

PRUEBAS SELECTIVAS 2011/12

CUADERNO DE EXAMEN

EXAMEN TIPO MIR 9/11

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. **Realice esta operación al principio**, pues si tiene que cambiar el cuaderno de examen posteriormente, se le facilitará una versión "0", que **no coincide** con su versión personal en la colocación de preguntas y **no dispondrá** de tiempo adicional.
2. El cuestionario se compone de 225 preguntas más 10 de reserva. Tenga en cuenta que hay 30 **preguntas que están ligadas a una imagen**. Todas las imágenes están colocadas en la hoja final de este cuestionario.
3. Compruebe que el **número de versión** de examen que figura en su "Hoja de Respuestas", **coincide** con el número de versión que figura en el cuestionario. Compruebe también el resto de sus datos identificativos.
4. La "Hoja de Respuestas" está nominalizada. Se dispone de tres ejemplares en papel autocopiativo que deben colocarse correctamente para permitir la impresión de las contestaciones en todos ellos. Recuerde que debe firmar esta hoja.
5. Compruebe que la respuesta que va a señalar en la "Hoja de Respuestas" corresponde al número de pregunta del cuestionario. **Sólo se valoran** las respuestas marcadas en la "Hoja de Respuestas", siempre que se tengan en cuenta las instrucciones contenidas en la misma.
6. Si inutilizara su "Hoja de Respuestas", pida un nuevo juego de repuesto a la Mesa de Examen y **no olvide** consignar sus datos personales.
7. Recuerde que el tiempo de realización de este ejercicio es de **cinco horas improrrogables** y que están **prohibidos** el uso de **calculadoras** (excepto en Radiofísicos) 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.
8. Podrá retirar su Cuaderno de Examen, una vez finalizado el ejercicio y hayan sido recogidas las "Hojas de Respuestas" por la Mesa.

1. Pregunta vinculada a la imagen nº 1.

Paciente mujer de 52 años, fumadora desde los 17 años, que acude por tos productiva y continua durante el último mes. La espirometría demuestra una reducción del FEF 25%-75% del 50%, la gasometría es normal y la radiografía de tórax muestra lo que se aprecia en la imagen nº 1. Con estas alteraciones su diagnóstico sería:

1. EPOC establecido predominio enfisema.
2. EPOC establecido predominio bronquitis crónica.
3. Fibrosis pulmonar idiopática.
4. Sería necesario realizar más estudios porque la alteración de la espirometría puede justificarse por el hecho de ser fumador.
5. Podemos realizar el diagnóstico de bronquitis crónica por la gran prevalencia de esta alteración en fumadores, a pesar de que lleve poco tiempo con la clínica.

2. Pregunta vinculada a la imagen nº 2.

Varón de 75 años, polimedcado, con hemiplejia por AVC, presenta las lesiones que aparecen en la imagen nº 2. Estas se encuentran en extremidades superiores e inferiores, de 3 meses de evolución. La biopsia cutánea muestra una ampolla subepidérmica con presencia de eosinófilos. La inmunofluorescencia directa muestra la presencia de depósitos de IgG y C3 en la membrana basal. El diagnóstico más probable es:

1. Síndrome de Stevens-Johnson.
2. Penfigoide ampoloso.
3. Dermatitis herpetiforme.
4. Toxicodermia ampolosa.
5. Epidermolísis ampolosa adquirida.

3. Pregunta vinculada a la imagen nº 3.

Paciente de 80 años que consulta por la lesión en cara que se muestra en la imagen nº 3. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

1. Léntigo maligno.
2. Melanoma lentiginoso acral.
3. Carcinoma basocelular pigmentado.
4. Léntigo actínico.
5. Queratosis actínica pigmentada.

4. Pregunta vinculada a la imagen nº 4.

Hombre de 50 años que consulta por presentar las lesiones que aparecen en la imagen nº 4. Éstas aparecen tras exposición solar. Señala que la orina, ocasionalmente, adquiere una tonalidad oscura. El laboratorio nos informa de la existencia de un discreto aumento de transaminasas, siendo la excreción urinaria de uroporfirina superior a 200 ug/dl. Ante este cuadro el diagnóstico y tratamiento correcto es:

1. Porfiria de Doss, debiendo indicar profilaxis con compuestos de plomo.
2. Porfiria aguda intermitente cuyas crisis se evitan con clordiacepóxido.
3. Porfiria cutánea tarda, siendo eficaz la cloroquina.
4. Protoporfiria eritropoyética. Su tratamiento consiste en sangrías periódicas.
5. Porfiria congénita de Günther. En algunas ocasiones son eficaces las tetraciclinas, al ser estos antibióticos excelentes protectores solares.

5. Pregunta vinculada a la imagen nº 5.

Un paciente de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, en tratamiento con hipoglucemiantes orales, y artrosis en tratamiento analgésico a demanda, acude a Urgencias por presentar en las últimas tres horas dos episodios de vómitos en "poso de café" y melenas. A su llegada, está hemodinámicamente estable y con un hematocrito del 34%. La exploración endoscópica muestra, a las 8 horas del ingreso, lo que se aprecia en la imagen nº 5. ¿Cuál sería la actitud más recomendable?

1. Sonda de calor endoscópica del lecho ulceroso y perfusión endovenosa de inhibidores de protones durante 24 horas.
2. Alta hospitalaria y repetir la exploración endoscópica a las 72 horas.
3. Dieta absoluta, inhibidores de la bomba de protones vía endovenosa e intervención quirúrgica para reseca la zona ulcerada.
4. Iniciar tratamiento con inhibidores de la bomba de protones vía oral y alta hospitalaria.
5. Transfusión de dos concentrados de hemáties, dieta absoluta e inicio de tratamiento erradicador vía endovenosa.

6. Pregunta vinculada a la imagen nº 6.

Acude a nuestra consulta una paciente de 23 años por presentar un cuadro de diarrea con productos patológicos, que se acompaña de fiebre de 4 semanas de evolución, que ha persistido a pesar de haber recibido tratamiento antibiótico en otro

centro. Se decide realizar una exploración endoscópica que revela lo que se muestra en la imagen nº 6. Estas lesiones afectan al recto y colon hasta el ángulo esplénico. ¿Cuál considera que es el diagnóstico más probable?

1. Enteritis eosinofílica.
2. Colitis amebiana.
3. Enfermedad de Crohn.
4. Colitis colágena.
5. Colitis ulcerosa.

7. Pregunta vinculada a la imagen nº 7.

Respecto al síndrome que presumiblemente tiene un paciente con la radiografía de tórax que se muestra en la imagen nº 7, ¿cuál de los siguientes NO constituye un criterio diagnóstico?

1. PaO_2/FiO_2 inferior o igual a 200 mmHg.
2. Presión capilar pulmonar aumentada.
3. Presencia de infiltrados alveolares bilaterales.
4. Signos de insuficiencia respiratoria.
5. Presencia de patología desencadenante.

8. Pregunta vinculada a la imagen nº 8.

Paciente varón de 60 años intervenido de prótesis total de cadera derecha hace 10 días. Es traído a Urgencias por febrícula de 37,6° C que se acompaña de taquipnea y taquicardia de 6 horas de evolución. La gasometría muestra una saturación basal de oxígeno del 87%. La imagen nº 8 muestra la radiografía simple de tórax. ¿Cuál debe ser nuestra primera sospecha diagnóstica?

1. Neumonía atípica.
2. Distrés respiratorio del adulto.
3. Tromboembolismo pulmonar.
4. Sepsis nosocomial.
5. Infección protésica.

9. Pregunta vinculada a la imagen nº 9.

Acude a nuestra consulta un paciente con clínica de asma bronquial, remitido por su médico de familia al observar una radiografía de tórax que se muestra en la imagen nº 9. Aporta una analítica básica donde destaca la presencia de eosinofilia. ¿Cuál sería su sospecha diagnóstica?

1. Poliangeitis microscópica.
2. Granulomatosis alérgica de Churg-Strauss.
3. Tuberculosis pulmonar.
4. Granulomatosis de Wegener.
5. Aspergilosis pulmonar invasiva.

10. Pregunta vinculada a la imagen nº 10.

Varón de 70 años con antecedentes personales de carcinoma epidermoide de pulmón que recibió tratamiento con radioterapia y quimioterapia, acude a urgencias por disnea, hinchazón de cara y cuello que empeora al agacharse. A la exploración destaca edema en esclavina, cianosis y circulación colateral en el tórax. La imagen nº 10 muestra la radiografía de tórax. En la TC torácica se objetiva una masa ganglionar que comprime la vena cava superior.

1. Las principales causas malignas de esta entidad son el cáncer de pulmón, el linfoma no Hodgkin y el cáncer de mama metastásico.
2. El diagnóstico de este síndrome se realiza exclusivamente mediante pruebas de imagen.
3. En caso de que la causa sea un tumor quimiosensible debe administrarse quimioterapia como primera opción de tratamiento, valorando la asociación de radioterapia.
4. El tratamiento debe ser inmediato, y consiste en la extirpación quirúrgica del tumor que está comprimiendo la vena cava.
5. Las respuestas 1 y 3 son correctas.

11. Pregunta vinculada a la imagen nº 11.

Paciente varón de 55 años de edad, ejecutivo de una gran empresa, hipercolesterolémico y fumador moderado, sin historia cardiológica previa, que refiere que desde hace unos 6 meses presenta, coincidiendo con los esfuerzos, dolor opresivo retroesternal irradiado a hombro izquierdo, de minutos de duración, y que calma con el reposo. La imagen nº 11 muestra el ECG. Sobre la patología que sospecha, señale la opción falsa:

1. El diagnóstico es fundamentalmente clínico.
2. En la exploración existen datos muy sugestivos de angina, como la aparición de un soplo o un extratono.
3. El cambio electrocardiográfico más característico durante los episodios de dolor es el descenso del ST.
4. Estaría indicada la realización de pruebas de detección de isquemia.
5. Podría estar indicada la realización de una coronariografía.

126. **Un varón de 65 años se realiza una sigmoidoscopia que solicitó su especialista en aparato digestivo como screening del carcinoma colorrectal. En la prueba se encontraron dos pólipos a 20 cm de margen anal de aspecto vellosos. ¿Cuál sería su actitud?**
1. Realizar polipectomía de ambas lesiones.
 2. Realizar polipectomía de ambas lesiones y colonoscopia completa.
 3. Resección quirúrgica de las lesiones.
 4. Rectosigmoidectomía.
 5. Revisión en dos años.
127. **Paciente mujer de 45 años de edad: profesión secretaria, fumadora de 1,5 paquetes de cigarrillos/día. Refiere hemorroides que sangran frecuentemente con la deposición y que prolapsan fuera del canal anal siendo dificultosa su reducción. También refiere prurito anal y dolorimiento ligero en la zona perianal. A la vista de lo anterior, ¿qué tratamiento indicaría?**
1. Dieta rica en fibra + laxantes.
 2. Esclerosis de las hemorroides.
 3. Hemorroidectomía quirúrgica.
 4. Ligadura con bandas elásticas.
 5. Ninguno.
128. **Varón de 33 años que es traído a urgencias tras sufrir un accidente. En la evaluación inicial se objetivan: rotura esplénica, hematoma perirrenal izquierdo, neumotórax a tensión, fractura del 3ª vértebra dorsal con lesión medular incompleta y fractura de fémur izquierdo. La primera lesión a tratar es:**
1. La rotura esplénica.
 2. La lesión medular.
 3. El neumotórax a tensión.
 4. El traumatismo renal.
 5. La fractura de fémur.
129. **Varón de 34 años que presenta, tras traumatismo abdominal, una masa en expansión, dolor, palidez, parestesias, ausencia de pulsos e hipotensión arterial. Conociendo el diagnóstico de presunción, ¿cuál sería nuestra actitud?**
1. Intervención quirúrgica inmediata.
 2. Arteriografía urgente.
 3. Ecografía urgente.
 4. Pletismografía de impedancia.
 5. Drenaje del hematoma urgente.
130. **Un joven de 17 años presenta un cuadro de dolor epigástrico irradiado posteriormente a fosa ilíaca derecha, acompañado de febrícula, náuseas y vómitos. En la exploración presenta dolor, defensa muscular a la palpación en fosa ilíaca derecha. En los análisis tiene leucocitosis con neutrofilia y desviación izquierda. Ante este cuadro, ¿cuál es el signo radiológico que encontraremos con mayor probabilidad?**
1. Radiología de abdomen normal.
 2. Apendicolito radioopaco.
 3. Niveles hidroaéreos pequeños en región ileocecal.
 4. Imagen de íleo paralítico.
 5. Borramiento de la línea del psoas derecha.
131. **Paciente de 22 años que acude a usted por diarrea de 3 semanas de evolución con expulsión de sangre, fiebre de hasta 38° y dolor abdominal. No refiere antecedentes de interés y en los últimos meses no ha viajado fuera de su localidad habitual. El coprocultivo es negativo. ¿Cuál sería el primer proceso que deberíamos descartar?**
1. Amebiasis.
 2. Enfermedad inflamatoria intestinal.
 3. Diarrea enteroinvasiva por Shigella.
 4. Isquemia intestinal.
 5. Neoplasia.
132. **Un paciente de 35 años acude a su consulta por presentar dolor epigástrico intenso, de varios meses de evolución, que a veces le despierta por la noche y que cede con la ingesta, excepto con determinados alimentos (salsa de tomate, cebolla, alcohol y especias). Con sólo estos datos clínicos, señale cuál de los siguientes es su diagnóstico de sospecha:**
1. Cáncer de estómago.
 2. Úlcera duodenal penetrada en páncreas.
 3. Úlcera duodenal.
 4. Úlcera gástrica penetrada en páncreas.
 5. Úlcera gástrica.
133. **Varón de 70 años que consulta por disfagia progresiva que se acompaña, tres meses después de su inicio, de regurgitación alimenticia postingesta. Refiere pérdida de 10 kg de peso. En relación con**

estos datos, señale cuál de las siguientes afirmaciones **NO** es correcta:

1. Ha de indicarse una endoscopia oral para descartar el cáncer de esófago.
2. Si en la endoscopia se encuentra un esófago dilatado y sin peristaltismo, está excluido el cáncer porque se trata de una acalasia.
3. Si en la endoscopia no se ha encontrado tumor, debe indicarse una manometría esofágica porque podría tratarse de un trastorno motor primario.
4. La manometría normal excluye el diagnóstico de acalasia.
5. Puede ser muy difícil excluir malignidad porque los tumores que simulan acalasia se encuentran en la profundidad de la pared.

134. Varón de 45 años diagnosticado de hepatopatía crónica VHC+ sin episodios de descompensación previa, acude por aumento del perímetro abdominal en las últimas tres semanas. A la exploración destaca discreta ictericia subconjuntival, abdomen globuloso con circulación colateral y semiología de ascitis media. En la analítica presenta GOT 159, GPT 78, Bil. Tot. 3,1 mg/dl, Hb 9,8 mg/dl con VCM 87. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones considera INCORRECTA?

1. Dada la ausencia de fiebre y dolor abdominal no es necesario descartar peritonitis bacteriana espontánea.
2. Es imprescindible la realización de una ecografía para la correcta evaluación del paciente.
3. Iniciar tratamiento con dieta hiposódica y diuréticos.
4. Se debe realizar una endoscopia para descartar la presencia de varices esofágicas.
5. No está indicado tratar con interferon.

135. Una mujer de 35 años diagnosticada de infección crónica por VHC desde hace 2 años, acude a su consulta para valoración. La exploración física fue normal. También lo fueron los resultados analíticos incluidas las transaminasas. Se realizó una biopsia hepática que fue informada como mínimo infiltrado en el espacio porta. El RNA VHC fue positivo. ¿Qué actitud tomaría?

1. Administrar interferón durante seis meses.
2. Administrar interferón durante doce meses.
3. Tratamiento combinado interferon más ribavirina durante un año.
4. No está indicado tratar a esta paciente.
5. Tratamiento con lamivudina.

136. Un paciente con pancreatitis aguda evoluciona satisfactoriamente consiguiéndose aporte oral progresivo, sin presentar dolor abdominal, ni alteraciones analíticas por lo que se decide alta tras 3 semanas del ingreso. Un mes después del alta acude de nuevo a urgencias presentando dolor abdominal, náuseas y vómitos con fiebre de 38,5°C. En la exploración se aprecia una masa palpable en epigastrio y abdomen doloroso de forma difusa. ¿Cuál es su sospecha diagnóstica y su actitud diagnóstico-terapéutica inicial?

1. Aneurisma de aorta. TC abdominal - Cirugía urgente.
2. Colecistitis. ECO. Tratamiento antibiótico.
3. Pancreatitis crónica. CPRE. Analgésicos.
4. Pancreatitis aguda recidivante. ECO. Sueroterapia.
5. Pseudoquiste de páncreas infectado. Analítica. Hemocultivos. Sueroterapia y ATB. TC abdominal.

137. Varón de 34 años que acude por aumento en el número de deposiciones, con heces de coloración amarillenta, sin sangre ni moco, ha perdido 4-5 kg en las últimas semanas y presenta discreta palidez cutánea. No presenta otros antecedentes salvo catarros frecuente. Se realiza Van de Kammer con 16 gr grasa en heces/24h, el test de D-xilosa resulta normal. Usted sospecharía:

1. Sobrecrecimiento bacteriano.
2. Celiaca.
3. Insuficiencia pancreática exocrina.
4. Diarrea colérica.
5. Colon irritable.

138. Paciente varón, de 75 años, que desde hace cuatro años presenta dolor abdominal pocos minutos después de la ingesta. El dolor es tanto más intenso cuanto más copiosa sea la comida. No presenta anorexia, pero por temor al dolor postprandial come poco. El enfermo ha adelgazado doce kilos. El estudio de las heces muestra esteatorrea y la exploración abdominal resulta anodina, sin presentar signos de irritación peritoneal. ¿Cuál sería su diagnóstico de presunción?

1. Esprúe tropical.
2. Linfoma intestinal.
3. Colitis isquémica.
4. Enfermedad de Crohn.
5. Angina intestinal.

139. ¿Cuál de las siguientes **NO es una prueba que mida la insuficiencia hepatocelular?**

1. Medida de la albúmina.
 2. Cuantificación de la amoniemia.
 3. Aclaramiento de ácidos biliares.
 4. Medida del tiempo de protrombina.
 5. Medida de las transaminasas.
- 140. Paciente de 65 años que acude por epigastralgia de 2 meses de evolución que empeora con la ingesta. Se realiza gastroscopia descubriéndose úlcera de 2 cm de bordes irregulares en fundus gástrico. Las biopsias muestran inflamación aguda y crónica inespecífica con presencia de Helicobacter pylori. ¿Qué debería hacer a continuación?**
1. Tratamiento erradicador y antisecretor prolongado.
 2. Tratamiento erradicador y antisecretor prolongado, y posteriormente nueva endoscopia con toma de biopsias.
 3. Tratamiento antisecretor. No hay que hacer erradicación de Helicobacter en las úlceras gástricas.
 4. No confía en la biopsia y deriva al enfermo para cirugía.
 5. Tratamiento erradicador y posteriormente tránsito intestinal para comprobar curación.
- 141. Un paciente varón de 65 años acude a su consulta refiriendo pérdida de peso de aproximadamente 8 kg en 2 meses con anorexia, náuseas y vómitos, y refiere en la última semana emisión de heces claras (acólicas) y orinas oscuras (colúricas) con discreto dolor abdominal. A la exploración presenta discreta ictericia cutánea y franca de mucosas (escleróticas) con lesiones cutáneas de rascado. ¿Cuál es su diagnóstico de presunción?**
1. Colecistitis.
 2. Coledocolitiasis.
 3. Hidatidosis hepática.
 4. Cáncer de páncreas o periampular.
 5. Cáncer gástrico con metástasis hepáticas.
- 142. Enfermo de 58 años, con historia de hepatitis por el virus C en fase de cirrosis hepática, con episodios previos de ascitis actualmente compensada y varices esofágicas de gran tamaño. En una ecografía de seguimiento, se demuestra la presencia de una lesión focal de 3 cm. de diámetro de lóbulo hepático derecho que se confirma mediante tomografía computerizada. El valor de la alfafetoproteína es normal. Se realiza una punción diagnóstica que es compatible con carcinoma hepatocelular, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es INCORRECTA?**
1. La embolización transarterial no es un procedimiento de elección en este caso porque se reserva para tumores no subsidiarios de tratamiento con intención curativa.
 2. La resección quirúrgica del tumor se ve dificultada por la presencia de hipertensión portal.
 3. No es recomendable el trasplante hepático, porque el tamaño de este tumor incrementa las posibilidades de recidiva tumoral postrasplante.
 4. El tratamiento percutáneo con radiofrecuencia o alcoholización del tumor es un procedimiento terapéutico útil.
 5. El valor normal de la alfafetoproteína no excluye el diagnóstico de carcinoma hepatocelular.
- 143. Un paciente con antecedentes de colitis ulcerosa estable, acude a Urgencias por fiebre, diarrea intensa con rectorragia y dolor abdominal. La recto sigmoidoscopia demuestra úlceras y exudado purulento y hemorrágico. El enema muestra afectación severa de todo el colon. Se inicia tratamiento con esteroides y antibióticos. 48 horas después el paciente presenta hipotensión, taquicardia e intenso dolor abdominal. Se realiza placa de abdomen que muestra dilatación de 6 cm del colon. ¿Cuál sería la impresión diagnóstica y el tratamiento adecuado?**
1. Se trata de una colitis pseudomembranosa asociada. Medidas de soporte y tratamiento con metronidazol o vancomicina.
 2. Se trata de una perforación de colon. Tratamiento quirúrgico con colectomía urgente.
 3. Brote muy severo de colitis ulcerosa. Medidas de soporte, intensificación de tratamiento esteroideo y antibióticos de amplio espectro.
 4. Se trata de un megacolon tóxico. Tratamiento intensivo y colectomía si no mejora en 24 horas.
 5. Se trata de una sobreinfección por Salmonella enteritidis. Tratamiento intensivo y añadir ciprofloxacino.
- 144. Un paciente con colelitiasis es intervenido quirúrgicamente. Tras la intervención presenta malestar abdominal, dolor, náuseas, meteorismo..., muy semejantes los síntomas a los que presentaba antes de la cirugía. ¿Cuál es la causa más habitual de estos síntomas postcolecistectomía?**
1. Desorden extrabiliar ya presente antes de la colecistectomía.
 2. Coledocolitiasis.
 3. Colangiocarcinoma.
 4. Fístula biliar postoperatoria.
 5. Síndrome del muñón cístico.

IMAGEN 1



IMAGEN 2



IMAGEN 3



IMAGEN 4



IMAGEN 5

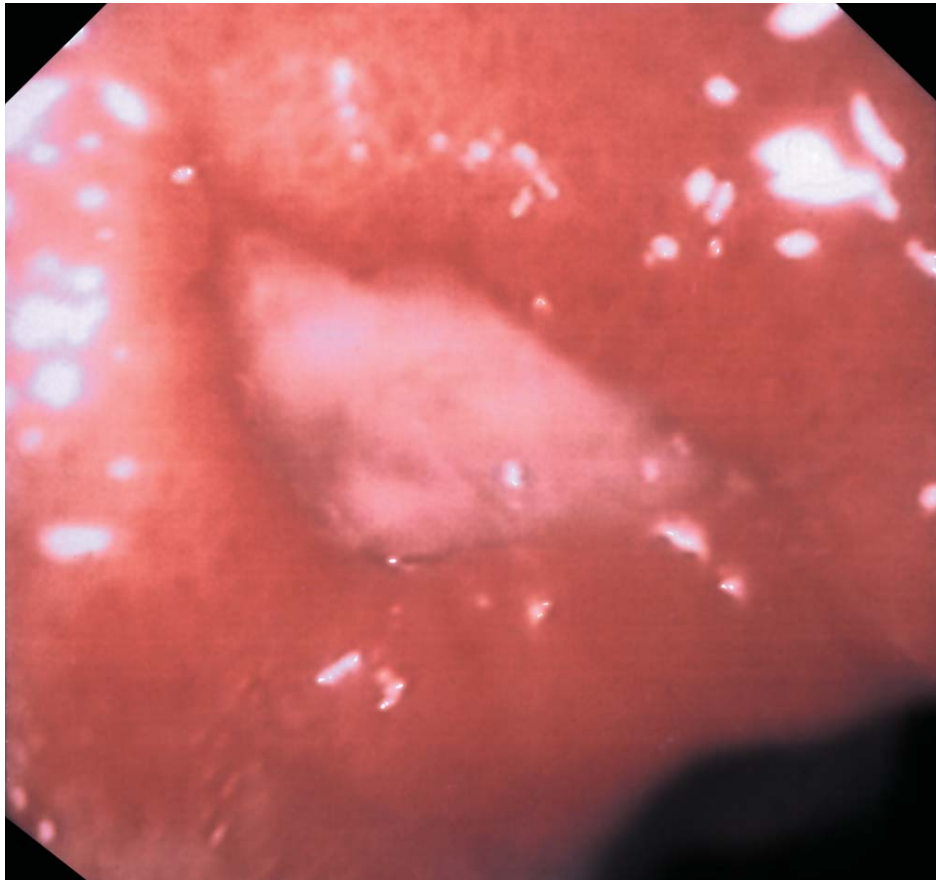


IMAGEN 6

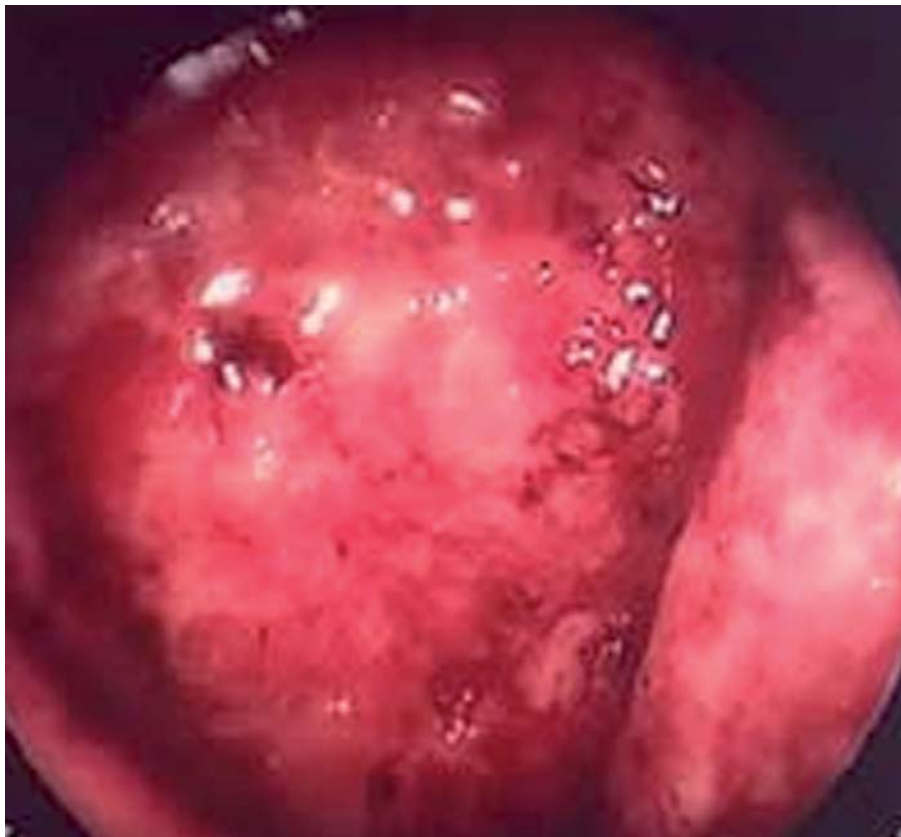


IMAGEN 7

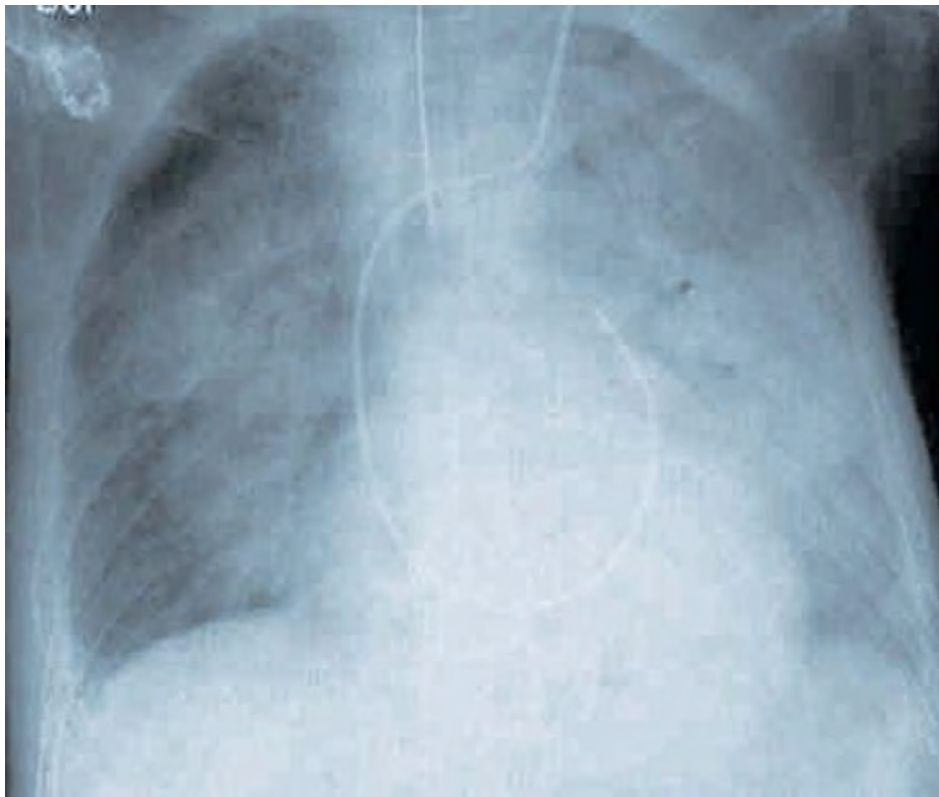


IMAGEN 8

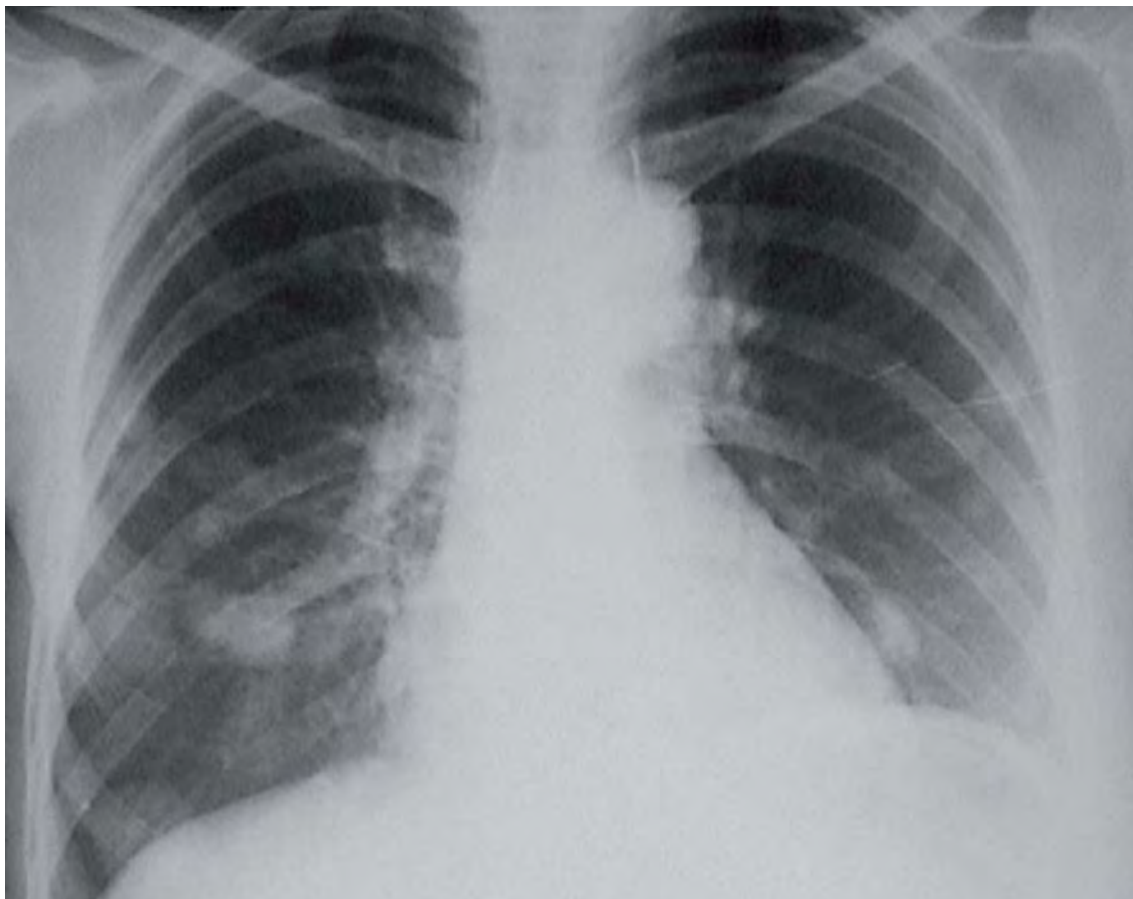


IMAGEN 9

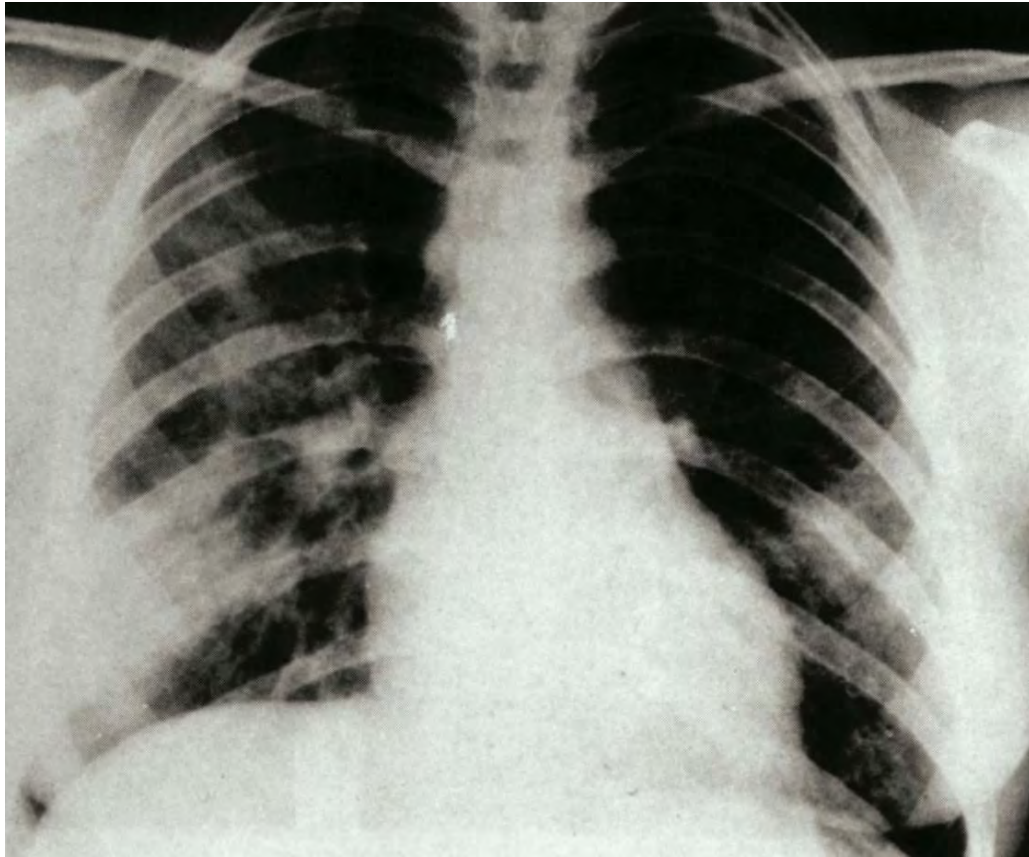


IMAGEN 10



IMAGEN 11

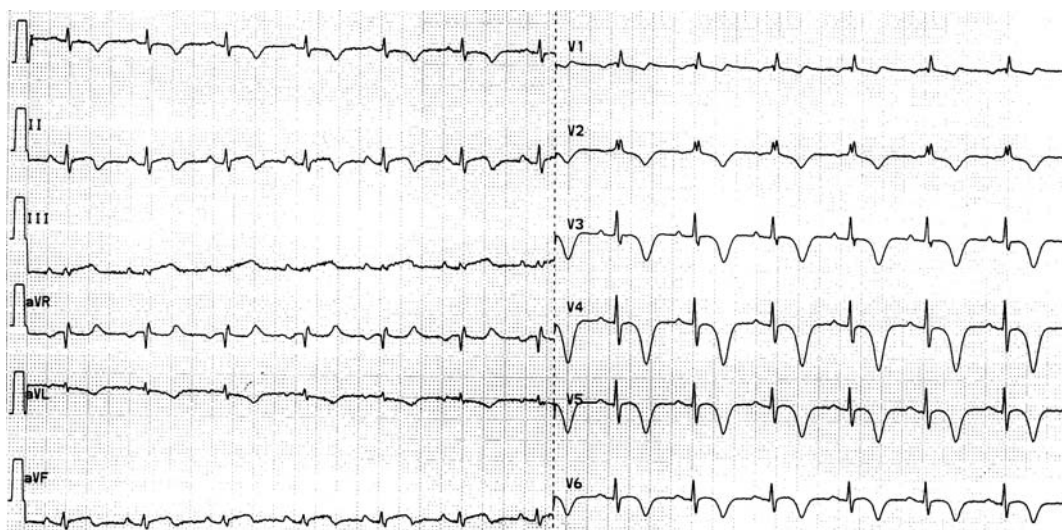


IMAGEN 12

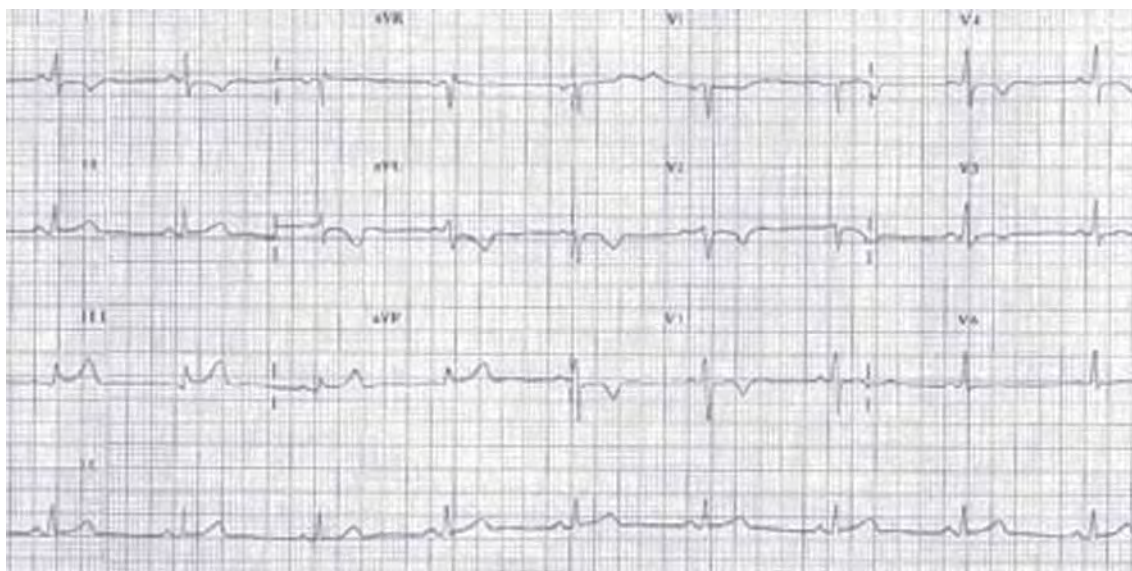
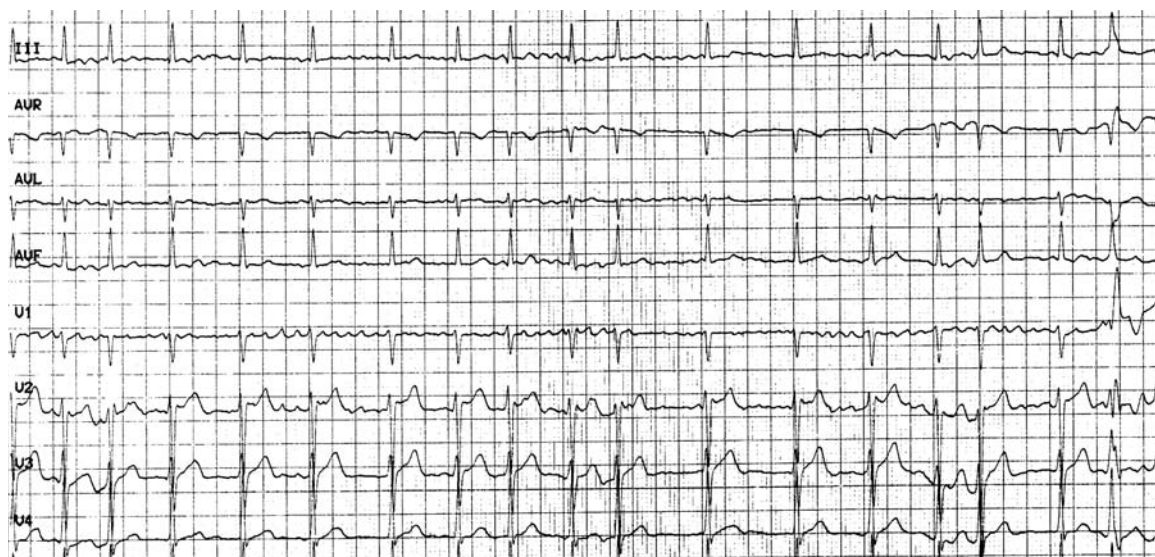


IMAGEN 13



CTO
Medicina