MINISTERIO
DE SANIDAD

SECRETARÍA DE ESTADO DE
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE FORMACIÓN Y ORDENACIÓN
PROFESIONAL

PRUEBA TEÓRICO-PRÁCTICA PARA EL RECONOCIMIENTO DE EFECTOS PROFESIONALES A TITULOS EXTRACOMUNITARIOS DE ESPECIALISTAS EN CIENCIAS DE LA SALUD.
R.D 459/2010, de 16 de abril

CUADERNO DE EXAMEN

RADIODIAGNÓSTICO

ADVERTENCIA IMPORTANTE

ANTES DE COMENZAR SU EXAMEN, LEA ATENTAMENTE LAS SIGUIENTES

INSTRUCCIONES

1. **MUY IMPORTANTE**: Compruebe que este cuaderno de examen lleva todas sus páginas y no tiene defectos de impresión. Si detecta alguna anomalía, pida otro cuaderno de examen a la Mesa.

2. El cuestionario se compone de 70 preguntas más 5 de reserva.

3. La "Hoja de Respuestas" se compone de dos ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. **Recuerde que debe completar sus datos personales y firmar esta Hoja.**

4. **Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario**.

5. **Solo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.

6. Si inutiliza su "Hoja de Respuestas" pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y no olvide completar sus datos personales.

7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **una hora y media improrrogable y que no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.**

8. Están **prohibidos** el uso de **calculadoras** y la utilización de **teléfonos móviles**, o de cualquier otro dispositivo con capacidad de almacenamiento de información o posibilidad de comunicación mediante voz o datos.

1-. En cuanto a las líneas de reflexión pleural, cuál es la afirmación FALSA:

A. La línea paratraqueal derecha tiene un espesor máximo de 4 mm y se ensancha en el cayado de la ácigos hasta 9 mm.
B. La línea traqueoesofágica se suele alterar por la presencia de una hernia de hiato.
C. Cuando exista una parálisis de la cuerda vocal izquierda o parálisis diafragmática, debemos fijarnos en la ventana aortopulmonar.
D. Las líneas paravertebrales suelen alterarse por osteofitos o lipomatosis.

2-. Una lesión del mediastino anterior (siguiendo la semiología básica pulmonar del signo cervicotorácico):

A. La podemos diferenciar por encima de las clavículas.
B. No se puede visualizar por encima de las clavículas.
C. El signo cervicotorácico hace referencia a lesiones del mediastino medio.
D. Este signo hace referencia a las lesiones óseas de la clavícula.

3-. Si en un TCAR (tomografía computarizada de alta resolución) o radiografía de tórax se visualizan consolidaciones periféricas, múltiples, migratorias (cambiantes), debemos sugerir como primer diagnóstico:

A. Neumonía intersticial aguda.
B. Neumonía eosinofílica aguda.
C. Neumonía organizativa criptogenética.
D. Neumonía intersticial no específica.

4-. Respecto al mesotelioma maligno, señala la opción VERDADERA:

A. Está relacionado con la exposición al asbesto, con un período de latencia de 5 años.
B. Produce desplazamiento mediastínico hacia el lado sano, por la ocupación del espacio.
C. La imagen radiológica típica corresponde a un engrosamiento pleural nodular que incluye a la pleura mediastínica.
D. Tiene buen pronóstico.

5-. Respecto al síndrome aórtico agudo, señala la afirmación FALSA:

A. Si la disección afecta a la aorta descendente se considera de Standford tipo B, independientemente que afecte a la aorta ascendente.
B. Se refiere a afecciones con afectación de la capa media, que tienen riesgo de rotura potencial.
C. La TC es la técnica de imagen más apropiada.
D. Incluye la úlcera penetrante aguda, la disección y el hematoma intramural.

6-. En el estadiaje de cáncer de pulmón (8ª edición), si existen nódulos separados del tumor primario, en un lóbulo pulmonar diferente pero ipsilateral a la lesión primaria se considera:

A. T4
B. T3
C. M1
D. Ninguna de las anteriores es correcta.

7-. Respecto a los pacientes con tetralogía de Fallot, señale la opción FALSA:

A. La RM sirve tanto para el diagnóstico de la enfermedad como para el seguimiento postquirúrgico.
B. La RM detecta y cuantifica el grado de insuficiencia valvular pulmonar.
C. Las secuencias de contraste de fase permiten cuantificar la velocidad del flujo y los gradientes de presión.
D. El defecto estructural más frecuente es la estenosis tricúspidea.

8-. Respecto al pronóstico del tromboembolismo pulmonar agudo, indique la VERDADERA:

A. El grado de obstrucción vascular es la variable más utilizada para establecer el pronóstico.
B. La relación entre los ventrículos derecho e izquierdo (relación VD/VI) es la más aceptada para estratificar el riesgo de tromboembolismo pulmonar.
C. La mortalidad no se correlaciona con la repercusión cardíaca.
D. En la relación VD/VI el umbral más aceptado es 1,5.

9-. ¿Qué lesión traumática NO está considerada como primaria en el traumatismo craneoencefálico?

A. Hemorragia de Duret.
B. Fístula carótido-cavernosa.
C. Hematoma epidural.
D. Daño axonal.

10-. La neoplasia de nasofaringe MÁS frecuente en áreas endémicas es:

A. Linfoma.
B. Carcinoma indiferenciado.
C. Carcinoma no queratinizante.
D. Carcinoma queratinizante de células escamosas.

11-. ¿Cuál de estos signos es característico del Schwannoma vestibular y permite diferenciarlo del meningioma?

A. Patrón de realce homogéneo.
B. Osteólisis.
C. Presencia de calcificaciones.
D. Presencia de quistes intratumorales.

12-. Qué característica respecto a la afectación medular de la esclerosis múltiple NO es típica:

A. Predisposición de afectación en cordones posteriores medulares.
B. Extensa afectación craneocaudal (más de dos cuerpos vertebrales).
C. Afectación de la médula cervicodorsal.
D. Morfología ovoidea.

13-. ¿Cuál es la masa vascular orbitaria MÁS frecuente en el adulto?

A. Varices orbitarias.
B. Pseudotumor orbitario.
C. Hemangioma capilar.
D. Hemangioma cavernoso.

14-. En la coartación aórtica:

A. Se produce un estrechamiento de la arteria localizada proximalmente al origen de la arteria subclavia izquierda.
B. Se produce un estrechamiento de la arteria localizada distalmente al origen de la arteria subclavia izquierda.
C. En su mayoría las coartaciones se localizan en la pared anterior de la aorta.
D. En adultos suele ser sintomática, con signos de insuficiencia cardíaca congestiva.

15-. Señale la afirmación FALSA respecto a la recanalización subintimal y angioplastia:

A. Se utiliza en las oclusiones arteriales crónicas.
B. Se utiliza en las oclusiones arteriales agudas.
C. El catéter y la guía avanzan entre la túnica íntima y media de la pared arterial.
D. Se utiliza en oclusiones de arteria femoral superficial.

16-. De las siguientes, ¿cuál NO se considera una contraindicación RELATIVA para la realización de una biopsia percutánea en el tórax?

A. Neumotórax contralateral.
B. Coagulopatía no corregida: recuento de plaquetas < 50.000.
C. Pulmón único.
D. Pacientes con ventilación mecánica.

17-. En el carcinoma escamoso de cavidad oral, si existen ganglios metastásicos bilaterales < 6 cm., el estadiaje TNM es:

A. M1
B. N2a
C. N3
D. N2c

18-. ¿Qué manifestación radiológica NO es típica del Linfoma de Hodking?

A. Afectación mandibular con lesión lítica y masa de partes blandas.
B. Masas de adenopatías peritoneales y retroperitoneales que engloban vasos.
C. Esplenomegalia.
D. Adenopatías mediastínicas.

19-. Respecto al índice de carcinomatosis peritoneal, señale la VERDADERA:

A. La región 8 corresponde a intestino delgado.
B. A partir de 25 puntos se considera que hay una baja probabilidad de resección quirúrgica adecuada.
C. Una lesión de 10 mm. se considerarían 2 puntos.
D. El intestino delgado se divide en cinco regiones.

20-. El contenido vascular del mesocolon descendente incluye:

A. Arteria cólica derecha (de ileocólica, de A. mesentérica superior).
B. Vasos hemorroidales superiores, A. mesentérica inferior.
C. Arteria cólica media (de mesentérica superior proximal).
D. Arteria y vena cólicas izquierdas (mesentéricos inferiores).

21-. El tumor primario esplénico MÁS frecuente es:

A. Hematopoyesis extramedular.
B. El linfoma primario esplénico.
C. Angiosarcoma.
D. Angioma de células litorales.

22-. Respecto a la enfermedad quística renal en el niño, señale la CORRECTA:

A. La enfermedad poliquística renal autosómica recesiva es la ciliopatía más frecuente y afecta también al ovario y páncreas.
B. En la enfermedad poliquística renal autosómica recesiva los aneurismas cerebrales son cuatro veces más frecuentes que en la población general.
C. La enfermedad poliquística renal autosómica dominante suele ser asintomática.
D. En la enfermedad poliquística renal autosómica dominante se produce una dilatación fusiforme de los túbulos colectores.

23-. Respecto a la isquemia intestinal señale el enunciado FALSO:

A. La disminución o ausencia de realce mural es un signo con una especificidad muy alta para el diagnóstico de isquemia intestinal (mayor del 80%).
B. La imagen en diana o en halo se corresponde con edema.
C. La ausencia de líquido en el mesenterio descarta la isquemia con una sensibilidad muy alta (mayor del 80%).
D. La neumatosis intestinal se correlaciona con una isquemia irreversible en la cirugía.

24-. Señale la respuesta CORRECTA respecto a la hemorragia extraperitoneal por fracturas pelvianas:

A. La causa más frecuente es el sangrado de origen venoso.
B. La causa más frecuente es la laceración arterial.
C. La presencia de una fractura inestable no predice la existencia de una lesión vascular de origen arterial.
D. En torno a un 30% de los pacientes con traumatismo grave van a tener fracturas en la pelvis.

25-. El diagnóstico diferencial de la acalasia incluye todas estas patologías EXCEPTO una, señálela:

A. Espasmo esofágico difuso.
B. Enfermedad de Chagas.
C. Neoplasia en unión esofagogástrica.
D. Esclerodermia complicada con estenosis péptica.

26-. En cual de estas lesiones NO esperaría ver hiperintensidad de señal en secuencias T2:

A. Hepatocarcinoma fibrolamelar
B. Linfoma
C. Angiosarcoma
D. Hiperplasia nodular focal

27-. ¿Cuál de estos nervios o pares craneales NO tiene su origen en el tronco del encéfalo?

A. El nervio trigémino (V par).
B. El nervio motor ocular externo (VI par).
C. El nervio motor ocular común (III par).
D. El nervio troclear o patético (IV par).

28-. Respecto a los astrocitomas señale la respuesta CORRECTA:

A. El glioblastoma multiforme menos frecuente es el IDH wildtype (sin mutación en el gen de la enzima isocitrato deshidrogenasa).
B. El glioblastoma multiforme secundario se correlaciona con IDH mutado.
C. El astrocitoma pilocítico es grado II de la OMS.
D. Los astrocitomas de bajo grado no se clasifican según IDH mutado o wildtype.

29-. Respecto a los signos radiológicos de ocupación del espacio aéreo, señale la afirmación FALSA:

A. Los nódulos acinares constituyen la lesión elemental y más precoz del patrón de ocupación del espacio aéreo. Se caracterizan por sus contornos mal definidos.
B. El volumen pulmonar puede estar disminuido.
C. Los vasos pulmonares están borrados.
D. Las consolidaciones están limitadas por las cisuras.

30-. Respecto a la atelectasia pulmonar, señale la afirmación FALSA:

A. La atelectasia pulmonar da como resultado un hemitórax blanco que puede asociar desplazamiento mediastínico hacia el lado sano, o bien no producir desplazamiento mediastínico (si asocia derrame pleural).
B. En la atelectasia lobular, la evidencia más precoz de pérdida de volumen son los signos broncovasculares.
C. La atelectasia del lóbulo inferior derecho produce una opacidad triangular peracardíaca derecha que no borra el contorno mediastínico.
D. El signo de Luftsichel (semiluna de aire) es la forma clásica de presentación de la atelectasia del lóbulo superior izquierdo.

31-. Respecto a las EPID (enfermedad pulmonar intersticial difusa), cuál es la afirmación FALSA:

A. El diagnóstico final debe ser radiológico.
B. El informe radiológico debe describir los hallazgos y proporcionar un diagnóstico diferencial.
C. En algunos casos con patrón típico en la TCAR (tomografía computarizada de alta resolución), el radiólogo puede indicar el diagnóstico.
D. El radiólogo debe señalar las zonas más adecuadas para la biopsia.

32-. La neumonía organizativa criptogenética NO se caracteriza en TCAR (tomografía computarizada de alta resolución) por:

A. Consolidaciones múltiples, parcheadas y periféricas o peribroncovasculares.
B. Consolidaciones migratorias.
C. Nódulos o masas mal definidas con “signo del halo” o signo del “halo invertido”.
D. Quistes “en panal”.

33-. En la patología del mediastino anterior, señale la afirmación FALSA:

A. El linfoma es el tumor más frecuente del mediastino anterior.
B. El timoma puede simular una cardiomegalia.
C. En la hiperplasia tímica, las secuencias de desplazamiento químico en RM pueden ayudar a distinguirla del tumor.
D. En niños y adultos jóvenes, es típico el linfangioma quístico.

34-. En la edad pediátrica, una neumonía segmentaria o lobular de evolución rápida, con formación rápida de neumatocele, el agente causante MÁS probable es:

A. *Streptococcus pneumoniae.*
B. *Staphilococcus aureus.*
C. *Mycoplasma pneumoniae.*
D. *Legionella pneumoniae.*

35-. Si en una ecografía del 2º trimestre de gestación encontramos un feto con megavejiga (>6 mm), megauréteres, hidronefrosis bilateral (>7 mm), oligoamnios y abombamiento del vientre, señale el diagnóstico MÁS probable:

A. Secuencia de Potter.
B. Síndrome de Meckel-Gruber.
C. Síndrome de Eagle-Barret (prune-belly).
D. Trisomía 18.

36. En la RM de mama, ¿qué tipo de realce es el MÁS frecuente en un carcinoma ductal in situ?

A. Realce nodular heterogéneo.
B. Realce no nodular en anillos.
C. Realce no nodular heterogéneo.
D. Realce nodular anular grueso.

37. ¿Cuál es la principal indicación de la tomosíntesis mamaria?

A. Caracterizar lesiones quísticas.
B. Mejorar la detección de lesiones en mamas densas.
C. Identificar calcificaciones amorfas.
D. Realizar procedimientos intervencionistas diagnósticos.

38. Señale la FALSA con respecto a los niveles de Berg en la valoración de los ganglios linfáticos locorregionales en una paciente con cáncer de mama:

A. Son niveles anatómicos en relación con el músculo pectoral mayor.
B. Existen tres niveles.
C. El nivel III también se denomina infraclavicular.
D. Son valorables ecográficamente.

39. En ecografía mamaria, ¿qué combinación de hallazgos es MÁS sugestiva de malignidad):

A. Nódulo redondeado, circunscrito, hipoecoico, con sombra posterior.
B. Nódulo irregular, indefinido, hipoecoico, sin hallazgos acústicos posteriores.
C. Nódulo irregular, angulado, hipoecoico, con sombra posterior.
D. Nódulo irregular, microlobulado, hipoecoico, con refuerzo acústico posterior.

40. Respecto a la difusión en RM de mama, ¿cuál es la afirmación CORRECTA?:

A. Los tumores malignos suelen presentar valores ADC (coeficiente de difusión aparente) elevados.
B. La restricción en difusión en la mama es exclusiva de malignidad.
C. Los abscesos mamarios no suelen presentar restricción en difusión.
D. El valor ADC aumenta cuando hay respuesta a la neoadyuvancia.

41. Respecto a la mamografía con contraste, señale la opción FALSA:

A. La necrosis grasa puede realzar.
B. Evita estudios complementarios si no se objetivan realces.
C. Las lesiones cutáneas son causa de falsos positivos.
D. Cuando un ganglio intramamario realza, es indicativo de infiltración tumoral.

42. En cuanto al realce parenquimatoso de fondo, ¿cuál de las siguientes es FALSA?

A. Varía en función de la fase del ciclo menstrual.
B. Cuando es marcado, puede interpretarse como un falso positivo.
C. La hormonoterapia aumenta el realce de fondo.
D. La quimioterapia neoadyuavente disminuye el realce de fondo.

43. En la correlación radio-patológica de una biopsia con aguja gruesa de la mama, ¿qué entidad requiere obtener MÁS muestra por riesgo de infraestimación?

A. Cicatriz radial.
B. Hiperplasia ductal usual.
C. Metaplasia apocrina.
D. Adenosis.

44. Sobre el tumor phyllodes, ¿qué enunciado es FALSO?

A. La apariencia radiológica suele ser similar al fibroadenoma.
B. Las metástasis axilares son muy frecuentes en el diagnóstico.
C. Suele tener un crecimiento rápido.
D. El tratamiento de elección es exéresis quirúrgica con márgenes amplios.

45. En RM de mama, ¿qué curva cinética de realce es MÁS sospechosa?

A. Ausencia de realce.
B. Curva tipo I (persistente).
C. Curva tipo II (en meseta).
D. Curva tipo III (lavado).

46. En la clasificación BI-RADS, ¿qué categoría implica una probabilidad de malignidad entre el 2% y el 10 %?

A. BI-RADS 3.
B. BI-RADS 4A.
C. BI-RADS 4B.
D. BI-RADS 4C.

47. En mamografía, ¿qué tipo de calcificaciones se asocia con mayor sospecha de malignidad?

A. Amorfas.
B. Groseras heterogéneas.
C. Finas pleomórficas.
D. Lineales finas ramificadas.

48. A propósito de la tomografía computarizada espectral, señale la opción FALSA:

A. Aporta información sobre la composición química de los vóxeles, pudiendo realizar descomposiciones de dos o tres materiales según las tecnologías disponibles.
B. Las tecnologías de basadas en doble capa de detectores tienen una mejor correlación anatómica entre los distintos mapas energéticos, mientras que las de doble fuente sufren de más artefactos de registro.
C. En estudios sin contraste yodado, las curvas espectrales que enfrentan densidad y kilovoltaje muestran unos valores más altos de densidad o atenuación en el músculo en el rango de baja energía.
D. Los mapas monoenergéticos de baja energía ayudan a detectar las hepatolitiasis típicas de la colangitis esclerosante primaria, ya que su contenido graso produce una caída de densidad respecto a la bilis circundante.

49. Ante un paciente con antecedentes dudosos y de hace más de seis años de reacciones de hipersensibilidad aguda cutánea leve (congestión nasal) a medios de contraste, en los que se desconoce el medio de contraste empleado, ¿cuál sería el proceder más CORRECTO según las actualizadas guías de la ESUR (Sociedad Europea de Radiología Urogenital)?

A. Si es un estudio no urgente, se puede realizar el estudio manteniendo un tiempo prudencial de vigilancia y valorando las reactividades cruzadas, siendo mejores opciones los medios de los grupos B y D.
B. Si es un estudio no urgente, hay que anular el estudio y recitar al paciente para realizar una necesaria premedicación con la pauta aprobada por el Servicio de Alergología local.
C. Si es un estudio no urgente, se puede realizar el estudio tras la inmediata administración de un bolo de hidrocortisona y teniendo preparado un vial de adrenalina por si se diera una complicación.
D. Si es un estudio no urgente, puede utilizarse un medio basado en gadolinio (más denso que el yodo, así que también es hiperdenso), ya que no puede administrarse más medios de contraste yodados.

50. En la enterografía por RM para estudiar un caso de enfermedad de Crohn, señale la opción CORRECTA:

A. Debe reflejarse la presencia de estenosis definidas por una estenosis del ≥ 30% de la luz y una dilatación retrógrada de ≥ 2,5 cm.
B. La administración de contraste oral es necesaria y se recomienda un mínimo de 500 mL a lo largo de 60 minutos para lograr la máxima distensión del intestino delgado, obteniendo mejores resultados con polietilenglicol que con manitol.
C. El estudio de entero-RM debe incluir desde hemiabdomen superior hasta la sínfisis púbica.
D. Las ulceraciones y los tractos sinusales corresponden ambos a defectos parietales, aunque exclusivamente el segundo se considera enfermedad penetrante**.**

51. Los pólipos vesiculares suponen un reto de manejo clínico-radiológico, por lo que se han establecido guías multidisciplinares, como la de las sociedades ESGAR, EAES, EFISDS y ESGE. ¿Cuál de las siguientes es FALSA respecto al manejo y seguimiento de estos pólipos?

A. Tras excluir un seudopólipo, debe ofrecerse cirugía a todos los pacientes aptos para cirugía con pólipos de al menos 10 mm.
B. Si no asocia síntomas atribuibles a la vesícula biliar, se considerará de alto riesgo un pólipo menor de 10 mm en pacientes con ascendencia escandinava o asiática.
C. Si no hay factores de riesgo, pólipos de menos de 5 mm no requieren seguimiento.
D. El seguimiento se puede descontinuar tras dos años, aun en pólipos de alto riesgo, dependiendo del tamaño.

52. Los avances en el manejo oncológico del cáncer colorrectal han derivado en mayor exigencia para los estudios radiológicos. Señale la opción CORRECTA:

A. La marcada hipointensidad T2 tras el neoadyuvancia sugiere de fibrosis, y la interrupción por señal T2 intermedia, dependiendo de la distribución, puede tener un alto valor predictivo para respuesta completa mantenida.
B. El protocolo de tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis incluye contraste yodado intravenoso y oral y una o dos fases (arterial y venosa) que cubran el hígado.
C. La conversión mucinosa de tumores de recto tras el tratamiento neoadyuvante es un patrón de respuesta y su aparición permite su clasificación como respuesta casi completa («near-complete clinical response»).
D. La invasión por parte de un tumor de recto (cualquier segmento de intestino (distinto al sitio primario), cualquier porción de los genitales internos o cualquier componente del complejo esfinteriano se considera T4b (la afectación directa y local del peritoneo se considera T4a).

53. La pseudocirrosis hepática es un diagnóstico radiológico, con respecto al cual es FALSO que:

A. Diferenciarla de una cirrosis supone un reto diagnóstico, con una distinción histológica más sencilla basada en la distribución de la fibrosis entre otras características.
B. Evoluciona rápidamente con hallazgos clínicos y radiológicos similares a una cirrosis que pueden variar en periodos de pocos meses.
C. Aparece después de recibir quimioterapia sistémica en pacientes con infiltración metastática hepática, mayormente por cánceres de mama.
D. El uso de contraste hepatoespecífico no es de gran utilidad en la distinción.

54. En un paciente con una neoplasia pulmonar y un nódulo suprarrenal, con una densidad de 40 UH en la TC con contraste de estadificación. ¿Cuál es la prueba más simple que puede confirmar CORRECTAMENTE el diagnóstico más probable de dicho nódulo suprarrenal?

A. Una PET-TC, ya que si es hipermetabólico se caracteriza como metástasis.
B. Si el tumor presenta metástasis en otros órganos se debe asumir como metástasis.
C. Una biopsia guiada por TC.
D. Ninguna de las anteriores.

55. En el estudio de prolapsos de órganos pélvicos mediante RM dinámica de suelo pélvico (o defecografía por RM), es FALSO que:

A. Los rectoceles anteriores ocurren habitualmente al inicio de la fase de evacuación, y pueden llegar a ser considerados un hallazgo normal.
B. El descenso de la base vesical (como punto de referencia del compartimento anterior) más de 1 cm por debajo de la línea pubocoxígea se conoce como cistocele.
C. El descenso de un segmento de intestino delgado en el espacio rectovaginal por debajo del tercio superior de la vagina se denomina enterocele (puede recibir otros nombres en función del contenido).
D. El descenso de la unión anorrectal (como punto de referencia del compartimento posterior) más de 3 cm por debajo de la línea pubocoxígea se conoce como prolapso rectal.

56. ¿Cuál de los siguientes hallazgos por RM es el predictor MÁS ESPECÍFICO de invasión vesical (FIGO grado 3b) en el espectro de la placenta ácreta (PAS)?:

A. Presencia de bandas intraplacentarias oscuras en secuencias potenciadas en T2 que contactan con la superficie materna.
B. Combinación de vascularización anómala y pérdida del artefacto de desplazamiento químico en la interfaz uterovesical en secuencias SSFP.
C. Adelgazamiento focal del miometrio suprayacente a la placenta con un espesor inferior a un milímetro.
D. Abultamiento placentario («bulge») con distorsión del contorno uterino hacia la vejiga.

57. Señale la opción INCORRECTA al respecto de las masas escrotales extratesticulares:

A. El lipoma del cordón espermático es la neoplasia extratesticular más frecuente, y debe distinguirse de las hernias (de hecho, tienen mayor riesgo los operados de herniorrafía).
B. El cistoadenoma papilar epididimario se asocia, especialmente cuando es bilateral, a la esclerosis tuberosa y se presenta como una masa sólida con espacios quísticos pequeños que pueden aumentar de tamaño.
C. El tumor adenomatoide se origina más frecuentemente en el epidídimo, aunque algunos lo hacen en la túnica albugínea.
D. La ecografía puede llegar a diferenciar un espermatocele de un quiste epididimario, si bien es una distinción clínicamente irrelevante.

58. Según los criterios de McDonald 2024 en la esclerosis múltiple, ¿qué umbral define un signo de la vena central positivo?

A. ≥6 lesiones con vena central.
B. ≥3 lesiones con vena central.
C. ≥40% de lesiones con vena central.
D. ≥1 lesión periventricular con vena central.

59. En RM dinámica de tumores de parótida, ¿qué afirmación es VERDADERA?

A. El “washout” es específico de malignidad.
B. El patrón dinámico por sí solo permite diferenciar benignidad de malignidad.
C. El tumor de Warthin puede simular malignidad.
D. El adenoma pleomorfo presenta típicamente washout precoz.

60. En el astrocitoma difuso IDH-mutado, ¿qué hallazgo en RM sugiere transformación a alto grado?

A. Persistencia de hiperintensidad FLAIR.
B. Crecimiento lento sin cambios estructurales.
C. Aparición de realce nodular.
D. Ausencia de restricción en difusión.

61. En relación con el glioblastoma, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA?

A. Presenta habitualmente bajo rCBV.
B. Suele ser IDH-wildtype.
C. Puede diagnosticarse como grado 4 sin necrosis si presenta alteraciones moleculares específicas.
D. Puede cruzar el cuerpo calloso.

62. Según las recomendaciones ECTRIMS/MAGNIMS-CMSC-NAIMS para RM en la esclerosis múltiple, en el estudio inicial, ¿cuál de los siguientes protocolos medulares es más acorde a las guías?

A. Sagital T2 + STIR + axial T2, con T1 pre y postcontraste sistemáticos.
B. Sagital T2 + STIR, con adquisición de T1 postcontraste si se administra gadolinio, sin requerir T1 precontraste.
C. Sagital T2 + difusión + T1 postcontraste, priorizando detección de actividad.
D. Sagital STIR aislada, añadiendo T1 precontraste si hay lesiones.

63. Paciente con lesión infiltrativa sin necrosis ni realce significativo. El estudio molecular muestra TERT mutado + EGFR amplificado + +7/−10. Según la OMS 2021, ¿cuál es el diagnóstico CORRECTO?

A. Astrocitoma IDH-mutado grado 2
B. Astrocitoma IDH-mutado grado 4
C. Oligodendroglioma IDH-mutado y 1p/19q codelecionado
D. Glioblastoma IDH-wildtype grado 4.

64. Paciente con lesión intramedular expansiva cervical, con realce nodular intenso y múltiples vacíos de flujo perimedulares. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

A. Ependimoma.
B. Astrocitoma medular.
C. Cavernoma medular.
D. Hemangioblastoma.

65. En RM de cáncer de cabeza y cuello tratado, ¿qué secuencia es MÁS útil para diferenciar cambios postratamiento de progresión/recidiva tumoral?

A. T1 sin contraste.
B. T1 postcontraste con supresión grasa.
C. STIR coronal.
D. Difusión con mapa ADC.

66. Señale cuál de las siguientes afirmaciones NO se corresponde con un signo de shock hipovolémico en la tomografía computarizada:

A. Hiperrealce de las glándulas suprarrenales.
B. Estrechamiento e hiperrealce de los vasos mesentéricos.
C. Realce de la mucosa vesicular.
D. Hiporrealce prolongado del parénquima renal.

67. En relación con la escala de lesión esplénica de la clasificación de la AAST (American Association for the Surgery Trauma) señale la opción FALSA:

A. Rotura capsular: grado 1.
B. Hematoma subcapsular roto: grado 3 .
C. Cualquier lesión en presencia en presencia de una lesión vascular esplénica o hemorragia activa intraparenquimatosa: grado 5.
D. Laceración parenquimatosa mayor de 3 cm: grado 3.

68. Según la clasificación de la AOSpine sobre las lesiones traumáticas vertebrales, la fractura de chance se corresponde con un tipo (señale la opción CORRECTA):

A. A4
B. B1
C. B2
D. B3

69. Respecto a los traumatismos craneoencefálicos, señale la opción FALSA:

A. El cefalohematoma es una colección hemática subyacente a la aponeurosis del músculo occipitofrontal.
B. Un hematoma epidural puede cruzar las suturas craneales.
C. Un hematoma subdural puede cruzar las suturas craneales.
D. La hemorragia intraventricular traumática es infrecuente y se asocia a alta mortalidad.

70. En las fracturas orbitarias es muy importante valorar la afectación de la fisura orbitaria superior, ya que, a través de ella, penetran en la órbita los siguientes nervios (señale la opción FALSA):

A. II
B. III
C. IV
D. VI

PREGUNTAS DE RESERVA

71. En un paciente con sospecha de Neumonitis por Hipersensibilidad (NH) crónica, se observa el 'signo de las tres densidades' (headcheese sign). ¿Cuál es la combinación exacta de hallazgos que define este signo?

A. Consolidación, vidrio deslustrado y derrame pleural asociado.
B. Calcificaciones hiliares, líneas de Kerley B y edema septal.
C. Vidrio deslustrado, pulmón normal y áreas de atrapamiento aéreo (hipoatenuación).
D. Panal de abeja, bronquiectasias de tracción y nódulos subpleurales.

72. En una TCAR (tomografía computarizada de alta resolución), se observa un patrón de 'pavimentación loca' (crazy-paving) de distribución geográfica y predominio en campos superiores en un paciente con disnea progresiva. ¿Cuál es el diagnóstico MÁS probable?

A. Hemorragia alveolar difusa.
B. Proteinosis alveolar pulmonar.
C. Neumonía lipoidea.
D. Edema agudo de pulmón.

73. ¿Qué hallazgo en TCAR es más específico para diferenciar una Neumonía Intersticial No Específica (NINE) de una Neumonía Intersticial Usual (NIU)?

A. Presencia de focos fibroblásticos en la biopsia virtual.
B. Preservación relativa del espacio subpleural inmediato.
C. Afectación predominante de las bases pulmonares.
D. Presencia de bronquiectasias de tracción.

74. El signo de la 'vía de tranvía' (tram-track) en la radiografía de tórax lateral es indicativo de:

A. Presencia de aire en el espacio mediastínico.
B. Bronquiectasias cilíndricas vistas de perfil.
C. Edema intersticial con líneas de Kerley A.
D. Engrosamiento de la cisura mayor.

75. Respecto al magnetismo de distintos materiales, señale la opción CORRECTA:

A. La desoxihemoglobina tiene un comportamiento diamagnético, de lo que deriva su señal T1 y T2.
B. El anillo de hiperintensidad T1 e hipointensidad T2 típico de los abscesos se origina en el contenido en especies reactivas de oxígeno de macrófagos.
C. La caída de señal en secuencias T1 GRE in-out por contenido graso es directamente proporcional al porcentaje de grasa.
D. En secuencias T2 FLAIR, los agentes de contraste basados en gadolinio aumentan la señal T2 directamente en los surcos cerebrales, por lo que se detectan mejor los realces leptomeníngeos que en secuencias T1.