de las siguientes es falsa:
- La rehabilitación pulmonar preoperatoria es esencial para obtener resultados favorables.
  - Lo planteamos cuando se da la circunstancia de: marcado enfisema con distribución heterogénea con áreas de parénquima pulmonar no funcionante accesibles a la resección de parénquima.
  - Para plantear la opción de reducción de volumen en el enfisema la FEV1 deben ser superior al 45% del valor predicho si es inferior valoraremos trasplante pulmonar.
  - Hipertensión pulmonar con una sistólica media >35 mm Hg en ejercicio nos hará desestimar cirugía de reducción pulmonar en el enfisema, en tal caso valoraremos la posibilidad de trasplante pulmonar.
19. ¿Qué nivel de SUV está considerado el dintel para la diferenciación entre benignidad y malignidad de un nódulo pulmonar con el PET -CT?:
- 1.5
  - 2.0
  - 2.5
  - 1.8
20. El abordaje quirúrgico de los siguientes tumores del pulmón puede ser el de una resección segmentaria, salvo en uno de ellos, en el que se aconseja realizar una lobectomía con linfadenectomía. Señale la opción CORRECTA:
- Lipoma
  - Hamartoma
  - Leiomioma
  - Carcinoide atípico.

## CIRUGÍA TORÁCICA

21. En la resección pulmonar con complicaciones postoperatorias señale la respuesta que considere FALSA:
- El riesgo de infarto de miocardio alcanza su pico máximo dentro de los 5 a 7 días postoperatorios.
  - El edema pulmonar postneumectomía presenta una mortalidad del 50%.
  - El riesgo de quilotórax se incrementa en pacientes con tumores grandes, enfermedad ganglionar N2 positiva, en aquellos que han recibido tratamiento neoadyuvante y en intervenciones de lateralidad derecha.
  - Las pruebas de ejercicio preoperatorias anormales y la hipotensión intraoperatoria son predictores importantes del desarrollo de eventos isquémicos miocárdicos.
22. Entre las indicaciones de toracotomía de emergencia para la reanimación cardiopulmonar tras un trauma torácico, señale la opción falsa:
- Parada cardiaca con traumatismo torácico penetrante.
  - Shock persistente que no responde a las maniobras de resucitación.
  - Masiva fuga de aire por lesión de la tráquea cervical.
  - Hemotórax masivo (1500 ml de sangre fresca en la colocación del drenaje) o hemotórax persistente (>500 ml en la primera hora o >200 ml/h)
23. En el trasplante pulmonar, señale de los siguientes enunciados cuál es verdadero:
- Actualmente hay tendencia a intentar evitar la ventilación mecánica en el paciente en lista de trasplante, intentando como puente al trasplante asistencia extracorpórea con oxigenador de membrana (ECMO) con el paciente despierto.
  - En los pacientes con Eisenmenger no se plantea la rehabilitación preparatoria monitorizada mientras permanecen en lista de trasplante.
  - Un índice de masa corporal menor de 16 kg/m<sup>2</sup> no supone aumento de riesgo post trasplante.
  - La rehabilitación pretrasplante casi siempre mejora la tolerancia al ejercicio, así como las pruebas medibles de función pulmonar.
24. En los estadios de progresión del empiema de la *American Thoracic Society*, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- Define 3 estadios evolutivos por progresión de la enfermedad que sucede en un periodo entre 3 semanas a 6 meses.
  - Define la fase exudativa, fibrinopurulenta y organizativa.
  - En la fase fibrinopurulenta se deposita fibrina en ambas superficies pleurales.
  - La fase organizativa es donde más frecuentemente se desarrollan complicaciones.
25. En el tratamiento quirúrgico del mesotelioma pleural difuso maligno, en que situación no indicaría la pleuroneumectomía:
- Índice de Karnofsky menor de 70.
  - Función cardiaca con fracción de eyección de 50%.
  - Extensión limitada a hemitórax ipsilateral, sin paso transdiafragmático o transpericárdico.
  - FEV1 predicho postoperatorio de 0,9 litros.

## CIRUGÍA TORÁCICA

26. Acerca de la distrofia torácica restrictiva adquirida, señale la CORRECTA:
- La historia de los pacientes incluye una reparación de pectus carinatum en la edad temprana y posterior disnea progresiva.
  - El tórax es pequeño, estrecho y a veces en quilla, con reducción del diámetro anteroposterior, fallando la expansión en la inspiración.
  - Como causa existe una inapropiada técnica de Ravitch modificada con extirpación radical de los cartílagos costales a partir de la 1ª costilla.
  - Para prevenir su aparición se aconseja respetar los dos extremos de los cartílagos durante su resección.
27. Sobre el osteosarcoma de pared torácica, no es cierto:
- La mayoría se curan con resección quirúrgica.
  - Ocurre preferentemente en adolescentes y adultos jóvenes.
  - Se presenta como una masa de crecimiento rápido, dolorosa y con elevación de fosfatasa alcalina.
  - Se presenta frecuentemente como fractura patológica.
28. En la hernia de Bochdalek, ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es falsa?
- Se produce por un cierre incompleto de la membrana embrionaria pleuroperitoneal.
  - Típicamente ocurren justo por el foramen de Bochdalek.
  - Son más frecuentes en el lado izquierdo.
  - En neonatos una hernia de Bochdalek grande normalmente supone una emergencia quirúrgica.
29. En los tumores germinales del mediastino, ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- El mediastino es el segundo sitio en frecuencia de los tumores germinales.
  - El teratoma maduro es el más frecuente de los tumores germinales localizados en mediastino.
  - En el teratoma benigno con hallazgos típicos en la TC y niveles normales de marcadores tumorales (alfa fetoproteína y subunidad beta de la coriogonadotropina), es recomendable la resección quirúrgica completa.
  - El tumor germinal no seminomatoso no responde a la quimioterapia.
30. Sobre los tumores neurogénicos del mediastino, señale la afirmación FALSA:
- En el adulto, suelen proceder de la vaina nerviosa y el 98% son benignos
  - Los tumores neurogénicos benignos son candidatos a la resección mínimamente invasiva.
  - Si existe extensión intraespinal, se requiere un abordaje combinado espinal y torácico.
  - La aparición de un meningocele lateral en la región paravertebral torácica, es raro en pacientes con neurofibromatosis.

## CIRUGÍA TORÁCICA

31. Respecto al VAMLA (video-assisted mediastinal lymphadenectomy) señale la respuesta que considere FALSA:
- La complicación más común es la parálisis del nervio laríngeo recurrente izquierdo, que representa aproximadamente el 3%.
  - El VAMLA presenta una tasa de complicaciones superior a la mediasdiastinoscopia convencional.
  - En la disección del territorio 7, en la mayoría de los casos, se observa una arteria bronquial que surge de la izquierda y cruza sobre el bronquio principal izquierdo contribuyendo a la irrigación de los ganglios linfáticos subcarinales.
  - La lobectomía VATS no se ve dificultada desde un punto de vista de disección técnica si se realiza a los pocos días de VAMLA, pero un intervalo de más de siete días dificulta la disección debido a la formación de adherencias.
32. Respecto a la ventilación mecánica señale la respuesta que considere FALSA:
- La ventilación con presión positiva puede provocar una disminución de la distensibilidad pulmonar y disfunción en el intercambio gaseoso.
  - La PEEP (presión de Final de Espiración Positiva - Positive end-expiratory pressure) puede reclutar un pulmón pobre y no aireado.
  - La PEEP puede lesionar las regiones aireadas del pulmón por sobredistensión.
  - El mecanismo lesional pulmonar inicial del volotrauma es una excesiva presión en la vía aérea.
33. Entre las siguientes situaciones en que se puede prescindir del consentimiento informado (CI). Señale la opción FALSA:
- Cuando existe un peligro inmediato y grave para el enfermo que obliga a actuar sin tiempo para obtener un CI.
  - En pacientes capaces para decidir que precisan un tratamiento poco útil.
  - Tratamientos exigidos por la ley, en los casos que hay un peligro de salud pública.
  - Cuando hay posibilidad de corregir una alteración inesperada en el seno de otra intervención programada.
34. En el derrame pleural maligno ¿Cuál de las siguientes aseveraciones es falsa?:
- El cáncer de pulmón y de mama son la etiología más frecuente de derrame pleural maligno.
  - La pleurodesis química está indicada para control sintomático.
  - Ante una obstrucción bronquial central con atelectasia que condiciona ausencia de expansión pulmonar está indicada la pleurodesis.
  - La pleurodesis química está indicada ante un derrame recurrente.
35. En lo referente a los quistes broncogénicos señale la afirmación que considere FALSA.
- Cuando adquieren cierto tamaño aparecen síntomas respiratorios como tos crónica e infección respiratoria recurrente.
  - En el examen histopatológico presentan epitelio estratificado, glándulas mucosas, tejido fibromuscular y también cartilaginoso.
  - El desarrollo de un tumor maligno a partir de un quiste broncogénico es un evento raro.
  - El manejo mediante observación de un quiste broncogénico asintomático es una opción viable.

## CIRUGÍA TORÁCICA

36. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las vías de abordaje en cirugía torácica?:
- La toracotomía axilar permite un adecuado acceso a los vértices pulmonares.
  - La esternotomía está indicada en el abordaje de las neoplasias de mediastino posterior.
  - La toracotomía amiotómica impide el desarrollo de neuralgias intercostales.
  - La mediastinoscopia carece de indicaciones actualmente en la estadificación del carcinoma broncogénico
37. El índice de Tiffeneau se define como:
- Volumen espirado máximo en el primer segundo (VEMS) / capacidad pulmonar total (CPT).
  - VEMS / capacidad vital forzada (CVF).
  - CVF / CPT.
  - VEMS / capacidad de difusión del monóxido de carbono (DLco).
38. ¿Qué fenómeno fisiopatológico ocurre durante una intervención quirúrgica de cirugía de resección pulmonar?
- Al encontrarse el paciente en decúbito lateral mejora su situación ventilatoria.
  - El colapso pulmonar por la ventilación selectiva reduce las resistencias pulmonares
  - El intercambio gaseoso se ve alterado por efecto del colapso pulmonar selectivo.
  - La monitorización del paciente impide la aparición de arritmias perioperatorias.
39. En cuanto al trabajo ventilatorio, una de las siguientes aseveraciones es cierta, indique de cuál se trata:
- Su valor puede calcularse a partir de la curva flujo-volumen.
  - El trabajo necesario para vencer las resistencias elásticas se denomina trabajo viscoso.
  - Las resistencias que se oponen al flujo aéreo no son significativas durante el trabajo ventilatorio.
  - En situaciones de ejercicio intenso, el trabajo ventilatorio puede suponer un 30% del consumo energético total.
40. Entre estas consideraciones relativas a la circulación pulmonar, sólo una es cierta; indique cuál de ellas:
- La hipercapnia es el principal estímulo inductor de hipertensión pulmonar.
  - El aumento del área transversal de la vasculatura pulmonar produce hipertensión.
  - La hipoxemia asociada a un tromboembolismo pulmonar es el principal factor responsable de la hipertensión que puede conllevar.
  - El aumento del gasto cardiaco se compensa habitualmente con un descenso de la resistencia vascular pulmonar.

## CIRUGÍA TORÁCICA

41. ¿Cuál de las siguientes consideraciones acerca de la traqueotomía es correcta?:
- La traqueotomía está indicada en el manejo de la obstrucción de las vías respiratorias bajas.
  - No permite el soporte ventilatorio prolongado o permanente.
  - Puede ser importante en la estrategia de corregir patologías laríngeas o traqueales complejas.
  - La indicación más común en adultos es la obstrucción de las vías respiratorias como resultado de un traumatismo, por lo general cerrado.
42. Respecto a la técnica de realización de traqueotomía abierta o percutánea, indique cuál de los siguientes supuestos es cierto:
- Los resultados de la traqueotomía percutánea son tan buenos y, en algunos casos, mejores que los de la traqueotomía abierta.
  - La traqueotomía percutánea con técnica de dilatadores múltiples presenta menor tasa de complicaciones que la técnica de dilatador único.
  - La traqueotomía percutánea presenta una mayor incidencia de sangrado que la traqueotomía abierta realizada en el quirófano.
  - El uso de equipos de traqueotomía percutánea sin cánula interna presenta una menor tasa de complicaciones por obstrucción.
43. En cuanto a las complicaciones de naturaleza técnica que pueden ocurrir en la cirugía traqueal, ¿Cuál de los siguientes supuestos es correcto?:
- Los granulomas extensos se extraen con pinzas de biopsia a través de un fibrobroncoscopio.
  - Si se produce una separación parcial o completa de la anastomosis en la primera semana postquirúrgica, puede estar indicada la colocación de un tubo en T.
  - Una fuga pequeña y muy temprana en una anastomosis, sin separación franca, carece de indicación quirúrgica.
  - Los pacientes que presentan lesiones traqueales y que están siendo ventilados son candidatos a una reconstrucción electiva.
44. Entre las técnicas que posibilitan la movilización traqueal para su adecuada reconstrucción tras una exéresis, sólo una de las siguientes afirmaciones es cierta. Señale cuál es la correcta:
- La liberación laríngea suprahiodea para movilización traqueal aumenta el riesgo de odinofagia.
  - La división lateral de los ligamentos intercartilagosos de la tráquea permite obtener de forma segura una buena extensión de la longitud traqueal.
  - La movilización anterior roma a través de la incisión cervical utilizando el dedo índice es una maniobra de disección sin repercusión en la movilidad de la tráquea.
  - La liberación del hilio pulmonar derecho y del ligamento pulmonar homolateral puede ser de utilidad en el abordaje de la mitad inferior de la tráquea.

## CIRUGÍA TORÁCICA

45. ¿Cuál de las siguientes consideraciones es cierta respecto a las vías de abordaje para la cirugía de la vía aérea central?:
- Las lesiones malignas del tercio medio de la tráquea se abordan mejor desde el cuello, sin necesidad de combinarlo con un abordaje mediastínico.
  - La esternotomía media para permitir una disección más extendida en el mediastino generalmente se lleva a cabo a través del tercio superior del esternón, sin sección transversa del esternón en un hemilado.
  - La división de las venas innominadas es importante para la exposición traqueal durante el abordaje mediante esternotomía.
  - Las lesiones neoplásicas de la mitad inferior de la tráquea se abordan mejor mediante cervico-esternotomía.
46. En cuanto al tratamiento de los pacientes con cáncer de pulmón no microcítico en situación de enfermedad locorregionalmente avanzada, una de las siguientes afirmaciones es correcta, señálela:
- Los pacientes que presentan esterilización mediastínica tras neoadyuvancia no precisan rescate quirúrgico, pues este no incide en la mejora de la supervivencia.
  - Existe un consenso internacionalmente establecido en realizar una reestadificación quirúrgica del mediastino en los pacientes sometidos a tratamiento neoadyuvante.
  - Durante el tratamiento neoadyuvante, las interrupciones o prolongación de la terapia asociadas a toxicidad no se asocia con una disminución de la supervivencia.
  - La cirugía, la quimioterapia y la radioterapia tienen riesgos para el paciente asociados con la terapia, que pueden ser acumulativos en el contexto multimodal.
47. Respecto al seguimiento de los pacientes con carcinoma broncogénico de células no pequeñas, indique la aseveración correcta:
- En los estadios I y II está indicada la realización de TAC toracoabdominal cada 6 meses durante los primeros 2-3 años.
  - El seguimiento con PET-TAC está especialmente indicado en los pacientes que han recibido tratamiento radioterápico.
  - La realización de fibrobronoscopias regularmente es mandatoria en el seguimiento de los pacientes con carcinoma broncogénico de células no pequeñas.
  - Las medidas de inmunización como la vacunación antigripal anual o antineumocócica están contraindicadas.
48. De entre las siguientes consideraciones en cuanto al tratamiento quirúrgico del carcinoma broncogénico de células no pequeñas, señale respuesta la correcta:
- La segmentectomía y la resección en cuña deben lograr márgenes de resección del parénquima  $\geq 0,5$  cm o  $\geq$  de la mitad del tamaño del nódulo.
  - Los pacientes con hábito tabáquico activo no deben ser considerados candidatos a tratamiento quirúrgico, dadas su elevado riesgo de complicaciones postoperatorias.
  - La TC y la PET / TC empleadas para la estadificación clínica deben realizarse dentro de los 60 días previos a la intervención quirúrgica.
  - La cirugía mínimamente invasiva (incluida la cirugía robótica) deben considerarse aun cuando puedan comprometerse los principios oncológicos de la cirugía torácica.

## CIRUGÍA TORÁCICA

49. Los pacientes afectados por carcinoma broncogénico de células no pequeñas en estadio IV pueden presentar distintas indicaciones terapéuticas de índole quirúrgico. ¿Cuál de las siguientes es correcta?:
- La cirugía carece de indicación como procedimiento diagnóstico, evaluación de la respuesta a la terapia sistémica o paliación.
  - Se puede considerar la cirugía de resección pulmonar con intencionalidad terapéutica en pacientes muy seleccionados, como procedimiento de rescate.
  - En la enfermedad oligometastásica, la contribución de la cirugía es netamente superior frente a la RT como modalidad de tratamiento local.
  - Las lesiones solitarias en el pulmón contralateral deben, en la mayoría de los casos, ser consideradas como afectación metastásica y ser tratadas con terapia sistémica.
50. En relación con los pacientes con carcinoma broncogénico de células no pequeñas sometidos a tratamiento quirúrgico, indique cuál de los siguientes supuestos es correcto:
- La linfadenectomía sólo requiere el mapeo de los ganglios N1, y un mínimo de una estación mediastínica.
  - La disección formal de los ganglios linfáticos mediastínicos homolaterales no está indicada para pacientes sometidos a resección por enfermedad en estadio IIIA (N2) con buena respuesta al tratamiento neoadyuvante.
  - Los pacientes con estadio patológico II no requieren valoración de tratamiento adyuvante por parte de oncología médica, salvo petición expresa del paciente.
  - La presencia de derrames pleurales o pericárdicos positivos definen la resección como incompleta.
51. Entre los aspectos epidemiológicos más relevantes relativos al neumotórax espontáneo, indique la respuesta correcta:
- Son raros en personas mayores de 30 años.
  - El neumotórax espontáneo primario se presenta predominantemente en mujeres.
  - Existe una relación epidemiológica confirmada con las fluctuaciones de la presión atmosférica.
  - La homocistinuria puede cursar con neumotórax espontáneo.
52. En cuanto a la presentación clínico-radiológica de un neumotórax espontáneo, ¿cuál de las siguientes consideraciones es cierta?:
- La disnea es el síntoma de presentación más frecuente.
  - En la exploración, la percusión torácica sobre el hemitórax afectado puede ser timpánica.
  - La realización de TAC torácica de rutina está indicada como parte del protocolo de estudio.
  - Es determinante la estimación porcentual del volumen del neumotórax a partir de la radiografía de tórax en espiración.
53. En referencia a la cuantificación del tamaño de un neumotórax, una de las afirmaciones expuestas a continuación es verdadera, ¿De cuál se trata?:
- El índice de Rhea se basa en el promedio de la distancia interpleural obtenida a partir de tres mediciones lineales.
  - Según el American College of Chest Physician (ACCP), el neumotórax se considera grande si la distancia interpleural medida en el vértice es  $>2$  cm.
  - La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) considera parcial el neumotórax si la distancia interpleural medida en el vértice es  $<3$  cm.
  - El índice de Light es, por consenso, el internacionalmente más aceptado.

## CIRUGÍA TORÁCICA

54. El manejo terapéutico del neumotórax espontáneo ofrece distintas posibilidades. ¿Cuál de las siguientes es correcta?:
- Los pacientes con neumotórax marginales, pequeños, no presentan en ningún caso indicación de tratamiento mediante colocación de un drenaje pleural.
  - La oxigenoterapia carece de indicación en el manejo del neumotórax espontáneo.
  - El abordaje mediante toracotomía está indicado en los casos que requieren una intervención quirúrgica por presentar fuga aérea prolongada.
  - En caso de pacientes con neumotórax grande, pero paucisintomáticos, el manejo conservador con actitud expectante es una opción correcta.
55. En cuanto a posibles consideraciones respecto al transporte de los pacientes con neumotórax espontáneo, y posibles restricciones para actividades en el futuro, indique cuál de los siguientes supuestos es correcto:
- En caso de requerir un traslado para el tratamiento definitivo, es necesaria la colocación de un drenaje pleural antes del transporte.
  - La Asociación Médica Aeroespacial advierte que la presencia de bullas pulmonares en pacientes con antecedentes de neumotórax contraindica los desplazamientos aéreos.
  - Un antecedente de neumotórax no supone una contraindicación para la práctica de buceo si este se realiza con aire comprimido.
  - Las guías clínicas recomiendan esperar de 7 a 21 días a partir de la fecha de la resolución radiográfica antes de realizar un viaje en avión.
56. Entre los cuadros que pueden cursar con hipoventilación, se encuentra la hipoventilación alveolar central; una de estas características respecto a esta entidad es correcta, señale cuál de ellas:
- Consiste en insuficiencia del impulso respiratorio con un defecto primario específico neuromuscular de base.
  - El centro de control que presenta déficit funcional en esta entidad se localiza a nivel del tálamo encefálico.
  - La hipoventilación central congénita cursa en bebés que nacen con puntuaciones normales en test de Apgar.
  - Se observa una respuesta normal a la hipoxia o hipercapnia en pacientes con hipoventilación alveolar central.
57. De entre las siguientes afirmaciones sobre los cuadros patológicos que pueden ocasionar afectación transdiafragmática, identifique la que es verdadera:
- Los síndromes del diafragma poroso fueron descritos por primera vez por Kirschner en 1998; dichos poros pueden presentar morfología variable.
  - El paso transdiafragmático de aire o fluidos a través de los poros se realiza mediante transportadores activos que actúan a modo de esfínteres microscópicos.
  - No existe predominio en la incidencia en cuanto al lado de presentación del síndrome de diafragma poroso.
  - Los defectos porosos del diafragma son de etiopatogenia congénita, y se desenmascaran cuando se produce una afectación abdominal.

## CIRUGÍA TORÁCICA

58. Respecto a los cuadros clínicos con compromiso subfrénico y repercusión torácica, una de las siguientes aseveraciones enumeradas es correcta. ¿De cuál de ellas se trata?:
- Una vez desarrollado el cuadro, la evolución de la afectación torácica es independiente del tratamiento de la patología abdominal desencadenante.
  - La administración intraperitoneal de azul de metileno o de un trazador radiactivo puede ayudar a identificar los poros diafragmáticos.
  - El tratamiento inicial indicado es el cierre del defecto diafragmático que ha posibilitado la afectación torácica.
  - La pleurodesis está contraindicada en este conjunto de patologías.
59. ¿Cuál de las afirmaciones que se enumeran sobre la parálisis diafragmática es cierta?:
- En lactantes y niños pequeños, la parálisis unilateral puede causar problemas respiratorios graves y ser necesaria la ventilación mecánica.
  - La pérdida de capacidad respiratoria es irreversible tras presentarse una parálisis frénica.
  - En el adulto puede estar paralizado cualquiera de los dos hemidiafragmas, conllevando siempre síntomas respiratorios graves.
  - La parálisis diafragmática condiciona en el adulto un movimiento paradójico evidente de la porción inferior de la pared torácica/abdomen.
60. Sobre los marcapasos diafragmáticos, sólo una de las aseveraciones siguientes es verdadera, indíquela:
- La función pulmonar intrínseca del paciente no es un condicionante para su indicación.
  - Su implantación no está condicionada por la integridad de los nervios frénicos, aunque se requiere un buen funcionamiento del músculo diafragmático.
  - Esta técnica está limitada por el hecho de que el diafragma no es un sincitio eléctrico.
  - Los pacientes tetrapléjicos deben presentar el mismo grado de respuesta diafragmática con la estimulación del nervio frénico que los pacientes con ventilación espontánea.
61. La ingesta de productos corrosivos pueden conducir a estenosis esofágica. A continuación, se enumeran una serie de supuestos al respecto, de los que uno de ellos es correcto, ¿De cuál se trata?:
- Los ácidos se ingieren accidentalmente con más frecuencia que los álcalis, porque generalmente son inodoros.
  - Durante la fase aguda, la atención se centra en el tratamiento de las estenosis y las alteraciones en la deglución faríngea.
  - Fisiopatológicamente, los álcalis provocan una necrosis coagulativa que favorece su penetración.
  - El esófago se ve afectado de forma preferente y con mayor gravedad a nivel alto que en las porciones inferiores.

## CIRUGÍA TORÁCICA

62. Acerca del manejo de la afectación esofágica por agentes corrosivos, indique la opción correcta de entre las siguientes:
- En fase aguda es conveniente realizar una esofagoscopia y, si hay estenosis, se inician las dilataciones.
  - Las técnicas de dilatación anterógrada con bújia no ofrecen resultados satisfactorios.
  - Los mejores resultados de las dilataciones se obtienen cuando la estenosis se ha hecho sintomática.
  - El período de tiempo que el cirujano debe persistir con la dilatación antes de considerar la resección esofágica si la técnica fracasa, oscila entre 1 y 4 meses, con intervalos regulares entre dilataciones.
63. En el caso de lesiones esofágicas por agentes corrosivos, la intervención quirúrgica está indicada en uno de estos supuestos, señálelo:
- Fracaso de los procedimientos dilatadores entre 1 y 4 meses de evolución tras producirse las lesiones.
  - Irregularidad marcada y embolsamiento en la deglución de bario, evidenciado en el esofagograma.
  - Ausencia de fístulas que puedan comprometer el resultado de la cirugía.
  - Introducción de bújias progresiva y llamativamente mayores durante las maniobras dilatadoras, sugestiva de atonía irreversible de la pared esofágica.
64. Entre las causas de estenosis esofágica benigna del adulto encontramos todas las referidas seguidamente, entre otras; ¿cuál de las enumeradas es la más frecuente?:
- Esofagitis por ingesta de fármacos.
  - Compresión externa por procesos fibrosantes mediastínicos.
  - Asociada a determinadas enfermedades dermatológicas.
  - Enfermedad por reflujo gastroesofágico de larga evolución.
65. En cuanto a los distintos aspectos relacionados con las estenosis esofágicas benignas, es cierto que:
- El grado de disfagia no guarda correlación con el alcance de la estenosis.
  - Los *stents* metálicos tienen una alta tasa de migración, obteniéndose mejores resultados con los *stents* de plástico autoexpandibles.
  - La ultrasonografía endoscópica está contraindicada en el estudio de estos cuadros por el riesgo de perforación esofágica.
  - El tratamiento inicial de elección es médico, aunque presenta una alta tasa de fracaso, lo que supone la necesidad de plantear una intervención quirúrgica a medio-largo plazo en una gran mayoría de casos.
66. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta ante el hallazgo de un nódulo pulmonar solitario?:
- Si el paciente no tiene antecedentes tabáquicos no es necesario profundizar en su estudio.
  - Todo nódulo mayor de 1 cm. debe ser considerado maligno.
  - Globalmente considerados, la etiología más probable son patologías benignas.
  - Un nódulo subpleural con espiculación y retracción de la pleura adyacente es altamente sugestivo de tuberculoma.

## CIRUGÍA TORÁCICA

67. ¿Qué determinación inmunohistoquímica nos apunta hacia el origen broncogénico en una lesión pulmonar con antecedentes de cáncer de colon?:
- CK20 (+)
  - TTF1 (-)
  - CK7 (+)
  - NSE (-)
68. ¿Cuál de las siguientes consideraciones acerca de la estadificación del carcinoma pulmonar es cierta?:
- La clasificación TNM empleada en carcinomas microcíticos y no microcíticos es la misma.
  - La 8ª edición de la clasificación TNM supuso un cambio radical en la categorización de la afectación N.
  - La clasificación TNM tiene un valor descriptivo sin correlación con el pronóstico de la enfermedad.
  - Para la clasificación por estadios no se considera la categoría T.
69. Respecto a las neoplasias pulmonares de bajo grado, ¿Qué afirmación de las siguientes es correcta?:
- El carcinoma mucoepidermoide se caracteriza por la coexistencia de dos tipos de células: epidermoides y mucosecretantes.
  - El carcinoma adenoide quístico asienta fundamentalmente en glándulas salivares siendo el pulmón la localización más frecuente cuando metastatiza.
  - El carcinoma neuroendocrino de bajo grado presenta una Ki67 mayor del 50% en el estudio inmunohistoquímico.
  - El pseudotumor inflamatorio no requiere tratamiento quirúrgico.
70. En cuanto al tratamiento de las metástasis pulmonares, señale la opción correcta:
- Todas las metástasis de sarcomas de partes blandas localizadas en el pulmón deben ser tratadas quirúrgicamente.
  - Aun cuando no exista un adecuado control de la neoplasia primaria se debe indicar la exéresis de las metástasis pulmonares.
  - La supervivencia es mejor cuanto menor sea el volumen de parénquima que requiera la exéresis de la metástasis, asegurando un buen margen oncológico.
  - El paciente debe ser intervenido para realizar citorreducción aunque la metástasis sea potencialmente irresecable.

### **PREGUNTAS DE RESERVA**

71. ¿Cuál de los siguientes hallazgos clínicos esperaríamos encontrar en la exploración de un paciente con neumotórax espontáneo?:
- Aumento de la transmisión de las vibraciones vocales.
  - Percusión timpánica sobre el hemitórax afectado.
  - Roncus y sibilancias a la auscultación.
  - Náuseas y cefalea

## CIRUGÍA TORÁCICA

72. En cuanto a los derrames pleurales, indique la respuesta correcta:
- Las biopsias pleurales obtienen mayor rentabilidad cuando se realizan con agujas específicas para dicha finalidad.
  - Los trasudados pleurales requieren necesariamente de la colocación de un drenaje pleural para su tratamiento.
  - Para su correcta caracterización etiopatogénica precisan de la realización de un estudio PET-TAC.
  - Un líquido pleural con alto contenido en glucosa es definitivo de empiema.
73. Sobre el papel de los drenajes pleurales, sólo una de las siguientes afirmaciones es correcta. Indica cuál de ellas:
- Se dirigen hacia el vértice para evacuar colecciones líquidas.
  - Su finalidad es la normalización de la apariencia radiológica para evitar confusiones en estudios radiológicos de seguimiento.
  - Pueden utilizarse conectados a un sistema de drenaje con o sin aplicación de succión.
  - Resultan esenciales para tratar el dolor derivado de una intervención quirúrgica.
74. Respecto al estudio del líquido pleural en la investigación etiopatogénica de un derrame pleural, ¿Cuál de los siguientes criterios correlaciona correctamente con el diagnóstico que se le atribuye?:
- Un líquido con un pH > 7,30 es diagnóstico de empiema.
  - La elevación de triglicéridos en un derrame pleural es diagnóstica de quilotórax.
  - Los derrames pleurales malignos cursan con aumento de los eosinófilos en el recuento diferencial.
  - El estudio citológico del líquido pleural sólo es efectivo en los derrames pleurales de origen autoinmune.
75. Ante un paciente con un traumatismo torácico penetrante deberemos:
- Dar prioridad a la sutura de la zona herida.
  - Intubar al paciente sistemáticamente.
  - Evitar la colocación de drenajes pleurales para evitar la iatrogenia.
  - Asegurar la adecuada situación ventilatoria.