

**sescam**

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



**Castilla-La Mancha**

## **Facultativo/a Especialista de Área Cirugía Oral y Maxilofacial**

**08/03/2026**

**Procesos selectivos convocados mediante Resolución de 23/06/2025 (D.O.C.M. nº 138, de 21 de julio), de la Dirección General de Recursos Humanos y Transformación del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam).**

### **INSTRUCCIONES:**

- 1. No abra este cuestionario hasta que se le indique.**
- 2. Utilice bolígrafo negro o azul. Antes de comenzar, lea detenidamente las instrucciones que figuran al dorso de la "Hoja de Examen".**
- 3. Este cuestionario consta de 100 preguntas y 5 de reserva. Si observa alguna anomalía en la impresión del cuestionario solicite su sustitución.**
- 4. Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en la "Hoja de Examen" es el que corresponde con el número de pregunta del cuestionario.**
- 5. Todas las preguntas de este cuestionario tienen el mismo valor y una sola respuesta correcta.**
- 6. Las respuestas deberán ser marcadas en la "Hoja de Examen" teniendo en cuenta estas instrucciones y las contenidas en la propia "Hoja de Examen".**
- 7. El tiempo de realización de este ejercicio es de 120 minutos. Para aquellas personas con discapacidad que hayan solicitado adaptación, la duración concreta se ha establecido según el tipo de discapacidad y de acuerdo con la normativa vigente.**
- 8. Este cuestionario puede utilizarse en su totalidad como borrador, pudiendo llevarse el mismo una vez finalizada la prueba.**
- 9. No está permitido el uso de calculadora, libros, documentación, teléfono móvil, relojes inteligentes o cualquier otro dispositivo electrónico.**
- 10. No olvide firmar la "Hoja de Examen" en el lugar reservado al efecto.**

**Grupo: A01  
034**



1. **El derecho a la protección de la salud se reconoce expresamente en la Constitución Española en el artículo:**
  - a) 41.
  - b) 42.
  - c) 43.
  - d) 44.
2. **A efectos de lo dispuesto en la Ley 12/2010, de 18 de noviembre, de igualdad entre mujeres y hombres de Castilla-La Mancha, se entiende por participación equilibrada:**
  - a) La presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto a que se refiera, las personas de cada sexo no superen el 60 por ciento ni sean menos del 40 por ciento.
  - b) La presencia de mujeres y hombres de forma que, en el conjunto a que se refiera, las personas de cada sexo representen en todo caso el 50 por ciento.
  - c) Una diferencia de presencia entre mujeres y hombres, en el conjunto a que se refiera, que no sea superior al 25 por ciento.
  - d) Una diferencia de presencia entre mujeres y hombres, en el conjunto a que se refiera, que no sea superior al 30 por ciento.
3. **El Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha queda configurado territorialmente por las demarcaciones geográficas denominadas:**
  - a) Zonas básicas de salud
  - b) Distrito de salud.
  - c) Áreas de Salud.
  - d) Delegaciones territoriales de salud
4. **Según el Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, es causa de extinción de la condición de personal estatutario fijo:**
  - a) La renuncia
  - b) La incapacidad temporal
  - c) Nunca se pierde la condición de personal estatutario fijo
  - d) Por cualquier sanción disciplinaria por falta grave
5. **Según establece la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, el titular del derecho a la información asistencial es:**
  - a) El paciente y las personas vinculadas a él por razones familiares.
  - b) El paciente y las personas vinculadas a él por razones familiares y de hecho.
  - c) El paciente y las personas vinculadas a él por razones de hecho.
  - d) El paciente.
6. **Para poder declarar en excedencia voluntaria por interés particular al personal estatutario cuando lo solicite, será preciso haber prestado servicios efectivos en cualquiera de las Administraciones públicas durante:**
  - a) Los tres años inmediatamente anteriores
  - b) Los dos años inmediatamente anteriores
  - c) Los dos años inmediatamente anteriores o tres con interrupción
  - d) Los cinco años inmediatamente anteriores
7. **¿Cuál de los siguientes músculos interviene en la apertura bucal?**
  - a) Músculo pterigoideo lateral
  - b) Músculo digástrico
  - c) Músculo pterigoideo medial
  - d) a y b son correctos
8. **¿Cuál es el signo patognomónico característico de la fisura palatina submucosa?**
  - a) Una comunicación oronasal evidente a simple vista.
  - b) La presencia de úvula bífida únicamente.
  - c) La ausencia de la espina nasal posterior al realizar la palpación.
  - d) La presencia de dientes supernumerarios en el maxilar.

9. ¿Cuál es la principal fuente de anclaje y estabilidad primaria para un implante cigomático en pacientes que presentan una atrofia maxilar severa?
- El reborde alveolar residual
  - El proceso palatino del maxilar
  - El cuerpo del hueso cigomático (malar)
  - La espina nasal anterior
10. Una de las siguientes estructuras no deriva de primer arco faríngeo (arco branquial):
- mandíbula
  - vientre anterior del músculo digástrico
  - nervio facial
  - músculo temporal
11. Encontraremos epitelio respiratorio en:
- vestíbulo nasal
  - nasofaringe
  - orofaringe
  - ninguno de los anteriores
12. En la exploración física de un paciente que ha sufrido un traumatismo facial, si se objetiva una mordida abierta anterior irreductible, nuestro diagnóstico inicial de sospecha sería:
- Fractura bilateral de cóndilo mandibular.
  - Fractura tipo Le Fort.
  - Fractura de cuerpo mandibular.
  - a y b son correctas.
13. Indique la frase incorrecta:
- La parálisis unilateral de la rama motora del V par craneal produce una desviación de la apertura oral hacia el lado enfermo.
  - En la parálisis unilateral del XII par craneal hay una desviación de la lengua hacia el lado afecto al realizar una protrusión de la lengua.
  - En las parálisis centrales o supranucleares del VII par craneal, en la exploración es típico el hallazgo del signo de Bell.
  - La afectación intrapetrosa del VII par produce alteración del gusto de los  $\frac{2}{3}$  anteriores de la lengua.
14. Si en la exploración física de un paciente observamos hipertrofia de las glándulas submaxilares y parotidomegalia bilateral, indique la frase correcta:
- Se debe descartar la presencia de una sarcoidosis.
  - Debemos descartar una leucemia o un linfoma.
  - Valorar la posibilidad de un lupus eritematoso.
  - Todas son correctas.
15. Después de realizar una sialografía, cuál de las siguientes afirmaciones no se corresponde con las imágenes obtenidas en dicha prueba:
- La imagen en "perdigonada" donde se aprecian múltiples sialoectasias de pequeño tamaño puede verse en una parotiditis crónica recidivante.
  - el aspecto de "árbol podado" (*pruned tree*), que es más característico del síndrome de Sjögren y no de la parotiditis recidivante simple
  - El desplazamiento de los canalículos salivales alrededor de un núcleo no visible se debe únicamente a la existencia de una tumoración.
  - En la parotiditis crónica juvenil recurrente las múltiples sialectasias distribuidas por la glándula le otorgan una apariencia similar a un árbol de manzano florecido

**16. De las siguientes patologías ¿Cuál no tiene restringida o prohibida la utilización de anestésico local con vasoconstrictor por el riesgo de complicaciones sistémicas agudas?:**

- a) Feocromocitoma.
- b) Miastenia gravis.
- c) Angina inestable.
- d) Glaucoma de ángulo estrecho.

**17. ¿Cuál de las siguientes entidades no es un efecto indeseable de la utilización de anestésicos locales a grandes dosis?:**

- a) Hipertensión arterial.
- b) Temblores y convulsiones.
- c) Insuficiencia respiratoria.
- d) Disminución de la excitabilidad eléctrica a nivel cardiovascular.

**18. En relación con las diferentes técnicas de sutura para el cierre de una herida, señale la frase que no es correcta:**

- a) Las suturas activas han demostrado una disminución en la tasa de infección de las heridas.
- b) La punta triangular de corte transversal está indicada para tejidos blandos fáciles de penetrar y para tejidos parenquimatosos.
- c) En el caso de utilizar sutura continua en una zona con mucha tensión, la sutura de Reverdin proporciona mayor estabilidad a los tejidos que una sutura continua simple y evita el deslizamiento del hilo.
- d) Si se utiliza un adhesivo biológico (cianoacrilato) se debe aplicar al menos tres capas con un tiempo de espera de capa a capa de unos 30 segundos.

**19. Atendiendo al tiempo que disponemos para realizar la actuación terapéutica necesaria, señale la frase incorrecta de los diferentes tipos de Urgencia en Cirugía Maxilofacial:**

- a) Urgencia mediata (puede esperar horas, pero no puede esperar días), como en el caso de una obstrucción de vías aéreas superiores.
- b) Urgencia relativa (se dispone de un plazo no superior a 15 días), como en el caso de determinadas fracturas faciales.
- c) Las infecciones que provocan celulitis y abscesos odontógenos pueden incluirse tanto en urgencias inmediatas como en las mediatas.
- d) a y c son incorrectas.

**20. En la utilización del LASER se deben tener en cuenta una serie de medidas para disminuir las complicaciones y riesgos para el paciente y el equipo quirúrgico. Señale la frase incorrecta en relación a las mismas:**

- a) Para disminuir el daño térmico lateral de los tejidos que aumenta el dolor y el edema se ajustará la potencia del LASER para conseguir el mismo efecto con el menor tiempo de exposición.
- b) Con todos los tipos de LASER el personal que se encuentre dentro del quirófano debe protegerse con gafas, que pueden ser convencionales siempre que tengan protecciones laterales.
- c) Deben emplearse anestésicos no inflamables si se utiliza anestesia general y tubo endotraqueal protegido con gasas humedecidas.
- d) Uso de aspirador de humo, dado que no hay seguridad de la presencia o no de células tumorales o gérmenes viables en la columna de humo.

**21. Las aplicaciones y consideraciones técnicas son diferentes en función del tipo de LASER utilizado. Señale la afirmación incorrecta:**

- a) La onda del láser Nd:YAG es absorbida principalmente por la hemoglobina y melanina, por lo que se utiliza en el tratamiento de lesiones pigmentadas o muy vascularizadas.
- b) El láser de Argón se puede utilizar en la enfermedad periodontal porque la absorción por el tejido duro dental es escasa.
- c) El láser de CO<sub>2</sub> emite luz en el espectro infrarrojo lejano, con una longitud de onda principal de 10,600 nanómetros (9-11 micrómetros), cuya energía es altamente absorbida por el agua de los tejidos.
- d) En el láser de CO<sub>2</sub> con el aumento de la distancia focal conseguimos un corte más fino y profundo.

- 22. Entre las diferentes situaciones que ocurren en el desarrollo de una osteonecrosis maxilar asociada a medicamentos, no es cierto:**
- a) Localización en maxilar superior (70%) en comparación con mandíbula (30%).
  - b) El riesgo más elevado se da en pacientes con mieloma múltiple sometidos a tratamiento i.v. con ácido zoledrónico.
  - c) El tratamiento antirresortivo oral suele considerarse como una contraindicación temporal para implantes dentales, aunque no existe un consenso generalizado.
  - d) El tiempo medio de aparición de osteonecrosis maxilar asociada a medicamentos es por encima de los 5 años para bifosfonatos orales y alrededor de 1 año en caso de administración i.v.
- 23. Indique cual es el mecanismo de acción correcto de los diferentes fármacos identificados actualmente como agentes productores de osteonecrosis maxilar asociada a medicamentos:**
- a) Los bifosfonatos inhiben la función de los osteoclastos, mediante fijación al hueso de forma temporal (< de 2 años).
  - b) Romosozumab se une a la esclerostina para activarla, aumentando así la producción de matriz ósea por parte de los osteoblastos.
  - c) Denosumab no se une al hueso, por lo que su efecto sobre la remodelación ósea disminuye a partir de los 6 meses de la interrupción del tratamiento.
  - d) Todas son correctas.
- 24. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas en el estadio 3 de la osteonecrosis maxilar asociada a medicamentos presenta poca evidencia científica como para recomendar su utilización?:**
- a) Clorhexidina oral.
  - b) Oxígeno hiperbárico u ozonoterapia.
  - c) Antibiótico i.v.
  - d) Eliminación de secuestros óseos y dientes implicados.
- 25. La cirugía perirradicular correctora tiene unas indicaciones muy concretas, señale cuál de las enumeradas a continuación es una de esas indicaciones:**
- a) Cuando el tratamiento endodóncico convencional no ha logrado el éxito deseado.
  - b) En el caso de que un tratamiento de conductos fracasado sea imposible volver a tratarlo o no se prevea un mejor resultado con una reendodoncia.
  - c) Fracaso de tratamiento convencional en un diente pilar de una prótesis fija, para mantener el puente, actuando la prótesis remanente como pónico.
  - d) Todas las anteriores son correctas.
- 26. Indique la frase INCORRECTA en referencia a las ventajas de la técnica de injerto de tejido conectivo sobre el injerto libre de encía:**
- a) Presenta mejores resultados estéticos, dado que no hay diferencias en la coloración gingival.
  - b) No es aconsejable el uso de apósitos periodontales.
  - c) Tiene mayor poder de revascularización.
  - d) En la herida de la zona donante se puede realizar un cierre primario.
- 27. Indique la afirmación correcta referente a la clínica de las enfermedades periodontales:**
- a) En la clasificación de movilidad dental, el grado II hace referencia a movilidad del diente en sentido vestibulo-bucal menor a 1 mm y nula en sentido ocluso-apical.
  - b) En la clasificación de Miller de las recesiones gingivales, que introduce factores pronósticos, en los grados I y II se puede predecir un recubrimiento parcial radicular después del tratamiento correspondiente.
  - c) En la clasificación de la afectación furcal el grado III supone una destrucción tisular completa que permite el paso de la sonda a través de las raíces desde vestibular a lingual o palatino.
  - d) Todas son incorrectas.
- 28. De las siguientes afirmaciones, marque la FALSA en relación al concepto de oclusión mutuamente protegida:**
- a) También se denomina oclusión orgánica o funcional.
  - b) Es el esquema oclusal tenido en consideración para la ejecución de una prótesis completa.
  - c) Se basa en el principio de coincidencia entre relación céntrica y máxima intercuspidad.
  - d) Hay contactos bilaterales más intensos en los dientes posteriores que en los anteriores.

**29. La clase I de la Clasificación de Kennedy-Applegate hace referencia a:**

- a) Áreas edéntulas bilaterales posteriores.
- b) Área edéntula unilateral posterior.
- c) Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores, donde el diente anterior no es adecuado para ser usado como pilar.
- d) Área edéntula limitada por dientes anteriores y posteriores capaces de asumir el soporte total de la prótesis.

**30. La mucormicosis rinocerebral es una forma de micosis invasiva, señale la FALSA:**

- a) El diagnóstico de sospecha se hace mediante cultivo de tejido en Agar-Sabouraud.
- b) La anfotericina B a altas dosis es eficaz.
- c) El tratamiento quirúrgico agresivo temprano, junto al farmacológico, es el tratamiento de elección.
- d) Las hifas tienen predilección por las arterias, formando trombos que provocan necrosis de los tejidos circundantes.

**31. Señale el enunciado FALSO en relación a las características de los diferentes tipos de injertos óseos:**

- a) El injerto de tejido autólogo es considerado el gold-standard.
- b) El xenoinjerto carece de capacidad osteoinductora.
- c) La osteoconducción hace referencia a la capacidad de establecer una matriz de soporte que guía y favorezca el desarrollo de tejido óseo.
- d) Los injertos de hidroxiapatita presentan una tasa de reabsorción elevada.

**32. ¿Cuál de las siguientes opciones no se considera una ventaja de las sobredentaduras?**

- a) Económica, son más baratas que una prótesis fija sobre implantes.
- b) Permite camuflar maloclusiones en pacientes que no se han sometido a una cirugía ortognática.
- c) No ser necesario un adecuado paralelismo entre implantes si elegimos retener la prótesis mediante anclajes axiales.
- d) Menor dificultad en la técnica quirúrgica.

**33. Una infección odontogénica del primer molar inferior perfora la cortical lingual por encima de la inserción del músculo milohioideo. ¿Cuál es el trayecto de diseminación más probable y su correlato clínico inicial?**

- a) Espacio submandibular con tumefacción cervical baja.
- b) Espacio sublingual con elevación del suelo de la boca.
- c) Espacio pterigomandibular con limitación de apertura.
- d) Espacio maseterino con tumefacción preauricular

**34. Respecto a la tuberculosis orofacial secundaria, señale la opción CORRECTA:**

- a) En adultos es menos frecuente que la primaria.
- b) Afecta preferentemente al paladar duro.
- c) En caso de falta de respuesta al tratamiento, hay que sospechar cáncer coexistente con tuberculosis oral.
- d) El tratamiento es quirúrgico.

**35. Señale la opción FALSA en relación a la enfermedad por arañazo de gato:**

- a) Un tratamiento prolongado con penicilina a altas dosis junto con la cirugía es la mejor arma terapéutica.
- b) Está producida por Bartonella Henselae.
- c) El diagnóstico requiere confirmación con serología positiva.
- d) Tiene buen pronóstico.

**36. Paciente de 19 años que acude al servicio de urgencias de su hospital por avulsión de pieza 21, la cual trae en un bote estéril con leche. Señale la respuesta CORRECTA en relación a dicho caso clínico:**

- a) Un tiempo de secado extraoral de la pieza superior a 60 minutos ensombrece el pronóstico independientemente de si se ha conservado en un medio de almacenamiento adecuado.
- b) Se recomienda el reimplante lo antes posible.
- c) Existen situaciones individuales en las que la reimplantación no está indicada.
- d) Todas son correctas.

- 37. De las siguientes heridas, ¿cuál cree usted que estaría indicado suturar en quirófano bajo anestesia general?:**
- a) Herida facial de 7 centímetros en paciente de 3 años.
  - b) Herida penetrante preauricular izquierda con parálisis facial completa izquierda.
  - c) Herida compleja en sínfisis mandibular con pérdida de sustancia por intento autolítico con arma de fuego.
  - d) Todas las anteriores.
- 38. Según Miller, una recesión que sobrepasa la línea mucogingival SIN pérdida ósea interproximal es:**
- a) Clase I.
  - b) Clase II.
  - c) Clase III.
  - d) Clase IV.
- 39. Según la Clasificación de Cawood y Howell, un reborde alveolar en forma de cuchillo corresponde a:**
- a) Clase II.
  - b) Clase III.
  - c) Clase IV.
  - d) Clase V.
- 40. Señale la respuesta FALSA en relación a la cronología de la erupción dental:**
- a) Los caninos permanentes erupcionan entre los 9 y 12 años.
  - b) El primer diente en erupcionar es habitualmente el incisivo central inferior.
  - c) En dentición temporal los primeros molares erupcionan más tarde que los incisivos y los caninos.
  - d) El primer molar inferior permanente erupciona a los 6 años, aproximadamente.
- 41. Señale la respuesta CORRECTA, en relación al manejo adecuado de las heridas cérvico-faciales:**
- a) La antibioterapia adecuada es la actuación más importante para disminuir la incidencia de infecciones.
  - b) El afeitado disminuye el riesgo de infección.
  - c) Se recomienda recortar las cejas para poder alinearlas bien al suturar.
  - d) Todas las anteriores son falsas.
- 42. ¿Cuál de los siguientes no se considera un factor de riesgo para el desarrollo de la complicación de Reabsorción Condílea Progresiva?:**
- a) Sexo femenino
  - b) Edad superior a 40 años.
  - c) Ángulo de plano oclusal elevado.
  - d) Clase II esquelética.
- 43. Existen ciertas diferencias entre las prótesis atornilladas o cementadas sobre implantes unitarios, señale el enunciado FALSO:**
- a) Las prótesis cementadas presentan menor riesgo de periimplantitis.
  - b) Las prótesis atornilladas son más fáciles de retirar.
  - c) En las prótesis cementadas la estética es mejor.
  - d) La prótesis atornillada estaría indicada cuando la plataforma del implante está más de 3 mm. submucosa.
- 44. Respecto a las fracturas faciales, señale el enunciado FALSO:**
- a) La fractura facial aislada más frecuente es la mandibular
  - b) Las fracturas de cóndilo mandibular son las fracturas mandibulares más frecuentes en población pediátrica
  - c) Las fracturas mandibulares múltiples más frecuentes ocurren en la parasíntesis asociada al ángulo o al cóndilo
  - d) En la fractura tipo Le Fort I se produce una separación del bloque dentoalveolar del maxilar de las apófisis pterigoides

**45. En relación a las fracturas del complejo naso-etmoido-orbitario, una de las siguientes aseveraciones NO es correcta:**

- a) El complejo nasoetmoidal es el área anatómica de confluencia de los huesos frontal, etmoidal, lacrimal y nasal.
- b) La pérdida de líquido cefalorraquídeo es un signo clínico que puede aparecer si acontece esta fractura.
- c) Se clasifican en tres tipos (Markowitz), según el grado de fractura en la zona de inserción del tendón cantal medial.
- d) En el tipo II de MARKOWITZ, existe conminución del fragmento central asociada a la avulsión (desprendimiento total) del tendón cantal medial del hueso

**46. En relación con la Leucoplasia Velloso Oral uno de los enunciados NO es cierto:**

- a) Suele asociarse estrechamente a estados de inmunodeficiencia, particularmente a la infección por el VIH
- b) Su presencia indica el comienzo de una inmunosupresión leve ( $CD4 > 300-499$  cels/mm).
- c) Es provocada por el virus de Epstein Barr.
- d) No precisa tratamiento, salvo por motivos estéticos.

**47. El síndrome de Melkersson-Rosenthal, es una enfermedad poco frecuente cuya tríada característica no incluye:**

- a) Edema orofacial recidivante (granulomatosis orofacial).
- b) Lengua fisurada (con surcos profundos).
- c) Parálisis facial.
- d) Oftalmoparesia.

**48. ¿Qué afirmación es correcta al referirnos a la Articulación Temporomandibular?:**

- a) Es una articulación de tipo diartrosis bicondílea.
- b) La cápsula que cubre la articulación está formada por fibras externas temporomaxilares, y fibras internas temporomeniscales y meniscomaxilares.
- c) Las fibras internas temporomeniscales y la zona bilaminar, constituyen el freno meniscal posterior.
- d) Todas las anteriores son correctas

**49. El tumor benigno más frecuente en la articulación temporomandibular es:**

- a) Osteocondroma.
- b) Mixoma.
- c) Sinovitis pigmentaria villonodular.
- d) Condromatosis sinovial

**50. Qué afirmación NO es correcta, cuando nos referimos a la Artrocentesis de la Articulación Temporomandibular:**

- a) Es una forma de tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo en pacientes que sufren patología disfuncional de la ATM.
- b) Consiste en el lavado de la articulación pudiéndose infiltrar algún tipo de fármaco o sustancia.
- c) El bloqueo discal agudo y la anquilosis son indicaciones de artrocentesis.
- d) El motivo de la mejoría de los pacientes está en relación con la eliminación de mediadores químicos inflamatorios y cambios en la presión intraarticular.

**51. Es una clasificación funcional empleada para el diagnóstico clínico o seguimiento del paciente con parálisis facial:**

- a) Escala de House-Brackmann
- b) Escala de Seibert
- c) Escala de Sunnybrook
- d) a y c son correctas

**52. El virus que más frecuentemente se asocia al desarrollo del Eritema Multiforme o Polimorfo es:**

- a) Virus Epstein Barr.
- b) Adenovirus.
- c) Herpes simple 1 y 2.
- d) Ninguno de los anteriores

**53. No es cierto con respecto al penfigoide:**

- a) Es una enfermedad causada por la reacción de anticuerpos contra componentes de los epitelios
- b) Esta reacción provoca la formación de ampollas intraepiteliales, lo que significa que la separación del tejido por encima de la capa de células basales.
- c) Las ampollas suelen aparecer característicamente en el paladar
- d) Las lesiones suelen desencadenarse tras pequeños traumatismos en la mucosa

**54. En el diseño de una rehabilitación, ¿cuál es el espacio mínimo recomendado que debe respetarse entre dos implantes contiguos para asegurar un correcto mantenimiento del hueso y los tejidos blandos?**

- a) 1,5 mm
- b) 3 mm
- c) 7 mm
- d) 10 mm

**55. En los últimos 20 años, la epidemiología del carcinoma escamoso de orofaringe ha experimentado un cambio significativo en países desarrollados. Según los datos del National Cancer Institute (NCI) y las guías del NCCN, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la etiología y la prevención de estos tumores es CORRECTA?**

- a) El principal factor de riesgo sigue siendo el consumo combinado de tabaco y alcohol, y los programas de cribado mediante tinción con toluidina azul de la mucosa oral son eficaces para prevenir la mortalidad.
- b) Una proporción creciente de casos, especialmente en pacientes jóvenes no fumadores, está causada por la infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) de alto riesgo (principalmente VPH-16), y la vacunación profiláctica contra el VPH es la medida de prevención primaria más importante.
- c) La infección por el Virus de Epstein-Barr (VEB) es el agente etiológico predominante en el cáncer de amígdala y base de lengua, de manera similar a lo que ocurre en el carcinoma nasofaríngeo.
- d) La exposición laboral a asbestos y polvo de madera es el factor de riesgo ocupacional más vinculado al cáncer de suelo de boca, por lo que el uso de mascarillas es la piedra angular de la prevención.

**56. ¿Cuál de las siguientes complicaciones es la menos frecuente cuando se realiza una artrocentesis de la Articulación Temporomandibular?**

- a) Reflejo trigémino-cardíaco.
- b) Hipoestesia del nervio aurículo-temporal.
- c) Edema parafaríngeo.
- d) Mordida abierta posterior transitoria.

**57. Paciente de 45 años, gran fumador, diagnosticado de un carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de la mucosa yugal derecha, de 2.5 cm de diámetro mayor (cT2), sin adenopatías palpables ni en la ecografía cervical (cN0). La lesión no infiltra músculo buccinador. Según las guías del NCCN, ¿cuál es el plan de tratamiento MÁS APROPIADO y con intención curativa?**

- a) Radioterapia con quimioterapia adyuvante, para preservar la anatomía y función.
- b) Radioterapia exclusiva sobre el tumor primario y regiones cervicales bilaterales.
- c) Cirugía de resección del tumor primario con márgenes de seguridad (1 cm) y disección cervical selectiva ipsilateral (niveles I-III).
- d) Quimioterapia de inducción (con esquema TPF) seguida de reevaluación para cirugía o radioterapia, dada la localización.

**58. ¿Cuál es la localización más frecuente del carcinoma epidermoide (de células escamosas) dentro de la cavidad oral?**

- a) Suelo de boca
- b) Encía
- c) Mucosa yugal
- d) Lengua móvil (dos tercios anteriores y bordes laterales)

- 59. Dentro de los sarcomas de partes blandas de cabeza y cuello, ¿cuál es el tipo histológico más frecuente en la población pediátrica?**
- a) Rhabdomyosarcoma
  - b) Liposarcoma
  - c) Histiocitoma fibroso maligno (Sarcoma pleomórfico indiferenciado)
  - d) Fibrosarcoma
- 60. En el contexto de las lesiones cutáneas premalignas del área facial, según las guías del NCCN y el National Cancer Institute, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre la Queratosis Actínica (QA) es la CORRECTA?**
- a) Es una lesión puramente benigna que no requiere tratamiento, solo observación.
  - b) Se considera un carcinoma escamoso in situ (Enfermedad de Bowen) y su riesgo de progresión a carcinoma espinocelular invasivo es insignificante.
  - c) Representa una neoplasia intraepitelial de queratinocitos inducida por daño actínico crónico, con una tasa de transformación anual estimada del 0.025% al 16% por lesión, siendo la crioterapia un tratamiento de primera línea bien establecido.
  - d) Su tratamiento de elección es siempre la escisión quirúrgica con márgenes amplios, independientemente de su número y localización.
- 61. ¿En el caso de un carcinoma de células escamosas de cavidad oral en estadio T2 con un cuello clínicamente negativo (cN0), ¿qué frecuencia de metástasis ganglionares cervicales subclínicas (ocultas) se ha observado en grandes series de pacientes?**
- a) Menos del 10 %.
  - b) Aproximadamente un 20 %.
  - c) El porcentaje de metástasis ocultas varía enormemente en función de la localización del tumor primario.
  - d) Superior al 80 %.
- 62. Un paciente presenta un nódulo firme, de rápido crecimiento, color rojo-violáceo e indoloro en el pabellón auricular. La biopsia reporta un Carcinoma de Células de Merkel. Según las guías del NCCN y la evidencia del NCI, ¿cuál es el factor pronóstico PRIMARIO y el abordaje quirúrgico inicial RECOMENDADO para esta lesión localizada?**
- a) El factor pronóstico primario es el tamaño tumoral >2 cm, y el tratamiento es la escisión simple con margen de 1 cm.
  - b) El factor pronóstico primario es la presencia de metástasis en ganglios linfáticos regionales, y el abordaje estándar incluye la escisión local con márgenes de 1-2 cm (cuando sea posible) y la valoración del ganglio centinela.
  - c) La localización en cabeza y cuello no influye en el pronóstico, y el tratamiento de elección es la radioterapia exclusiva sin cirugía.
  - d) El único factor pronóstico relevante es la edad del paciente, y se recomienda la escisión con márgenes amplios de 3 cm junto con linfadenectomía radical profiláctica del cuello.
- 63. El melanoma nodular se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO**
- a) Aparece alrededor de los 50 años
  - b) Se extiende verticalmente desde etapas tempranas
  - c) Positividad para la proteína S-100 y HMB-45
  - d) Presenta formas asimétricas y con bordes irregulares
- 64. En el tratamiento quirúrgico del Melanoma Cutáneo de cabeza y cuello, según los consensos del NCCN y el AJCC Cancer Staging Manual (base del NCI), ¿cuál es el margen de escisión recomendado para un melanoma invasivo primario con un espesor de Breslow de 1.5 mm (T2b)?**
- a) Margen de 0.5 cm, dado que en cabeza y cuello los márgenes amplios no son necesarios por razones estéticas.
  - b) Margen de 1 cm, ya que es suficiente para todos los melanomas de menos de 2 mm de espesor.
  - c) Margen de 2 cm, que es el estándar para tumores T2 (1.01-2.00 mm) y T3 (2.01-4.00 mm) cuando es anatómicamente factible.
  - d) Margen de 3 cm, recomendado para cualquier melanoma mayor de 1 mm de espesor, independientemente de su localización.

- 65. Un paciente de 45 años, sin hábitos tóxicos, presenta una masa cervical lateral única, indolora, de 3 cm de diámetro mayor, de consistencia pétrea y fija a planos profundos. La nasofibrolaringoscopia y la exploración otorrinolaringológica completa son absolutamente normales. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) informa de "carcinoma escamoso moderadamente diferenciado". ¿Cuál es la actitud diagnóstica más apropiada y fundamentada según las guías actuales (NCCN, NCI)?**
- a) Una disección cervical radical modificada del lado afectado y reevaluar posteriormente la posible localización primaria.
  - b) Indicar una panendoscopia con biopsias dirigidas de áreas de riesgo (fosa nasal, base de lengua, nasofaringe, hipofaringe) y amigdalectomía ipsilateral, junto con estudios de imagen (PET-TAC).
  - c) Iniciar tratamiento quimiorradioterápico empírico, asumiendo un tumor primario de cabeza y cuello oculto.
  - d) Realizar un TC cérvico-facial y tóraco-abdominal de extensión.
- 66. Un paciente de 55 años, fumador y bebedor, acude por una úlcera indurada en la encía adherida mandibular que no cura en 3 meses, con dolor y parestesia en el labio inferior ipsilateral. La ortopantomografía muestra una imagen osteolítica "en bocados" mal definida que destruye la cortical lingual. La biopsia informa de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado. La TC de cuello y tórax no muestra metástasis a distancia. Según las guías del NCCN para el cáncer de cavidad oral, ¿cuál sería la clasificación T más probable y el pilar fundamental del tratamiento inicial para esta lesión?**
- a) T1, y se trataría inicialmente con radioterapia.
  - b) T2, indicándose cirugía de rescate tras quimiorradioterapia.
  - c) T4a, y se realizaría inicialmente resección quirúrgica primaria con márgenes amplios, con mandibulectomía segmentaria, junto a la disección cervical.
  - d) T4b, por lo que el tratamiento de entrada sería quimioterapia + radioterapia, reservando la cirugía para la persistencia de enfermedad.
- 67. Un paciente de 20 años presenta una tumefacción indolora, de crecimiento lento, en la región anterior del maxilar superior. En la radiografía se observa una imagen radioluciente unilocular bien definida, que rodea la corona de un canino incluido y se extiende desde la región del incisivo lateral hasta el primer premolar. El diente desplazado presenta la raíz formada. No hay expansión ósea significativa. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y la actitud terapéutica más adecuada, basándose en la clasificación de la OMS de lesiones odontogénicas y el enfoque quirúrgico estándar?**
- a) Quiste radicular. Tratamiento: endodoncia del diente causante y enucleación del quiste.
  - b) Quiste dentígero. Tratamiento: enucleación quirúrgica completa junto con la extracción del diente incluido.
  - c) Tumor odontogénico queratoquístico. Tratamiento: enucleación con curetaje periférico y seguimiento a largo plazo por su alta tasa de recurrencia.
  - d) Ameloblastoma unicístico. Tratamiento: marsupialización y descompresión inicial seguida de enucleación posterior para minimizar la agresividad quirúrgica.
- 68. Para el estadiaje locorregional de un carcinoma de células escamosas de seno maxilar, las guías del NCCN y los protocolos estándar recomiendan de forma imperativa una combinación de estudios de imagen. En un paciente con síntomas sugestivos, ¿cuál es la secuencia diagnóstica y de estadificación por imagen MÁS ADECUADA y fundamentada en dichas guías?**
- a) Radiografía simple de senos paranasales, seguida de TC de senos si hay opacidad.
  - b) TC de senos paranasales con contraste IV y ventana ósea, seguida de RM de cráneo y senos con contraste para evaluar extensión a partes blandas, órbita o base de cráneo.
  - c) PET-TC de cuerpo completo como primer estudio, por su alta sensibilidad.
  - d) RM de senos como primera opción, reservando la TC solo si hay dudas de invasión ósea.

- 69. Paciente varón de 50 años con episodios recurrentes de tumefacción y dolor en la glándula submandibular izquierda asociados a las comidas, durante 6 meses. La ecografía y la TC cervical confirman la presencia de un sialolito de 7 mm de diámetro localizado en la porción intraglandular del conducto de Wharton, con dilatación ductal proximal y signos de sialoadenitis crónica. ¿Cuál es la actitud terapéutica de ELECCIÓN fundamentada en las guías actuales de manejo de la patología obstructiva?**
- a) Sialoendoscopia con extracción del cálculo mediante cestillo.
  - b) Sialoadenectomía vía submandibular (extirpación de la glándula) como tratamiento definitivo.
  - c) Litotricia extracorpórea por ondas de choque (ESWL) seguida de masaje glandular para la expulsión espontánea.
  - d) Tratamiento conservador con hidratación, sialogogos y antiinflamatorios durante los episodios agudos.
- 70. Una mujer de 60 años, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 mal controlada e hipertensión arterial, consulta por un aumento de volumen bilateral, simétrico, indoloro y de progresión lenta de ambas glándulas parótidas de más de 2 años de evolución. No hay episodios de dolor agudo, sequedad bucal ni masas nodulares palpables. La exploración muestra parótidas de consistencia blanda y difusa. ¿Cuál es la prueba de imagen de PRIMERA ELECCIÓN y el hallazgo esperado que confirmaría el diagnóstico presuntivo de sialoadenosis?**
- a) Tomografía Computerizada, se espera ver un aumento de volumen difuso y simétrico (bilateral) de las glándulas salivales, principalmente las parótidas, sin signos claros de inflamación aguda o infección (como abscesos) y con una densidad homogénea, aunque puede mostrarse realce variable tras contraste,
  - b) Resonancia Magnética (RM) con contraste, que mostraría una glándula de tamaño aumentado, con realce homogéneo y conservación de la arquitectura lobulillar, sin masas nodulares ni dilataciones ductales.
  - c) Sialografía convencional, que mostraría un patrón de "árbol deshojado en invierno" con estenosis y dilataciones ductales.
  - d) Ecografía, que mostrará glándulas aumentadas de tamaño, hiperecoicas y homogéneas ("glándula blanca"), sin lesiones focales ni alteraciones del flujo vascular.
- 71. En un carcinoma adenoide quístico (ACC) de glándula submandibular, tratado con resección completa con márgenes estrechos (2 mm) y evidencia de invasión perineural, ¿cuál es la recomendación terapéutica adyuvante más respaldada por la literatura actual?**
- a) Observación estricta, dado el curso lento del ACC y la resección completa.
  - b) Radioterapia adyuvante, incluso con márgenes negativos, debido al comportamiento infiltrativo y la alta tasa de recidiva locorregional.
  - c) Quimioterapia adyuvante basada en platinos, que ha demostrado mejorar supervivencia en ACC.
  - d) Radioterapia solo si el tumor presenta fusión MYB–NFIB, ya que esto condiciona mayor radiosensibilidad
- 72. Ante un carcinoma ductal salival (Salivary Duct Carcinoma, SDC) de parótida T2N1, HER2+, AR+, ¿cuál de las siguientes estrategias quirúrgicas y terapéuticas se considera más alineada con las guías actuales?**
- a) Parotidectomía superficial y vaciamiento selectivo niveles II–III, sin necesidad de terapia adyuvante si los márgenes quirúrgicos son negativos
  - b) Parotidectomía total con preservación del nervio facial siempre que no esté clínicamente afectado, asociada a vaciamiento cervical ipsilateral y posterior radioterapia adyuvante
  - c) Parotidectomía total y vaciamiento radical modificado, sin RT adyuvante, dado que HER2+ implica mejor pronóstico
  - d) Parotidectomía radical con sacrificio del nervio facial en todos los SDC por su agresividad, junto a vaciamiento cervical selectivo niveles I–III.

- 73. Un paciente de 34 años presenta una masa azulada en mucosa yugal, de 3 cm, compresible, indolora, que aumenta discretamente con maniobras de Valsalva. La RM muestra hiperseñal T2 homogénea sin flujo arterial. El cirujano considera realizar biopsia incisional para diagnóstico. Según la evidencia reciente, ¿cuál es la opción correcta?**
- a) Debe realizarse biopsia incisional antes de cualquier tratamiento, ya que las malformaciones venosas requieren confirmación histológica sistemática.
  - b) La presencia de compresibilidad y señal T2 homogénea obliga a descartar malformación arteriovenosa antes de cualquier intervención quirúrgica.
  - c) La biopsia está contraindicada de entrada en lesiones compatibles con malformación venosa; el manejo inicial recomendado es la escleroterapia guiada por imagen.
  - d) La única forma de diferenciar hemangioma de malformación venosa en adultos es la histología, por lo que la biopsia es obligatoria.
- 74. ¿Cuál de las siguientes características radiológicas es más sugestiva de displasia fibrosa de los maxilares frente a otras lesiones fibro-óseas?**
- a) Lesión bien delimitada, radiolúcida, expansiva, localizada en zona dentoalveolar
  - b) Patrón en “vidrio deslustrado” con márgenes mal definidos y expansión ósea progresiva
  - c) Lesión multilocular bilateral con preservación condilar
  - d) Lesión radiopaca periapical múltiple con depósitos tipo cemento
- 75. Respecto a la vascularización del colgajo de buccinador tipo FAMM, señale la afirmación CORRECTA:**
- a) Se basa exclusivamente en ramas de la arteria bucal
  - b) Puede diseñarse con pedículo superior o inferior
  - c) Su irrigación es axial solo cuando incluye el músculo masetero
  - d) La arteria facial discurre siempre profunda (medial) al músculo buccinador
- 76. Se va a utilizar un colgajo pediculado de dorsal ancho para reconstruir un gran defecto cervical anterior en un paciente previamente irradiado. ¿Cuál de las siguientes decisiones técnicas reduce más el riesgo de compromiso vascular del colgajo?**
- a) Diseñar el colgajo lo más distal posible para aumentar el arco de rotación
  - b) Crear un túnel subcutáneo amplio, recto y sin puntos de angulación para el paso del pedículo
  - c) Seccionar todas las ramas del pedículo toracodorsal para evitar robos de flujo
  - d) Fijar el colgajo en posición final antes de comprobar la perfusión
- 77. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la anatomía vascular de los colgajos de peroné, cresta ilíaca y escápula es CORRECTA?:**
- a) La rama ascendente de la arteria circunfleja ilíaca profunda sale siempre a la altura de la espina ilíaca anteriosuperior.
  - b) El sistema subescapular permite múltiples combinaciones tisulares debido a su patrón arterial ramificado.
  - c) Las perforantes cutáneas del colgajo de cresta ilíaca permiten mayor movilidad de la isla de piel que en el colgajo peroneo.
  - d) La arteria peronea es raramente dominante en la vascularización distal del miembro inferior, por lo que no se justifica estudios vasculares preoperatorios
- 78. En relación con el uso de prótesis de PEEK en reconstrucción ósea tras cirugía oncológica, ¿cuál de las siguientes propiedades ofrece una ventaja específica frente al titanio?**
- a) Mayor osteointegración primaria
  - b) Radiopacidad que facilita el control oncológico
  - c) Módulo elástico más cercano al hueso que reduce el apantallamiento del estrés óseo funcional
  - d) Todas las anteriores son ciertas

- 79. En un niño de 7 años con orejas prominentes y cartílago auricular blando, ¿cuál es la técnica de elección según la evidencia actual?**
- a) Técnica de suturas de Mustardé y Furnas
  - b) Anterior scoring de Chong-Chet
  - c) Resección conchal amplia
  - d) Otoplastia con corte total del cartílago
- 80. Un paciente requiere corrección estética de ojeras (tear trough) y líneas periorbitarias finas. ¿Cuál es el tipo de filler más adecuado para minimizar el riesgo de irregularidades, efecto Tyndall y sobrecorrección?**
- a) Ácido hialurónico de baja viscosidad y baja reticulación
  - b) CaHA (Hidroxiapatita de calcio)
  - c) PLLA (Ácido poli-L-láctico)
  - d) PCL (policaprolactona)
- 81. Una paciente presenta dolor intenso, livedo reticular y palidez cutánea tras infiltración de ácido hialurónico en el surco nasogeniano. Se sospecha oclusión vascular. Según la evidencia y las guías de consenso actuales, ¿cuál es la estrategia terapéutica óptima?**
- a) Administrar una dosis única alta de hialuronidasa ( $\geq 1500$  UI) por técnica de “flooding” sin repetir
  - b) Iniciar anticoagulación sistémica y oxigenoterapia hiperbárica como primera línea
  - c) Administrar hialuronidasa en pulsos repetidos, idealmente guiados por ecografía, iniciados precozmente ( $\leq 4-6$  h)
  - d) Observación clínica durante 24 horas y reevaluación según evolución
- 82. Respecto al papel de la inmunoterapia (anti-PD-1/PD-L1) añadida a la quimiorradioterapia definitiva en HNSCC localmente avanzado, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA según los ensayos fase III recientes (NRG-HN004, JAVELIN H&N 100, KEYNOTE-412)?**
- a) Mejora de forma consistente la supervivencia global frente a cisplatino
  - b) Ha sustituido al cisplatino como tratamiento estándar
  - c) No ha demostrado beneficio en población no seleccionada en el contexto curativo
  - d) Ninguna de las anteriores es correcta
- 83. Un paciente requiere exodoncias antes de iniciar radioterapia, pero su tumor está progresando rápidamente. Según la evidencia comparativa y las guías ASCO–MASCC–ISOO, ¿cuál es la afirmación CORRECTA?**
- a) Las extracciones deben realizarse siempre  $\geq 21$  días antes de la RT
  - b) Las extracciones realizadas  $< 7$  días antes aumentan significativamente la ORN
  - c) El momento exacto de la extracción antes de la RT no modifica de forma significativa la tasa de ORN y no debe retrasarse la RT si compromete el control tumoral
  - d) Las extracciones solo deben hacerse tras finalizar la RT
- 84. En relación con la base genética de los síndromes de Apert, Crouzon y Pfeiffer, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA?**
- a) El síndrome de Crouzon se produce por una mutación específica en FGFR2
  - b) Las formas más graves de Pfeiffer se asocian principalmente a mutaciones en TWIST1
  - c) La mayor parte de los casos de síndrome de Apert se deben a mutaciones heterocigotas en el gen FGFR2
  - d) Ninguna de las anteriores es correcta
- 85. El rodete de Passavant durante el movimiento velofaríngeo está producido por fibras del músculo:**
- a) Tensor del velo del paladar.
  - b) Elevador del velo del paladar.
  - c) Constrictor superior de la faringe.
  - d) Palatofaríngeo.

- 86. ¿Cuál es el mecanismo intrínseco principal por el cual la técnica de Furlow logra el alargamiento del velo palatino?:**
- a) Reconstrucción funcional del cabestrillo del músculo elevador (*levator sling*) para aumentar su vector de tracción.
  - b) Transposición de tejidos mediante el diseño de colgajos opuestos en Z.
  - c) Retroceso quirúrgico del mucoperiostio del paladar duro para exponer hueso desnudo.
  - d) Disección extensa del paquete neurovascular palatino mayor para liberar la tensión anterior.
- 87. ¿Qué característica define fundamentalmente a una anomalía de la primera hendidura branquial clasificada como Tipo II de Work?**
- a) Es una lesión de naturaleza puramente ectodérmica que no guarda relación con el nervio facial.
  - b) Se manifiesta exclusivamente como un quiste localizado en el conducto auditivo externo.
  - c) Es una anomalía de origen ectomesodérmico que contiene con frecuencia cartílago y presenta una relación íntima y variable con el nervio facial.
  - d) Se localiza en el espacio parafaríngeo, próxima a la pared faríngea y profunda a los grandes vasos.
- 88. ¿Cuál es una indicación específica para realizar “cirugía primero” o “surgery-first orthognatic approach (SFOA)” en casos de Clase I esquelética con biprotrusión?**
- a) Casos con biprotrusión leve que no se desean cambio estético.
  - b) Pacientes que requieren osteotomía segmentaria anterior con incisivos proinclinados en los que no se planea realizar extracciones.
  - c) Pacientes que requieren osteotomía segmentaria anterior para corregir inclinación incisal y cierre de espacios de extracción.
  - d) Pacientes que presentan clase I molar estable y sin apiñamiento.
- 89. En la técnica de SARPE (Expansión Palatina Rápida Asistida Quirúrgicamente), ¿qué estructura representa la mayor resistencia lateral a la expansión?**
- a) Los arbotantes cigomáticos.
  - b) Los pilares nasomaxilares.
  - c) La sutura medio palatina.
  - d) Las apófisis pterigoides.
- 90. Según los principios de Ilizarov adaptados al esqueleto craneofacial, y de manera general ¿cuál es el periodo de latencia óptimo recomendado para favorecer la formación inicial del callo antes de activar el dispositivo de distracción ósea?**
- a) 1-2 días.
  - b) 3-4 días.
  - c) 5-7 días.
  - d) 8-10 días.
- 91. Tras liberar el bloqueo intermaxilar intraoperatorio durante una cirugía ortognática bimaxilar con fijación rígida y protocolo de maxilar primero, el paciente presenta mordida abierta posterior unilateral con desviación de la línea media hacia el lado contrario ¿Cuál es la causa más probable de dicha situación?**
- a) Recidiva muscular inmediata.
  - b) Sag condilar central.
  - c) Sag condilar periférico tipo I.
  - d) Sag condilar periférico tipo II.
- 92. ¿Qué hallazgo en la Endoscopia bajo Sueño Inducido (DISE) se asocia comúnmente con la severidad del Síndrome de Apneas-Hipopneas durante el sueño?**
- a) Colapso anteroposterior del velo del paladar.
  - b) Colapso lateral faríngeo.
  - c) Colapso completo del velo del paladar.
  - d) Colapso anteroposterior faríngeo.

- 93. De manera general, ¿cuál es el error de precisión reportado habitualmente para los sistemas de navegación quirúrgica en cirugía maxilofacial?**
- a) Menos de 0.5 mm.
  - b) Entre 1.0-2.0 mm.
  - c) Aproximadamente 3.0 mm.
  - d) Depende exclusivamente de la experiencia del cirujano.
- 94. ¿Qué función de la Inteligencia Artificial permite automatizar el proceso de delineado de tumores o estructuras óseas a partir de una tomografía computarizada?**
- a) Clasificación binaria.
  - b) Procesamiento de lenguaje natural.
  - c) Segmentación.
  - d) Detección de bordes Canny modificada.
- 95. En el contexto de la navegación quirúrgica, ¿qué describe el fenómeno conocido como "derivación de imagen estructural" (structural image drift)?**
- a) Cambios topográficos en los tejidos blandos secundarios a edema o manipulación que no coinciden con la imagen preoperatoria.
  - b) El retraso en la latencia entre el movimiento físico del puntero y su representación en pantalla.
  - c) La pérdida de calibración de la sonda debido a la interferencia electromagnética de los instrumentos quirúrgicos.
  - d) El error acumulado al realizar un registro basado exclusivamente en puntos óseos profundos.
- 96. Se realiza un estudio para comparar el movimiento de recidiva sagital maxilar tras un LeFort de avance en pacientes de clase II respecto a pacientes de clase III, considerando que el efecto es clínicamente relevante si el cambio es de 1 mm. El resultado del análisis estadístico arroja una diferencia de 2.1 mm mayor en la clase III (IC 95%: 1.2 a 2.9). ¿Qué se puede deducir de este resultado?**
- a) La recidiva sagital en pacientes de clase III es estadísticamente mayor que en pacientes de clase II, pero el efecto no es clínicamente relevante.
  - b) La recidiva sagital en pacientes de clase II es estadísticamente mayor que en pacientes de clase III, pero el efecto no es clínicamente relevante.
  - c) La recidiva sagital en pacientes de clase III es estadísticamente mayor que en pacientes de clase II y el efecto es clínicamente relevante.
  - d) La recidiva sagital en pacientes de clase II es estadísticamente mayor que en pacientes de clase III y el efecto es clínicamente relevante.
- 97. El Índice Casuístico por pesos GRD de un Hospital expresa la complejidad media en función de:**
- a) El consumo de recursos utilizados.
  - b) La severidad y morbilidad atendida.
  - c) La estancia observada de cada GRD.
  - d) La estancia media esperada de cada GRD.
- 98. En el contexto intraoperatorio de una hemorragia masiva por un vaciamiento cervical programado de un paciente adulto testigo de Jehová que rechazó preoperatoriamente la posible necesidad de una transfusión de sangre por motivos religiosos ¿cuál es la postura doctrinal que debe prevalecer, según las consideraciones legales y constitucionales?**
- a) La omisión del deber de socorro por parte del médico, al poner en riesgo una vida.
  - b) El respeto absoluto de su voluntad como ejercicio de la libertad de creencias y rechazo a tratamientos.
  - c) La intervención médica justificada por el estado de necesidad, asimilando la negativa a un suicidio.
  - d) La búsqueda de una autorización judicial o fiscal para resolver el conflicto entre el deber de curar y la autonomía.

- 99. ¿Cuál es la razón fundamental por la que los dientes se consideran estructuras de trascendencia crítica en la identificación humana, especialmente en cadáveres degradados?**
- a) Por su gran resistencia a la putrefacción y al efecto de agentes físicos, químicos y biológicos.
  - b) Por su capacidad de almacenar material genético inalterable por siglos en cualquier condición.
  - c) Porque no existen dos personas en el mundo con la misma morfología radicular o número de conductos.
  - d) Debido a que el esmalte dental es el único tejido del cuerpo que no se ve afectado por las altas temperaturas.
- 100. Un paciente de 56 años presenta una masa en región parotídea de 3,2 cm, móvil, con citología sugestiva de carcinoma mucoepidermoide de bajo grado. La RM muestra una lesión bien delimitada sin afectación del nervio facial. Según la evidencia actual, ¿cuál es la conducta quirúrgica más adecuada?**
- a) Parotidectomía radical con sacrificio del nervio facial debido al riesgo de extensión microscópica perineural.
  - b) Parotidectomía total (lóbulo superficial + profundo) independientemente del grado, para reducir recidiva local.
  - c) Parotidectomía superficial oncológica con preservación del nervio facial, seguida de QT adyuvante en todos los casos de MEC.
  - d) Parotidectomía superficial oncológica con preservación del nervio facial, dado su bajo grado, tamaño <4 cm y ausencia de afectación del nervio en imagen.
- 101. En el esquema oclusal en prótesis completa**
- a) Hay contacto simultáneo de los dientes superiores e inferiores en ambos lados.
  - b) Se trata de una oclusión no natural.
  - c) Sigue los principios de la oclusión balanceada bilateral.
  - d) Todas son correctas.
- 102. ¿Qué no se cumple en la relación de oclusión céntrica?**
- a) Es la oclusión idónea.
  - b) Es aquella en la que la máxima intercuspidad y relación céntrica coinciden.
  - c) Es una situación frecuente en la práctica clínica.
  - d) En esta posición el cóndilo mandibular se encuentra en la posición más posterior, superior y medial posible con respecto a la fosa glenoidea del hueso temporal.
- 103. El componente mayoritario del disco articular es:**
- a) Agua.
  - b) Condrocitos.
  - c) Fibroblastos.
  - d) Glucosaminoglucanos
- 104. De acuerdo con los protocolos de tratamiento quirúrgico habituales, ¿a qué edad se suele corregir el labio leporino?**
- a) Antes de cumplir un mes de vida.
  - b) Alrededor de los 3 meses de edad (o 10 semanas).
  - c) Entre los 3 y 5 años de edad.
  - d) Solo después de alcanzar la madurez esquelética a los 18 años.
- 105. Un paciente con antecedente reciente de carcinoma escamoso de cavidad oral requiere regeneración ósea localizada para una futura rehabilitación implantaria. ¿Cuál de los siguientes factores de crecimiento está formalmente desaconsejado por su potencial tumorigénico y proliferativo en este contexto?**
- a) PDGF
  - b) TGF- $\beta$
  - c) VEGF
  - d) BMP-2





SESCAM

Servicio de Salud de Castilla-La Mancha



Castilla-La Mancha