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

NEUROCIRUGÍA

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 <u>no dispondrá de tiempo adicional para cumplimentar la hoja de respuestas.</u>**

1. ¿Cuál es el principal factor anatómico de riesgo para lesión del plexo lumbar durante un abordaje lateral retroperitoneal transpsoas (LLIF) en el nivel L4–L5?
A) Variación en la localización del músculo psoas
B) Grado de lordosis lumbar preoperatoria
C) Proximidad del plexo lumbar al centro del cuerpo vertebral
D) Presencia de vasos iliacos prominentes

2. ¿Cuál es la localización más frecuente de las hernias discales lumbares sintomáticas?
A) L1–L2
B) L2–L3
C) L4–L5
D) L5–S1

3. En la hernia discal lumbar, ¿qué maniobra suele ser positiva en el 87% de los casos según la literatura?
A) Prueba de Lhermitte
B) Reflejo de Hoffmann
C) Signo del bostezo
D) Efecto de la tos

4. ¿Cuál es la complicación neurológica más frecuente en la cirugía de fusión intersomática lateral (LLIF)?
A) Hematoma retroperitoneal
B) Déficit femoral permanente
C) Debilidad transitoria del flexor de cadera
D) Neuropatía ciática bilateral

5. Durante la cirugía de hernia discal lumbar extraforaminal en el nivel L5–S1, ¿qué estructura anatómica puede requerir resección parcial para exponer adecuadamente el disco herniado?
A) Ala sacra
B) Apófisis transversa de L5
C) Ligamento iliolumbar
D) Faceta superior de S1

6. En la corrección de desequilibrios sagitales mediante osteotomías, ¿cuál es la ventaja biomecánica principal de la osteotomía de sustracción pedicular (PSO) frente a la osteotomía de Smith-Petersen (SPO)?
A) Mayor corrección angular por nivel
B) Menor riesgo de déficit neurológico
C) Mejor preservación de la integridad posterior
D) Menor necesidad de instrumentación posterior

7. ¿Cuál es el hallazgo predictor más sólido de beneficio en cirugía de bypass extracraneal-intracraneal (EC-IC) para enfermedad cerebrovascular isquémica, según los estudios más recientes?
A) Estenosis carotídea bilateral ≥70%
B) Hipoperfusión en SPECT basal
C) Elevación del "oxygen extraction fraction" (OEF) en PET
D) Flujo disminuido en Doppler transcraneal con acetazolamida

8. ¿Cuál es la ventaja principal de la administración de ácido tranexámico en el contexto de HSA aneurismática?
A) Prevención del vasoespasmo cerebral
B) Reducción del riesgo de resangrado precoz
C) Mejora del pronóstico funcional a largo plazo
D) Aumento de la absorción del hematoma subaracnoideo

9. ¿Cuál es la principal complicación metabólica que debe ser tratada agresivamente tras una HSA para evitar el deterioro neurológico?
A) Hiperglucemia
B) Hiponatremia por SIADH o pérdida salina cerebral
C) Hipopotasemia severa
D) Acidosis metabólica

10. Según el estudio ARUBA y la clasificación Spetzler-Martin, ¿cuál es la estrategia inicial recomendada para un AVM cerebral grado III no roto?
A) Cirugía de resección inmediata
B) Observación clínica con seguimiento periódico
C) Radiocirugía estereotáctica primaria
D) Embolización endovascular seguida de cirugía

11. Un paciente con craneosinostosis múltiple y proptosis progresiva es portador de una mutación en FGFR2. ¿Qué síndrome es más probable?
A) Pfeiffer tipo 1
B) Apert
C) Crouzon
D) Muenke

12. ¿Cuál es la diferencia molecular clave entre un glioblastoma primario y uno secundario?
A) Amplificación del gen PTEN
B) Mutación IDH
C) Codificación 1p/19q
D) Pérdida de ATRX

13. En un paciente pediátrico con agenesia del cuerpo calloso, ¿qué hallazgo neurorradiológico asociado es más característico?
A) Esquizencefalia bilateral
B) Haces de Probst
C) Agenesia del septum pellucidum
D) Lipomas interhemisféricos

14. ¿Cuál es el hallazgo histológico clásico del neurocitoma central (central neurocytoma, WHO grado II)?
A) Rosetas perivasculares y pseudorosetas
B) Células en patrón de nido ("zellballen")
C) Apariencia en "huevo frito" y rosetas neuronales
D) Necrosis en pseudopalisadas

15. ¿Cuál es el tumor de la región pineal que, por su histología y biología, se considera de bajo grado (WHO I) con alta tasa de curación tras resección completa?
A) Pineoblastoma
B) Germinoma
C) Pineocitoma
D) Tumor paraganglionar

16. ¿Cuál es la estructura que separa el foramen lacerum del segmento cavernoso de la arteria carótida interna (ICA) y representa un hito quirúrgico clave durante abordajes del clivus?
A) Ligamento petroclival
B) Ligamento petrolingual
C) Ligamento interclinoideo
D) Ligamento falciforme

17. ¿Cuál es la estructura anatómica que divide el foramen yugular en sus compartimentos vascular y nervioso?
A) Ligamento petroclival
B) Cresta yugular ósea
C) Septo venoso de Santorini
D) Ligamento occipital-mastoideo

18. En el abordaje al meato acústico interno, ¿cuál es la estructura ósea que separa superiormente el nervio facial del nervio vestibular superior en la entrada al canal?
A) Cresta vertical de Bill (Bill's bar)
B) Cresta transversa
C) Lámina cribosa del modiolus
D) Canal subarcuato

19. ¿Cuál es el signo clínico más característico del síndrome de médula anclada ("tethered cord") en el niño?
A) Inestabilidad cervical
B) Escoliosis progresiva
C) Hipotonía difusa
D) Macrocefalia

20. ¿Cuál es la presentación más típica en neonatos con malformación verdadera de la vena de Galeno?
A) Hemorragia subaracnoidea
B) Hidrocefalia obstructiva aislada
C) Insuficiencia cardíaca congestiva precoz
D) Epilepsia refractaria

21. En la displasia cortical tipo II (cortical dysplasia type II) con crisis epilépticas refractarias, ¿qué hallazgo histopatológico predice mejor el éxito quirúrgico?
A) Aumento de astrocitos en la sustancia blanca subcortical
B) Presencia de células dismórficas y neuronas gigantes (balloon cells)
C) Heterotopías subependimarias asociadas
D) Disgenesia hipocampal concomitante

22. ¿Cuál es el subtipo molecular de ependimoma pediátrico asociado al peor pronóstico?
A) Ependimoma papilar
B) Ependimoma RELA fusion-positive
C) Ependimoma mixopapilar
D) Ependimoma de células claras

23. ¿Cuál es el principal factor pronóstico negativo en el meduloblastoma del grupo molecular non-WNT/non-SHH grupo 3 con morfología anaplásica?
A) Edad mayor de 10 años
B) Cirugía subtotal con resección residual >1.5 cm^2
C) Presencia de monosomía 6
D) Mutación del gen TP53

24. En el ensayo MISTIE III, la técnica de evacuación mínimamente invasiva mostró:
A) Reducción de volumen hematoma, pero sin mejoría funcional significativa.
B) Aumento de mortalidad en pacientes >65 años.
C) Superioridad sobre la evacuación quirúrgica estándar.
D) Reducción significativa de edema perihematoma.

25. En la cirugía para epilepsia resistente mediante estimulación del núcleo anterior del tálamo (ANT), ¿cuál es el principal predictor de respuesta favorable a largo plazo?
A) Edad inferior a 20 años al momento de la implantación
B) Presencia de esclerosis hipocampal unilateral
C) Duración de la epilepsia menor de 5 años
D) Ausencia de crisis convulsivas generalizadas tónico-clónicas

26. ¿Cuál es el principal riesgo intraoperatorio específico durante la ablación con láser intersticial guiada por RM (MRgLITT) para epilepsia mesial temporal?
A) Lesión térmica del nervio óptico
B) Hemorragia intraventricular masiva
C) Fístula de líquido cefalorraquídeo inmediata
D) Lesión del núcleo caudado

27. ¿Qué hallazgo durante el mapeo microelectrofisiológico en la cirugía de estimulación cerebral profunda (DBS) del núcleo subtalámico indica haber alcanzado el "punto óptimo"?
A) Descarga neuronal rítmica a 4 Hz con inhibición por estímulo sensorial
B) Patrón de descarga en ráfagas oscilantes con actividad de alta frecuencia (20-30 Hz)
C) Disminución súbita de la actividad con silencio neuronal prolongado
D) Activación de neuronas tónicas con disparo constante a más de 100 Hz

28. ¿Cuál es el principal factor predictivo de éxito en la estimulación cortical motora para el tratamiento del dolor neuropático refractario?
A) Reducción intraoperatoria de la respuesta nociceptiva tras la estimulación
B) Generación de contracciones musculares durante la prueba de estimulación
C) Registro de potenciales evocados motores de alta amplitud en la corteza precentral
D) Presencia de dolor de tipo alodinia paroxística preoperatoria

29. Según estudios de seguimiento, ¿cuál es la tasa aproximada de éxito (>50% reducción del dolor) a los 2 años tras estimulación medular para dolor neuropático crónico?
A) 20%
B) 40%
C) 60%
D) 80%

30. Según las guías de manejo, ¿cuál es la recomendación hemodinámica para los primeros 7 días tras lesión medular aguda?
A) Mantener PAM <70 mm Hg
B) Mantener PAM entre 85-90 mm Hg
C) Mantener presión intratecal <15 mm Hg
D) Mantener FC >100 lpm

31. ¿De qué arco embrionario derivan principalmente las arterias carótidas comunes?
A) Primer arco aórtico
B) Segundo arco aórtico
C) Tercer arco aórtico
D) Cuarto arco aórtico

32. ¿Cuál es la arteria perforante con mayor implicación en infartos paramedianos del mesencéfalo?
A) Arterias tálamo-perforantes del segmento P1
B) Arteria coroidea anterior
C) Arterias paramedianas de la arteria cerebelosa superior
D) Arteria recurrente de Heubner

33. ¿Cuál es el nivel más frecuente de origen de las arterias radiculomedulares cervicales principales que irrigan la médula cervical?
A) C1–C2
B) C5–C8
C) T1–T3
D) T4–T7

34. ¿Cuál es el principal fascículo de proyección descendente ubicado en la rodilla (genu) de la cápsula interna?
A) Tracto corticoespinal
B) Radiación óptica
C) Tracto corticobulbar
D) Radiación talámica posterior

35. ¿Qué ligamento del complejo occipitoatlantoaxoideo estabiliza principalmente la articulación occipitoatloidea?
A) Ligamento alar
B) Membrana tectoria
C) Membrana atlantooccipital anterior
D) Ligamento cruciforme

36. En la malformación de médula dividida tipo I (Split Cord Malformation Type I), ¿qué hallazgo anatómico define esta entidad?
A) Hemicordones en un solo saco dural separados por un tabique fibroso
B) Hemicordones en sacos durales separados, separados por un septo óseo o cartilaginoso
C) Fusión completa del filum terminale con la duramadre
D) Ausencia de raíces nerviosas de un hemicordón

37. Paciente de 49 años con parestesias faciales bilaterales, disartria progresiva y visión doble. La RM muestra una masa que ocupa el tercio medio e inferior del clivus, con extensión hacia ambos recesos paracondilares y compromiso de la cara medial del cóndilo occipital izquierdo. ¿Cuál de las siguientes estructuras limita quirúrgicamente la resección endoscópica transclival medial inferior?
A) Ligamento alar
B) Arteria vertebral en su segmento V3
C) Asa C1 del nervio hipogloso
D) Nervio abducens en el canal de Dorello

38. Durante un abordaje transcavernoso para extirpar un meningioma cavernoso medial, se busca acceder a la cara lateral de la carótida intracavernosa. ¿Cuál de los siguientes triángulos permite el acceso más directo al segmento horizontal de la arteria carótida intracavernosa sin transgredir nervios motores oculares?
A) Triángulo supratroclear (Parkinson)
B) Triángulo anteromedial (Dolenc)
C) Triángulo clinoideo
D) Triángulo infratroclear (Mullan)

39. Se reseca un meningioma petroclival medial con extensión a seno cavernoso. El análisis genético muestra mutación de SMARCE1 con patrón de crecimiento agresivo y recurrencias tempranas. ¿Cuál es la localización más común asociada a esta mutación?
A) Fosa craneal anterior (plano esfenoidal)
B) Región convexa parasagital
C) Fosa posterior mediana / foramen magno
D) Alas menores del esfenoides

40. Paciente de 61 años con un meningioma del foramen magno que se origina en la cara anterolateral de la duramadre ventral derecha, desplazando el bulbo hacia la izquierda y la arteria vertebral contralateral posterolateralmente. Se planea un abordaje far lateral transcondilar. ¿Cuál de los siguientes elementos anatómicos debe ser identificado y preservado al disecar el plano medial a la arteria vertebral intracraneal para evitar lesión del plexo venoso subaracnoideo y preservar la perfusión medular posterior?
A) Rama meníngea posterior de la arteria espinal anterior
B) Ramas perforantes mediales del segmento V4 de la arteria vertebral
C) Arteria cerebelosa anteroinferior accesoria
D) Anastomosis recurrente de la espinal posterior con la AICA

41. Mujer de 44 años con paraganglioma yugulotimpánico derecho de gran tamaño, con extensión al agujero rasgado posterior, erosión ósea del hueso temporal y paresia progresiva de IX y X pares craneales. ¿Cuál de estos factores contraindicaría más una resección quirúrgica radical como primera línea?"

A) La tumoración rodea casi totalmente la carótida interna intracavernosa
B) Invasión del canal auditivo interno
C) Presencia de disfunción bilateral de nervios bajos preexistente
D) Metástasis pulmonares sincrónicas

42. Paciente de 42 años con radiculopatía C6 derecha secundaria a hernia discal foraminal C5–C6. No hay mielopatía. Se plantea artroplastia cervical como alternativa a fusión. ¿Cuál de los siguientes factores predice con mayor certeza una menor probabilidad de éxito funcional a largo plazo con artroplastia en esta indicación?

A) Edad <45 años y actividad laboral manual
B) Discopatía moderada en C4–C5 y canal ancho
C) Presencia de osificación ligamentaria marginal en TAC preoperatoria
D) Dominancia vertebral de la arteria vertebral izquierda

43. Hombre de 70 años con mielopatía cervical progresiva. El mJOA preoperatorio es 9. Se realiza laminectomía C3–C6 con artrodesis. A los 12 meses, el mJOA mejora sólo a 11. ¿Cuál de los siguientes hallazgos tiene mayor valor predictivo negativo de recuperación funcional según metaanálisis?

A) Duración de síntomas >12 meses
B) Hiperseñal T2 intramedular difusa sin realce
C) Señal hiperintensa en T2 con cavitación focal en RM preoperatoria
D) Edad avanzada con cifosis C2–C7 >10°

44. Varón de 55 años con listesis L5–S1, dolor axial y lordosis lumbar disminuida (32°). Se programa fusión intersomática. ¿Qué ventaja ha demostrado el abordaje ALIF sobre TLIF en series comparativas para la corrección de parámetros sagitales?

A) Corrección superior de inclinación pélvica y SVA >2 cm
B) Incremento lordótico segmentario promedio ≥9° y ganancia en PI–LL >10°
C) Menor tasa de pseudoartrosis y menor pérdida de sangre operatoria
D) Mayor corrección del índice de impacto facetario bilateral

45. Mujer de 69 años intervenida por estenosis L3–L4 mediante laminectomía sin fusión. Inicialmente mejora, pero a los 18 meses reaparece claudicación. La nueva RM muestra listesis L3–L4 de 4 mm no presente antes. ¿Cuál de los siguientes factores se asocia con mayor riesgo de reintervención tras laminectomía aislada?

A) Escoliosis lumbar <10°
B) Sexo femenino y IMC >30
C) Preservación del ligamento amarillo y canal amplio residual
D) Facetas degeneradas con vacío articular y orientación sagital >60°

46. Hombre de 61 años, operado hace 18 meses con artrodesis L4–S1 mediante ALIF + tornillos pediculares percutáneos. Sin fiebre ni signos sistémicos. Consulta por lumbalgia progresiva sin radiculopatía. La RM muestra fibrosis epidural sin compresión. El TAC revela reabsorción ósea periprotésica alrededor del tornillo L5 izquierdo, sin aflojamiento completo. La densitometría lumbar muestra T-score de –1.8. El laboratorio (PCR, VSG, leucocitos) es normal. ¿Cuál es la causa más probable del cuadro según la evidencia actual?

A) Infección subclínica por Cutibacterium acnes
B) Osteólisis inducida por micromovilidad mecánica del implante
C) Necrosis cortical asociada a sobreinstrumentación pedicular
D) Hiperreactividad osteoclástica por sobrecarga funcional lumbar

47. Un varón de 44 años, previamente tratado por melanoma cutáneo metastásico con nivolumab e ipilimumab, consulta por cefalea y visión borrosa. La TC cerebral muestra una lesión frontal izquierda con sangrado. La RM revela lesión hemorrágica con realce heterogéneo y edema moderado. Está neurológicamente estable. ¿Cuál es la mejor conducta terapéutica inicial?

A) Resección quirúrgica seguida de RT holocraneal
B) Radiocirugía estereotáctica y mantenimiento de inmunoterapia
C) Suspensión de inmunoterapia y observación
D) Resección quirúrgica de la lesión con reinicio de inmunoterapia si hay control extracraneal

48. ¿Cuál es la ÚNICA diana de estimulación cerebral profunda aceptada por Europa y Canadá para la epilepsia fármaco-resistente?

A) Núcleo anterior del tálamo
B) Núcleo centromediano
C) Núcleo ventral anterior
D) Núcleo ventral lateral

49. ¿Cuál es una diferencia funcional clave entre la estimulación del GPi y la del STN en Parkinson?

A) El STN no tiene conexiones con la corteza motora
B) El GPi mejora más los síntomas axiales que el STN
C) El STN tiene proyecciones al núcleo pedunculopontino
D) El GPi reduce más la necesidad de medicación dopaminérgica

50. En relación con el uso de DBS en el núcleo subtalámico (STN) para Parkinson, ¿cuál de las siguientes afirmaciones sobre su organización funcional es CORRECTA?

A) La región ventromedial del STN está principalmente involucrada en funciones motoras
B) La región dorsolateral del STN tiene conexiones con el núcleo accumbens
C) La parte posterolateral del STN recibe aferencias del globo pálido externo (GPe) y es la diana principal en trastornos del movimiento
D) El STN no recibe aferencias corticales directas y depende del tálamo para retroalimentación cortical

51. La estimulación cerebral profunda (ECP) del núcleo centromediano del tálamo ha demostrado mejores resultados en el tratamiento de la epilepsia cuando se estimulan fibras que conectan con diversas áreas cerebrales. Señale la opción INCORRECTA:

A) Giro frontal superior
B) Corteza postcentral
C) Corteza precentral
D) Giro temporal superior

52. ¿En cuál de las siguientes patologías el uso de registro intraoperatorio con corticografía ha demostrado mejorar significativamente el resultado libre de crisis tras cirugía de epilepsia?
A) Esclerosis mesial temporal
B) Displasia cortical focal
C) Tumor cerebral de bajo grado
D) Epilepsia secundaria a traumatismo craneoencefálico

53. En el contexto de la neurocirugía funcional para el tratamiento del trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) refractario, ¿cuál de las siguientes estructuras es la diana preferente para la estimulación cerebral profunda y qué mecanismo neurofisiológico subyace a su efectividad?
A) Núcleo accumbens, modulación de la vía mesolímbica dopaminérgica para regular la recompensa y la motivación
B) Estría terminalis, inhibición directa de la amígdala para reducir la ansiedad patológica
C) Núcleo subtalámico, normalización del circuito motor para mejorar la desinhibición conductual
D) Cuerpo mamilar, facilitación de la memoria episódica para corregir patrones obsesivos

54. En la cirugía de neuromodulación para la depresión mayor resistente, la estimulación cerebral profunda del área subgenual del cíngulo (Brodmann 25) produce efectos clínicos que se correlacionan con cambios en la conectividad funcional. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre dicha conectividad es la más precisa?
A) La disminución de la conectividad entre el área subgenual y la amígdala está asociada con la mejoría sintomática
B) El aumento de la conectividad con la corteza prefrontal dorsolateral se correlaciona con la remisión clínica
C) La normalización de la conectividad con el núcleo accumbens y el hipocampo es fundamental para el efecto antidepresivo
D) La desconexión completa con el tálamo ventral posterolateral predice un mejor pronóstico

55. Embriológicante todas las siguientes estructuras derivan del diencéfalo EXCEPTO:
A) Tálamo
B) Epitálamo
C) Retina
D) Ganglios basales

56. El triángulo suboccipital está formado por los siguientes músculos. Seleccione la FALSA:
A) Obliquus capitis superior
B) Obliquus capitis inferior
C) Rectus capitis anterior major
D) Rectus capitis posterior major

57. ¿Qué músculos se insertan en el proceso estiloides del cráneo? Seleccione la FALSA.
A) M. estilohioideo
B) M. estilogloso
C) M. estilomastoideo
D) M. estilofaringeo

58. Entre las conexiones venosas del seno petroso superior encontramos las siguientes excepto:
A) Seno transverso
B) Seno cavernoso
C) Venas cerebelosas
D) Seno marginal

59. En relación con las estructuras irrigadas por las arterias lenticuloestriadas laterales, señale la FALSA:
A) Comisura anterior
B) Putamen
C) Tálamo dorsomedial
D) Cápsula interna

60. Respecto al denominado arco bovino como variante anatómica del arco aórtico señale la respuesta FALSA:
A) El tronco braquiocefálico y la arteria carótida común izquierda comparten un mismo origen
B) La arteria carótida común izquierda se origina como una rama del tronco braquiocefálico.
C) Es menos frecuente en la población caucásica que en población de ascendencia africana
D) Se asocia al síndrome de Down

61. Respecto a las malformaciones arteriovenosas mesencefálicas anteriores señale lo CORRECTO:
A) El aporte arterial suele depender de talamoperforantes dependientes de la arteria cerebral posterior
B) Se asocian íntimamente con el nervio troclear
C) El drenaje venoso suele depender de la vena petrosa superior
D) La mejor vía de abordaje para su tratamiento suele ser mediante abordaje retrosigmoideo

62. ¿Cuál de las siguientes alteraciones moleculares define al ependimoma del grupo posterior tipo PFA, de acuerdo con la clasificación actual?
A) Fusión de RELA
B) Metilación del promotor de MGMT
C) Perfil epigenético tipo PFA y sobreexpresión de EZHIP
D) Pérdida de expresión de INI1

63. Un paciente presenta una masa hiperdensa en tabla externa del hueso parietal derecho. La TC muestra erosión focal y expansión del hueso, y la RM demuestra realce homogéneo. La biopsia revela células fusiformes en espiral con fibras colágenas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?
A) Osteoma osteoide
B) Metástasis osteoblástica
C) Fibroma osificante
D) Meningioma intraóseo

64. Un hombre inmunocompetente de 66 años consulta por cambios de conducta, afasia y ataxia. La RM muestra una masa periventricular frontal izquierda homogénea, isointensa en T1 y T2, con realce uniforme y restricción en difusión. Se realiza biopsia, que confirma linfoma difuso de células B grandes CD20+, sin mutaciones MYD88 ni alteraciones en CXCL13. ¿Cuál de los siguientes hallazgos predice mejor supervivencia global a 2 años tras tratamiento con metotrexato a altas dosis?

A) Edad <70 y masa <5 cm
B) Expresión elevada de BCL-2 y Ki67 >70%
C) Ausencia de retraso en el inicio del tratamiento y ECOG 0–1
D) Reducción de la lesión >50% a las 2 semanas de corticoides

65. En la clasificación de Galassi para los quistes aracnoideos de la fisura silviana, ¿qué hallazgo radiológico puede diferenciar un tipo II de un tipo III en un cisternograma con contraste hidrosoluble?

A) Comunicación completa con el espacio subaracnoideo en tipo II
B) Comunicación parcial en tipo II y mínima en tipo III
C) Efecto de masa en ambos tipos
D) Ausencia de comunicación en tipo II y III

66. En un paciente con estenosis acueductal congénita, ¿cuál de las siguientes características histológicas corresponde al subtipo de gliosis periacueductal?

A) Acueducto completamente obliterado con tejido fibroso
B) Proliferación astrocítica subependimaria
C) Tabique membranoso bloqueando el lumen
D) Múltiples canales no comunicantes

67. En la malformación de Dandy-Walker, ¿qué hallazgo anatómico permite diferenciarla de un quiste persistente de la bolsa de Blake?

A) Hipoplasia vermiana que no reexpande
B) Dilatación del cuarto ventrículo
C) Hidrocefalia tetraventricular
D) Agenesia callosa asociada

68. En relación con la enfermedad de CADASIL señales la respuesta FALSA:

A) Es una enfermedad genética de herencia autosómica dominante
B) Se debe a la mutación en el gen NOTCH3
C) El diagnóstico histológico se realiza mediante biopsia cerebral
D) Los hallazgos en RMN son semejantes a los que encontramos en pacientes con aterosclerosis y enfermedad de pequeño vaso

69. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta sobre la angiopatía amiloide cerebral (AAC)?

A) Es la causa más frecuente de hemorragia lobar en pacientes normotensos de edad avanzada.
B) Los depósitos de proteína beta-amiloide aparecen verdes bajo luz polarizada con rojo Congo.
C) La AAC afecta principalmente a vasos meníngeos y corticales, sin amiloidosis sistémica asociada.
D) La angiopatía amiloide suele asociarse a hipertensión arterial severa.

70. En el ensayo STICH sobre cirugía en HIC, ¿cuál fue una de las principales limitaciones?

A) Sesgo de selección por dudas sobre beneficio médico vs. quirúrgico.
B) Tiempo medio hasta cirugía considerado prolongado.
C) Inclusión exclusiva de hemorragias cerebelosas.
D) No se reportaron pacientes cruzados de tratamiento médico a quirúrgico.

PREGUNTAS DE RESERVA

71. ¿Qué hallazgo en RMN sugiere la fase hiperaguda de una HIC?
A) Isointensidad en T1 e hipointensidad en T2.
B) Isointensidad en T1 e hiperintensidad leve en T2.
C) Hiperintensidad en T1 e hipointensidad en T2.
D) Hipointensidad en T1 e T2.

72. Señale la respuesta FALSA en relación a los aneurismas disecantes.
A) La localización extracraneal más frecuente corresponde a la arteria carótida interna
B) Tienen relación con el lupus eritematoso
C) En adultos son más frecuentes en circulación anterior
D) En niños es menos frecuente la hemorragia intracraneal debida a ruptura del aneurisma disecante

73. Paciente de 39 años con condrosarcoma tipo mesenquimal en clivus medio. ¿Cuál de las siguientes mutaciones es más característica de este subtipo y tiene implicación pronóstica directa?
A) IDH1 R132H
B) SMARCB1 (INI1)
C) TP53
D) BRAF V600E

74. En un paciente con múltiples lesiones periventriculares hipodensas en TC y realce leptomeníngeo, ¿cuál es la causa menos probable?
A) Linfoma primario del SNC
B) Vasculitis cerebral
C) Leucoaraiosis
D) Sarcoidosis

75. En el síndrome del "muñeco bobble-head" en un niño, ¿qué hallazgo en imagen es más característico?
A) Lesión expansiva en el tercer ventrículo
B) Malformación de Chiari tipo I
C) Hidrocefalia tetraventricular sin masa
D) Agenesia del cuerpo calloso