OSAKIDETZA

2018ko otsailaren 14ko 171/2018 Erabakiaren bidez, egindako Oposaketa-Lehiaketarako deia (EHAA 45 Zkia. 2018ko martxoaren 5ekoa)

Concurso-Oposición convocado por Resolución 171/2018 de 14 de febrero de 2018 (B.O.P.V. Nº 45 de 5 de marzo de 2018)

KATEGORIA: FAK. ESP. OFTALMOLOGIAKO MEDIKUA

CATEGORÍA: FAC. ESP. MÉDICO OFTALMOLOGÍA

Proba eguna: **2018ko maiatzaren 20a**
Fecha prueba: **20 de mayo de 2018**

***1. ariketa** / 1er. ejercicio*
A** Eredua / Modelo **A

1 LA FUNCIÓN DE LOS HUSOS NEUROMUSCULARES DE LOS MÚSCULOS EXTRAOCULARES ES:

1a) Informar a los centros reguladores del estado de contracción del músculo.
1b) Favorecer la relajación muscular tras los movimientos oculares.
1c) Aumentar la capacidad contráctil del músculo.
1d) Permitir la contracción simultánea de los músculos sinergistas.

2 LA AGUDEZA VISUAL DE VERNIER SE DEFINE COMO:

2a) La capacidad para identificar letras o formas cada vez más pequeñas.
2b) La luminosidad mínima necesaria para distinguir un blanco de su fondo.
2c) El menor grado de desalineación detectable entre dos segmentos lineales.
2d) El ángulo visual más pequeño con el que pueden discernirse dos objetos diferentes.

3 EL PLEXO CAPILAR EXTERNO DE LA RETINA SE SITÚA EN:

3a) En la capa nuclear interna.
3b) En la capa nuclear externa.
3c) En la capa plexiforme interna.
3d) En la capa plexiforme externa.

4 LA CÓRNEA:

4a) Es responsable de la mitad del poder dióptrico del ojo.
4b) Se nutre exclusivamente del humor acuoso.
4c) No tiene células en su estroma.
4d) Es el tejido corporal más densamente inervado.

5 EN LA ESCALA DE AGUDEZA VISUAL DE SNELLEN EN COMPARACIÓN CON LAS ESCALAS LogMAR:

5a) Todas las letras son más o menos igual de legibles.
5b) Las líneas están compensadas para una legibilidad uniforme.
5c) La presencia de más letras en líneas inferiores produce un efecto de “apiñamiento”.
5d) El espaciado entre letras está ajustado para para una óptima interacción de contornos.

6 ¿QUÉ LENTE DE EXPLORACIÓN TIENE EL MAYOR FACTOR DE CORRECCIÓN PARA ESTIMAR EL DIÁMETRO DE LA PAPILA ÓPTICA?:

6a) Volk de 60D.
6b) Volk de 90 D.
6c) Volk de 78 D.
6d) Goldmann de tres espejos.

7 EL ÁNGULO ALFA (α) ES EL FORMADO ENTRE:

7a) Entre el eje óptico y el eje pupilar.
7b) Entre el eje pupilar y el eje visual.
7c) Entre el eje óptico y el eje visual.
7d) Entre la línea principal de visión y el eje pupilar.

8 LA ABERRACIÓN CROMÁTICA PRODUCIDA POR LAS LENTES:

8a) Provoca que la luz roja se enfoque delante de la azul.
8b) En un ojo promedio, la diferencia entre los focos rojo y azul es de 0,5 D, pero puede ser mucho mayor.
8c) Las gafas de sol que bloquean algunos colores aumentan el contenido cromático de la imagen percibida.
8d) Empeora en caso de dilatación pupilar.

9 PARA REALIZAR DE MANERA ADECUADA UNA RETINOSCOPIA CON LA TÉCNICA DEL "FOGGING" EL PACIENTE DEBE:

9a) Fijar su vista en una lámina blanca situada a 1 metro.
9b) Fijar su vista en una lámina negra situada a 1 metro.
9c) Fijar su vista en una luz tenue situada en el fondo de la habitación.
9d) Fijar su vista en una luz intensa situada en el fondo de la habitación.

10 PARA COMPENSAR EL ERROR DE REFRACCIÓN DE UN OJO AMÉTROPE LA IMAGEN ORIGINADA POR LA LENTE CORRECTORA DEBE LOCALIZARSE:

10a) A la misma distancia en metros que el poder dióptrico de la lente correctora.
10b) A la mitad de la distancia en metros que el poder dióptrico de la lente correctora.
10c) En el punto remoto de la lente.
10d) En el punto remoto del ojo.

11 EN EL TRANSCURSO DE LA RETINOSCOPIA LA LUZ REFLEJADA POR LA RETINA SE DESPLAZARÁ EN EL MISMO SENTIDO DEL BARRIDO SI:

11a) El punto remoto se encuentra entre el examinador y el paciente.
11b) El punto remoto coincide con la posición del examinador
11c) El punto remoto se encuentra por detrás del examinador.
11d) El punto remoto coincide con la posición del paciente.

12 EN LA TÉCNICA DE LA DISOCIACIÓN PRISMÁTICA PARA VALORAR EL EQUILIBRIO REFRACTIVO BINOCULAR:

12a) Se coloca un prisma vertical de 4 0 5 dioptrías prismáticas delante de un ojo.
12b) Se coloca un prisma vertical de 4 o 5 dioptrías prismáticas delante de cada ojo.
12c) Se coloca un prisma de base temporal de 4 o 5 dioptrías prismáticas delante de un ojo.
12d) Se coloca un prisma de base temporal de 4 o 5 dioptrías prismáticas delante de cada uno de los ojos.

13 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES NO ES UN MÉTODO DE FABRICACIÓN DE LENTES DE CONTACTO BLANDAS?:

13a) Moldeado con matriz.
13b) Tallado con láser.
13c) Centrifugado.
13d) Cortado con torno.

14 EL ERROR MIOPE DE REFRACCIÓN EN UN OJO ES DE -8 D CON UNA DISTANCIA AL VÉRTICE DE 12 MM. ¿CUÁL ES LA VERGENCIA (MEDIDA EN D) DE ESTOS RAYOS EN LA CARA ANTERIOR DE LA CÓRNEA?

14a) -8,55 D.
14b) -7,09 D.
14c) -7,30 D.
14d) -8,85 D.

15 EN LA ADAPTACIÓN DE LENTES DE CONTACTO RPG (RÍGIDAS PERMEABLES AL GAS), LA ALINEACIÓN APICAL:

15a) Origina mayor sensación de llevarla puesta.
15b) La lente descansa entre los párpados superior e inferior.
15c) El borde superior de la lente se adapta bajo el párpado superior.
15d) Se le adjudica una adaptación más curva que K.

16 LAS LENTES DE CONTACTO, EN COMPARACIÓN CON LAS LENTES QUE LLEVAN LAS GAFAS:

16a) Aumentan las exigencias de convergencia en los hipermétropes.
16b) Aumentan las necesidades de acomodación de los miopes.
16c) Su efecto sobre la convergencia es independiente de la magnitud del error de refracción.
16d) Generan un efecto prismático para los objetos próximos.

17 EN LA ANESTESIA RETROBULBAR, LOS CASOS DE PARÁLISIS DE PARES CRANEALES ASOCIADOS A DIFICULTADES RESPIRATORIAS SE DEBEN A:

17a) Inyección del anestésico en el espacio epidural.
17b) Inyección del anestésico en el nervio motor ocular común (III), rama inferior.
17c) Inyección del anestésico en la arteria oftálmica.
17d) Inyección del anestésico en el espacio subdural.

18 EN LA SEDACIÓN PREOPERATORIA,EL FÁRMACO MIDAZOLÁN INTRAVENOSO:

18a) Tiene una semivida de eliminación de 1 hora.
18b) El efecto se puede contrarrestar con flumacenilo.
18c) El efecto se puede contrarrestar con naloxona.
18d) Es un fármaco de base lipoidea.

19 ES UN ANESTÉSICO LOCAL DEL GRUPO ESTER:

19a) Tetracaína.
19b) Lidocaína.
19c) Bupivacaína.
19d) Mepivacaína.

20 LA HIPERTERMIA MALIGNA, COMPLICACIÓN INTRAOPERATORA DESENCADENADA POR CIERTOS FÁRMACOS ANESTÉSICOS:

20a) Ocurre especialmente en ancianos.
20b) Comienzo súbito de bradicardia.
20c) Puede asociarse a estrabismo, distrofia muscular y ptosis congénita
20d) Se asocia al uso de óxido nitroso como anestésico por inhalación.

21 PARA LA CORRECCIÓN DE LA PRESBICIA PUEDE UTILIZARSE.

21a) Implantes intraestromales.
21b) Extracción de lentícula refractiva (Rel.Ex).
21c) LASEK (queratomileusis epitelial con Láser).
21d) Implante fáquico de cámara posterior, (lente de contacto implantable, ICL).

22 LA TÉCNICA DE QUERATOPLASTIA LAMINAR ANTERIOR PROFUNDA (QLAP-DALK).

22a) No está indicada en enfermedades inflamatorias crónicas, como la queratoconjuntivitis atópica.
22b) Las suturas deben mantenerse como mínimo un año.
22c) El contaje endotelial de la córnea donante debe de ser, al menos, de 1800 células por mm2.
22d) La turbidez de la interfase puede limitar la mejor agudeza visual.

23 LA QUERATOPLASTIA CONDUCTIVA (CK):

23a) Consiste en la aplicación de calor generado por un láser de Holmio.
23b) La regresión significativa del efecto obtenido con ella es rara.
23c) La córnea debe de tener un espesor mínimo de 400µ.
23d) Se realiza aplicando energía de radiofrecuencia en el estroma corneal.

24 EN LA TÉCNICA DE LASIK (QUERATOMILEUSIS ASISTIDA CON LÁSER), LA QUERATITIS LAMINAR DIFUSA (ARENAS DEL SAHARA), SE CARACTERIZA POR:

24a) Turbidez subepitelial.
24b) Defectos epiteliales persistentes.
24c) Depósitos granulares en la interfase.
24d) Invasión epitelial bajo el colgajo.

25 LA ÚLCERA DE MOOREN EN LA CÓRNEA:

25a) Se asocia sobre todo a artritis reumatoide.
25b) Aparece una ulceración semilunar con defecto epitelial.
25c) Puede propagarse a la esclera.
25d) Afecta al estroma periférico y más tarde se extiende centralmente.

26 EN LA ALCAPTONURIA LA MANIFESTACIÓN OCULAR ES:

26a) Pigmentación azulada o negra de la esclera y los tendones de los músculos rectos horizontales.
26b) Depósitos verdosos en la conjuntiva bulbar inferior.
26c) Hiperpigmentación trabecular.
26d) Lenticono posterior.

27 LA FORMA CLÍNICA MÁS FRECUENTE DE CONJUNTIVITIS VÍRICA ES:

27a) La fiebre faringo conjuntival (FFC).
27b) La conjuntivitis folicular aguda inespecífica.
27c) La queratoconjuntivitis epidémica (QCE).
27d) El Molusco contagioso.

28 LA OPERACIÓN DE WIES EN EL ENTROPION INVOLUTIVO CONSISTE EN:

28a) Reinserción de los retractores del párpado inferior.
28b) La división horizontal de todo el espesor del párpado y la aplicación de suturas eversoras.
28c) Sutura del orbicular preseptal sobre el orbicular pretarsal.
28d) Tarsotomía transversal.

29 LA OFTALMOPATÍA TIROIDEA:

29a) Se produce retracción de los párpados superiores e inferiores en aproximadamente el 80% de los pacientes.
29b) El 15% de los pacientes sufren oftalmoplejia.
29c) Hasta el 6% de los casos padecen neuropatía óptica.
29d) Glaucoma por aumento de presión venosa epiescleral en el 3%.

30 EL HEMANGIOMA CAPILAR DE LA ÓRBITA

30a) Afecta más a niñas que a niños (3:1).
30b) Es un teratoma (hipercrecimiento de tejido embrionario).
30c) Es rara la afectación hemangiomatosa de la conjuntiva palpebral o de los fondos de saco.
30d) En su evolución natural el 30% de las lesiones han desaparecido a los 7 años.

31 EL MENINGIOMA DE LA VAINA DEL NERVIO ÓPTICO:

31a) Son más frecuentes en la neurofibromatosis de tipo 1 (NF1).
31b) El 50% aparece en la infancia.
31c) Existen 2 tipos histopatológicamente: el meningotelial y el psamomatoso
31d) Producen atrofia de nervio óptico sin edema de papila.

32 EN EL RABDOMIOSARCOMA DE LA ÓRBITA. EL SUBTIPO MÁS FRECUENTE ES:

32a) Botrioide.
32b) Alveolar.
32c) Embrionario.
32d) Pleomorfo.

33 LA CANALICULITIS CRÓNICA, A MENUDO, ES CAUSADA POR:

33a) Actinomyces israelii.
33b) Staphylococcus epidermidis.
33c) Rhizopus oligosporus.
33d) Bacillus subtilis.

34 LA CAUSA MÁS COMÚN DE OBSTRUCCIÓN DEL CONDUCTO LAGRIMAL ES:

34a) Traumatismo orbitario, incluyendo la cirugía nasal y paranasal.
34b) Enfermedades granulomatosas como Wegener y sarcoidosis.
34c) Estenosis idiopática.
34d) Hipertrofia de la mucosa de los cornetes, con desviación de tabique.

35 EN EL CARCINOMA DE GLÁNDULA LAGRIMAL EL TIPO HISTOLÓGICO MÁS FRECUENTE ES:

35a) Adenocarcinoma pleomorfo.
35b) Carcinoma quístico adenoideo.
35c) Carcinoma mucoepidermoide.
35d) Carcinoma epidermoide.

36 EL ADENOMA PLEOMORFO DE LA GLÁNDULA LAGRIMAL:

36a) Afecta a adultos jóvenes o de mediana edad.
36b) Los tumores del lóbulo orbitario son menos comunes y tienden a crecer anteriormente.
36c) Produce tumefacción de progresión rápida en la parte temporal superior del párpado.
36d) Responde muy bien a la braquiterapia.

37 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES PUEDE CURSAR CON UVEÍTIS ANTERIOR Y HLA-B27 POSITIVO?

37a) La enfermedad de Behçet.
37b) La artritis psoriásica.
37c) La enfermedad de Whipple.
37d) La artritis idiopática juvenil.

38 EN EL LÍQUIDO CEFALORAQUIDEO DE UN PACIENTE AFECTO DE VOGT-KOYANAGI-HARADA ENCONTRAREMOS:

38a) Granulocitosis con aumento de eosinófilos.
38b) Cociente IgA/IgG por encima de 1.
38c) Macrófagos que contienen melanina.
38d) Depleción de linfocitos.

39 LA COROIDOPATÍA INTERNA PUNTEADA (CIP):

39a) Aparece en el contexto de un cuadro viral.
39b) Aparece en mujeres con miopía.
39c) Es una forma específica de coroiditis en perdigonada.
39d) Se localiza con más frecuencia en el área peripapilar

40 LAS CRISIS GLAUCOMATOCICLITICAS:

40a) Pueden estar asociadas al locus génico HLA-B54.
40b) Son casi siempre bilaterales.
40c) Tienen mal pronóstico funcional.
40d) Está indicado el uso de pilocarpina en la fase aguda.

41 LOS INHIBIDORES DE LA ANHIDRASA CARBÓNICA TÓPICOS:

41a) Pueden precipitar descompensación corneal en pacientes con disfunción endotelial.
41b) No deben administrarse con antidepresivos del grupo de inhibidores de la monoaminooxidasa.
41c) Pueden empeorar la insuficiencia vascular.
41d) Se consigue efecto aditivo asociando inhibidores de la anhidrasa carbónica sistémicos.

42 TRAS TRABECULECTOMÍA, UNA AMPOLLA CON BUEN FUNCIONAMIENTO DEBE DE SER:

42a) Plana sin vascularización.
42b) Ampolla vascularizada.
42c) Ligeramente elevada, relativamente avascular y con microquistes.
42d) Ampolla encapsulada.

43 EL ASPECTO DE ENDOTELIO "EN PLATA BATIDA" ES TÍPICO DE:

43a) Síndrome de Cogan-Reese.
43b) Síndrome de Posner.
43c) Síndrome de Fuchs.
43d) Síndrome de Chandler.

44 LA LÍNEA DE SAMPAOLESI:

44a) Es típica del Síndrome de Posner-Schlossman.
44b) Es una banda irregular situada por detrás de la línea de Schwalbe.
44c) Aparece también en el Síndrome de pseudoexfoliación capsular.
44d) Indica la estabilización del glaucoma.

45 EL GERMEN MÁS FRECUENTEMENTE IMPLICADO EN LA ENDOFTALMITIS POSTOPERATORIA DE COMIENZO TARDÍO ES:

45a) Acinetobacter baumannii.
45b) Propionibacterium acnes.
45c) Proteus mirabilis.
45d) Bacteroides fragilis.

46 LA APARICIÓN DE UNA CATARATA CONGÉNITA "EN GOTA DE ACEITE" ES TÍPICA DE:

46a) Enfermedad de Fabry.
46b) Sindrome de Löwe.
46c) Galactosemia.
46d) Manosidosis.

47 LA HOMOCISTINURIA:

47a) Presenta una herencia autosómica dominante, con expresividad variable.
47b) La ectopia del cristalino es nasal inferior.
47c) Son individuos de talla baja.
47d) Existe una disminución enzimática del metabolismo de la piridoxina.

48 EN UN OJO DE LONGITUD AXIAL "CORTA", ¿CUAL DE ESTAS FÓRMULAS UTILIZARÍA?:

48a) SRK-T.
48b) Haigis.
48c) Hoffer Q.
48d) Holladay 2.

49 LA DEGENERACIÓN EN EMPALIZADA ESTÁ PRESENTE, DE FORMA APROXIMADA, EN:

49a) En el 15% de la población general.
49b) En el 30% de la población general.
49c) En el 40% de los ojos con desprendimiento de retina.
49d) En el 20% de los ojos con desprendimiento de retina.

50 LA POSIBILIDAD DE DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO EN EL DESGARRO EN HERRADURA SINTOMÁTICO AGUDO ES ALREDEDOR DEL:

50a) 90%
50b) 70%
50c) 50%
50d) 40%

51 EN RELACIÓN A LOS GASES INTRAOCULARES UTILIZADOS EN LA CIRUGÍA DEL DESPRENDIMIENTO DE RETINA ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTE AFIRMACIONES ES CORRECTA?

51a) El hexafluoruro de azufre (SF6) al 100% dura entre 18 y 20 días.
51b) La concentración no expansible del perfluoropropano (C3F8) es del 18-20%.
51c) El perfluoroetano (C2F6) al 100% triplica su volumen.
51d) Los gases intraoculares se expanden dentro del ojo por la captación de dióxido de carbono.

52 LA POSIBILIDAD DE TENER MÁS DE UNA ROTURA RETINIANA EN UN OJO CON DESPRENDIMIENTO DE RETINA REGMATÓGENO ES APROXIMADAMENTE DEL:

52a) 30%.
52b) 50%.
52c) 70%.
52d) 80%.

53 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES SIGNOS ES UN INDICADOR DE POSIBLE PROGRESIÓN DE LA RETINOPATÍA DIABÉTICA A LA FORMA PROLIFERATIVA?

53a) Edema macular clínicamente significativo.
53b) Exudados duros en los cuatro cuadrantes.
53c) Hemorragias redondas, oscuras y profundas.
53d) Alteración de la microcirculación intraretiniana.

54 EN RELACIÓN A LA OCLUSIÓN DE LA VENA CENTRAL DE LA RETINA INMINENTE ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES ES CIERTA?

54a) Es más frecuente en pacientes hipertensos por encima de los 70 años.
54b) Su pronóstico funcional suele ser malo.
54c) Es más frecuente en mujeres con hipertensión arterial.
54d) No se ha demostrado efecto beneficioso de los tratamientos anticoagulantes.

55 EN RELACIÓN A EL SÍNDROME ISQUÉMICO OCULAR:

55a) Se produce cuando la obstrucción de la carótida es del 70%.
55b) Se da con igual frecuencia en hombres y mujeres.
55c) Cursa con rubeosis de iris en más del 80% de los casos.
55d) En las fases iniciales cursa con tensión ocular elevada.

56 LAS COMUNICACIONES ARTERIO VENOSAS CONGÉNITAS RETINIANAS DIRECTAS SE CONOCEN TAMBIÉN COMO:

56a) Aneurismas racemosos.
56b) Shunts óptico ciliares.
56c) Angiomas capilares.
56d) Angiomas cavernosos.

57 EL AFLIBERCEPT:

57a) Es un anticuerpo monoclonal.
57b) Se une al factor de crecimiento placentario.
57c) No está indicado para el uso en membranas neovasculares miópicas.
57d) Su dosis estándar es de 4 mg en 0.05 ml.

58 LA FASE II DE LA PROLIFERACIÓN ANGIOMATOSA DE LA RETINA SE DEFINE POR:

58a) La aparición de neovascularización subretiniana.
58b) Presencia de hemorragias.
58c) Cicatriz fibrosa subfoveal.
58d) La respuesta al tratamiento con antiangiogénicos intravítreos.

59 EN RELACIÓN A LAS TELANGIECTASIAS MACULARES IDIOPÁTICAS:

59a) Las tipo I cursan sin exudación.
59b) Las tipo II son unilaterales.
59c) Las tipo II se localizan sobre todo en el área perifoveal.
59d) Las tipo I son más frecuentes en mujeres.

60 EL SÍNDROME DE TERSON SE DEFINE COMO:

60a) Hemorragia coroidea asociada a hemorragia subaracnoidea.
60b) Hemorragia vítrea asociada a hemorragia subaracnoidea.
60c) Hemorragia vítrea asociada a hemorragia intraventricular.
60d) Hemorragia coroidea asociada a hemorragia intraventricular.

61 EL SIGNO DE PRESENTACIÓN MAS CARACTERÍSTICO DE LAS ENFERMEDADES HEREDITARIAS DE LA RETINA EN LA ETAPA PREVERBAL DEL NIÑO ES:

61a) El nistagmus.
61b) La fotofobia.
61c) El estrabismo.
61d) Reflejo pupilar blanquecino.

62 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES PATOLOGÍAS TIENE EL FONDO DE OJO NORMAL?

62a) La enfermedad de Oguchi.
62b) El síndrome de Aicardi.
62c) El síndrome de Alport.
62d) El monocromatismo de conos azules.

63 LA DISTROFIA MACULAR ANULAR CONCÉNTRICA:

63a) Se manifiesta en la segunda década de la vida.
63b) Se hereda con carácter autosómico dominante.
63c) Cursa con campo visual normal.
63d) Cursa con palidez papilar.

64 EN LOS PACIENTES CON FUNDUS ALBIPUNCTATUS:

64a) Se produce alteración de la visión de los colores.
64b) Aparece disminución de la agudeza visual a partir de la tercera década en el 50% de los pacientes aproximadamente.
64c) El electrooculograma se normaliza después de un periodo largo de adaptación a la oscuridad.
64d) Aparece tinción de los vasos retinianos en la fase tardía de la angiografía con fluoresceína.

65 LA PAPILA DE BERGMEISTER:

65a) Es una forma benigna de la persistencia de la vascularización fetal.
65b) Se asocia al síndrome de displasia septo-óptica.
65c) Es un signo de mal pronóstico en la retinopatía del prematuro.
65d) Se asocia a las drusas papilares.

66 ¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES FORMAS DE AMILOIDOSIS PUEDE CURSAR TIPICAMENTE CON AFECTACIÓN VÍTREA?

66a) La amiloidosis relacionada con la diálisis.
66b) La amiloidosis AA.
66c) La amiloidosis AL.
66d) La amiloidosis familiar.

67 EN EL SINDROME DE STICKLER TIPO I PODEMOS ENCONTRAR UNA DE LAS SIGUIENTES COMBINACIONES DE SIGNOS:

67a) Vítreo ópticamente vacío, miopía magna y sordera neuro sensorial.
67b) Vítreo fibrilar, membranas retro ecuatoriales y miopía magna.
67c) Vítreo ópticamente vacío, membranas retro ecuatoriales y membrana retro cristaliniana.
67d) Vítreo arrosariado, hipoplasia mandibular y artrosis precoz.

68 LA VITREORETINOPATÍA INFLAMATORIA NEOVASCULAR AUTOSÓMICA DOMINANTE:

68a) No cursa con neovasos papilares.
68b) Presenta pérdida de amplitud en la onda b en el ERG.
68c) Debuta con hemorragia en cámara anterior.
68d) La afectación vítrea se produce en la fase tardía de la enfermedad.

69 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES FÁRMACOS APLICADO DE FORMA INTRAVITREA PARECE SER EFICAZ CONTRA LAS SIEMBRAS VÍTREAS DEL RETINOBLASTOMA?

69a) Carboplatino.
69b) Etopósido.
69c) Vincristina.
69d) Melfalán.

70 EL XANTOGRANULOMA JUVENIL:

70a) Es casi siempre bilateral.
70b) Es de origen inflamatorio.
70c) Suele remitir espontáneamente.
70d) Aparece tras traumatismos preforantes.

71 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES CÁNCERES ES EL QUE CON MAS FRECUENCIA CAUSA LA RETINOPATIA PARANEOPLÁSICA?

71a) El carcinoma pulmonar de células pequeñas.
71b) El carcinoma ovárico epitelial de células claras.
71c) El carcinoma de mama ductal invasivo.
71d) El carcinoma tiroideo papilar.

72 EN EL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO DEL MELANOMA DE COROIDES SE DETECTAN METÁSTASIS EN APROXIMADAMENTE EL:

72a) 15-20% de los pacientes.
72b) 10-12% de los pacientes.
72c) 5-8% de los pacientes.
72d) 1-2% de los pacientes.

73 EL MECANISMO DE ACCIÓN DE LA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A CONSISTE EN:

73a) Inhibir la liberación de acetilcolina.
73b) Aumentar la actividad de la acetilcolinesterasa.
73c) Inhibir la actividad de la acetilcolinesterasa.
73d) Bloquear los receptores de la acetilcolina.

74 LA PRUEBA DEL PRISMA DE BASE TEMPORAL DE 4 DIOPTRÍAS:

74a) Se emplea sobre todo en la exploración de los pacientes con síndrome de monofijación.
74b) Es útil para valorar la gravedad de la ambliopía.
74c) Predice la respuesta al tratamiento con oclusiones en los ojos amblíopes.
74d) Solo es válida en pacientes con visión binocular normal.

75 LA INTERVENCIÓN DE HARADA ITO:

75a) Es una técnica de debilitamiento de la acción del oblicuo superior.
75b) Consiste en el desplazamiento del oblicuo inferior a la inserción temporal del recto inferior, reinsertándole en la esclera mediante un único punto.
75c) Consiste en el desplazamiento anterior y temporal de las fibras anteriores del tendón del oblicuo superior.
75d) Se utiliza para mejorar el fenómeno de upshoot en el síndrome de Duane.

76 LA APRAXIA OCULOMOTORA DE COGAN:

76a) Es una forma congénita de parálisis bilateral de los movimientos verticales.
76b) Es una forma congénita de parálisis de la convergencia.
76c) Asocia divergencia vertical disociada.
76d) Presenta imposibilidad de movimientos horizontales voluntarios.

77 EN EL "OPTIC NEURITIS TREATMENT TRIAL" CUANDO LA PAPILITIS ASOCIABA EDEMA PAPILAR INTENSO Y HEMORRAGIAS RETINIANAS PERIPAPILARES CON RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR NORMAL, EL PORCENTAJE DE PACIENTES QUE PRESENTARON ESCLEROSIS MÚLTIPLE A LOS DIEZ AÑOS FUE:

77a) 50%.
77b) 20%.
77c) Ninguno presentó.
77d) No estudiaron este particular.

78 EL SÍNDROME DE BALINT ES SECUNADRIO A:

78a) Lesiones de ámbos lóbulos occipitales.
78b) Lesiones occipitoparietales bilaterales.
78c) Lesiones occipitocerebelosas.
78d) Lesiones del geniculado lateral.

79 EN EL SÍNDROME DE WEBER:

79a) Está afectado el núcleo del III par craneal.
79b) Está afectado el fascículo del III par craneal.
79c) Está afectado el núcleo del VI par craneal.
79d) Está afectado el fascículo del VI par craneal.

80 LA PARÁLISIS SUPRANUCLEAR PROGRESIVA:

80a) Afecta inicialmente a los movimientos horizontales sacádicos.
80b) Afecta inicialmente a la mirada hacia arriba.
80c) Afecta inicialmente a la mirada hacia abajo.
80d) No tiene un patrón inicial definido de afectación de los movimientos oculares.

81 EN LAS LESIONES QUÍMICAS DEL EXTERIOR DEL OJO

81a) Los álcalis desnaturalizan y precipitan las proteínas de los tejidos con los que entran en contacto.
81b) Los ácidos provocan directamente la pérdida de la matriz de proteoglicanos de la córnea.
81c) El pronóstico visual más desfavorable se asocia a un daño epitelial limbar extenso y a la penetración intraocular del agente químico.
81d) En quemaduras por álcalis es conveniente neutralizar el agente químico con un ácido suave.

82 EL GERMEN RESPONSABLE DE APROXIMADAMENTE EL 25% DE LAS ENDOFTALMITIS POSTRAUMÁTICAS TRAS LESIONES PENETRANTES ES:

82a) Clostridium Perfringens.
82b) Nocardia Asteroides
82c) Actinomyces Israelii.
82d) Bacillus Cereus.

83 EN LA PTOSIS POSTRAUMÁTICA:

83a) Si transcurrido 1 mes desde el traumatismo no se resuelve o no mejora, hay que plantearse la cirugía.
83b) Las laceraciones palpebrales que dejan ver la grasa preaponeurótica indican que se ha cortado el tabique orbitario.
83c) Con el tiempo pueden crearse conexiones aberrantes entre la división motora del V par y la rama del elevador dando lugar al Pseudosigno de Marcus Gunn.
83d) Si el traumatismo es cerrado puede afectar al párpado inferior, alterando el ligamento de Lockwood y originando una separación entre el globo ocular y el párpado inferior.

84 EL ANILLO DE VOSSIUS:

84a) Manifiesta el patrón de pigmento correspondiente a la pupila miótica en la cara anterior del cristalino.
84b) Indica dispersión de pigmento anular en el endotelio corneal.
84c) Desaparece al mes del traumatismo.
84d) Se asocia a existencia de ciclodiálisis

85 EN LA LEUCEMIA DESDE EL PUNTO DE VISTA HISTOPATÓLOGICO LA AFECTACIÓN ES MAS FRECUENTE A NIVEL DE:

85a) Las capas internas de la retina.
85b) Las capas externas de la retina.
85c) El iris.
85d) La coroides.

86 ¿EN EL CONTEXTO DE QUE PATOLOGÍA SISTÉMICA CON AFECTACIÓN OCULAR SE DA EL SÍNDROME DE UYEMURA?

86a) Oxalosis.
86b) Déficit de vitamina A.
86c) La enfermedad de Lyme.
86d) Lupus eritematoso.

87 EN LA TRABECULOPLASTIA CON LÁSER, LOS IMPACTOS SE APLICAN SOBRE:

87a) Malla trabecular anterior no pigmentada.
87b) Malla trabecular posterior pigmentada.
87c) Entre la unión de la banda ciliar y la malla trabecular.
87d) En la unión de la malla trabecular pigmentada y la no pigmentada.

88 LA TONOMETRÍA DE APLANACIÓN DE GOLDMANN SE BASA EN:

88a) Principio de Imbert-Fick.
88b) Principio de Heisenberg.
88c) Ley de Boyle.
88d) Ley de Pascal.

89 EN RELACIÓN A LOS SISTEMAS DE ASPIRACIÓN EN FACOEMULSIFICACIÓN:

89a) La bomba de Venturi determina un incremento lineal y rápido del vacío.
89b) En la bomba de diafragma, con la obstrucción continua del puerto de aspiración, el vacío continúa elevándose de forma lineal.
89c) La bomba peristáltica consta de una serie de válvulas que generan un vacío proporcional al caudal del gas o del líquido.
89d) El sistema más utilizado en facoemulsificación es la bomba diagragmática.

90 LA TÉCNICA DE RESECCIÓN DE MOHS EN BIOPSIA PALPEBRAL CONSISTE EN:

90a) Biopsia palpebral de espesor completo que incluye el borde libre del párpado con cierre simple.
90b) Biopsia de la lamela externa con conservación de la línea gris.
90c) Biopsia de espesor completo con transposición de colgajo pedunculado palpebral.
90d) Cirugía micrográfica con cortes con congelación y envío inmediato a anatomía patológica.

91 EN TOPOGRAFÍA CORNEAL COMPUTERIZADA:

91a) Un valor de asfericidad Q de -0,26 se considera anormal.
91b) Las córneas prolatas reducen el problema de las aberraciones esféricas.
91c) Las córneas oblatas poseen una curva periférica relativamente plana.
91d) Tras cirugía refractiva convencional para miopía la asfericidad corneal aumenta en dirección prolata.

92 ENTRE LOS PRINCIPIOS GENERALES QUE INFORMAN LA LEY 16/2003, DE 28 DE MAYO, DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD SE ENCUENTRA:

92a) El aseguramiento universal y público por parte del Estado.
92b) La igualdad de oportunidades y la libre circulación de profesionales en el conjunto del Sistema Nacional de Salud.
92c) La colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica
92d) Los tres enunciados anteriores constituyen principios generales que informan la Ley 16/2003.

93 LA RENUNCIA A LA CONDICIÓN DE PERSONAL ESTATUTARIO:

93a) Únicamente puede basarse en causas legalmente establecidas.
93b) Es un acto de carácter voluntario.
93c) Debe ser aceptada en todo caso.
93d) Inhabilita para obtener nuevamente la condición de estatutario.

94 DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

94a) Compete al Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud el nombramiento del Director o Directora General, de los Directores de División de la Organización Central y de los Directores-Gerentes de las organizaciones de servicios sanitarios.
94b) El Director o Directora General de Osakidetza-Servicio vasco de salud forma parte del Consejo de Administración y acude a sus sesiones con derecho a voz y voto.
94c) El nombramiento de los Directores-Gerentes de las organizaciones de servicios sanitarios es competencia de la Dirección General de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
94d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

95 LA DECLARACIÓN DE DERECHOS Y DEBERES DE LAS PERSONAS EN EL SISTEMA SANITARIO DE EUSKADI ESTABLECE QUE EL DERECHO A AMAMANTAR A LOS HIJOS E HIJAS:

95a) Puede ejercitarse en cualquier espacio.
95b) Puede ejercitarse en cualquier espacio público.
95c) No puede ejercitarse en público
95d) Únicamente puede ejercitarse en los espacios públicos correctamente señalizados.

96 CONFORME A LA LEY 7/2002, DE 12 DE DICIEMBRE, DE VOLUNTADES ANTICIPADAS EN EL ÁMBITO DE LA SANIDAD, DIGA, EN RELACIÓN CON EL DOCUMENTO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS, CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES CIERTA:

96a) Únicamente tiene validez si previamente ha sido inscrito en algún Registro de Voluntades anticipadas legalmente constituido.
96b) Únicamente es válido en relaciones con las actuaciones sanitarias que se vayan a practicar en Osakidetza-Servicio vasco de salud.
96c) Únicamente puede referirse a enfermedades o lesiones que la persona otorgante pueda padecer en el futuro y, en ningún caso, a aquellas enfermedades o lesiones que ya padece.
96d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

97 LA COMPETENCIA PARA IMPONER LAS SANCIONES POR LAS INFRACCIONES PREVISTAS EN LA LEY 4/2005, DE 18 DE FEBRERO, PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES, CORRESPONDE:

97a) Al Gobierno Vasco.
97b) A la directora o director de Emakunde-Instituto Vasco de la Mujer y al Gobierno Vasco.
97c) Al Gobierno Vasco, a las Diputaciones Forales y a los Ayuntamientos.
97d) A la Consejera o Consejero titular del departamento competente en materia de Igualdad y al Consejo de Gobierno.

98 EL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI):

98a) Atiende a todos los niños y niñas menores de 18 años.
98b) Forma parte del Programa de salud escolar.
98c) Asegura la atención dental a todos los niños y niñas entre 7 y 15 años.
98d) Las tres afirmaciones anteriores son falsas.

99 EN RELACIÓN CON LOS RETOS Y PROYECTOS ESTRATÉGICOS PARA EL PERIODO 2017-2020 DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD, DIGA CUÁL DE ESTAS AFIRMACIONES ES <u>FALSA</u>:

99a) Los retos y proyectos estratégicos de Osakidetza-Servicio vasco de salud están directamente relacionados con las líneas estratégicas del Departamento de salud.
99b) La transparencia y buen gobierno constituyen valores de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
99c) La financiación sostenible de las intervenciones en salud constituye uno de los valores de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
99d) La atención centrada en las personas constituye uno de los valores de Osakideta-Servicio vasco de salud

100 DE LA EVALUACIÓN DE LAS LÍNEAS ESTRATÉGICAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA SE CONCLUYE:

100a) La necesidad de configurar, junto al espacio social y al espacio sanitario, un tercer espacio sociosanitario.
100b) La necesidad de revisar el actual modelo de distribución competencial entre el Gobierno Vasco, las Diputaciones y los Ayuntamientos.
100c) La necesidad de dar continuidad a la coordinación interinstitucional y la gestión compartida.
100d) La necesidad de impulsar la atención sociosanitaria desde los ayuntamientos por ser las administraciones más próximas a la ciudadanía.

PREGUNTAS RESERVA

101 EN BIOMICROSCOPIA ESPECULAR DE LA CÓRNEA Y EN RELACIÓN CON LAS CÉLULAS ENDOTELIALES, POLIMEGETISMO INDICA:

101a) Porcentaje de células con seis vértices aumentado.
101b) Coeficiente aumentado de la variabilidad de la forma de las células.
101c) Coeficiente de tamaño de las células aumentado.
101d) Guttas corneales en 3 o más cuadrantes de la superficie corneal.

102 EN EL ELECTRORRETINOGRAMA (ERG)

102a) El tiempo implícito es el intervalo hasta que se inicia la onda a desde que se aplicó el estímulo.
102b) Es predominantemente trifásico.
102c) La onda c es generada por las células de Müller.
102d) La onda b consta de 2 subcomponentes b-1 y b-2.

103 EL SARCOMA MIELOIDE ORBITARO SECUNDARIO A LEUCEMIA MIELOIDE:

103a) Es siempre unilateral.
103b) Es un tumor difuso.
103c) La proptosis producida es de evolución lenta.
103d) Aparece en la primera década de la vida.

104 DE LAS SIGUIENTES FÓRMULAS PARA EL CÁLCULO DE LENTE EN OJOS CON CIRUGÍA REFRACTIVA PREVIA, LA QUE OFRECE MEJORES RESULTADOS ES:

104a) SRK/T.
104b) Haigis-L.
104c) Holladay II.
104d) Hoffer Q.

105 ANATOMICAMENTE LA MÁCULA SE DEFINE COMO:

105a) La zona de retina que contiene pigmento xantófilo y el epitelio pigmentario más aplanado.
105b) La zona de retina que contiene pigmento xantófilo y mayor acúmulo de melanina.
105c) La zona de retina que contiene pigmento xantófilo y dos o más capas de células ganglionares.
105d) La zona de retina que contiene pigmento xantófilo y no tiene bastones.

106 EL MEDIO DE CULTIVO ESPECÍFICO DE ACANTHAMOEBA PREFERIDO TRAS RASPADO CORNEAL ES:

106a) Agar dextrosa de Saboraud.
106b) Löwestein-Jensen.
106c) Agar no nutritivo sembrado con Escherichia Coli.
106d) Caldo cerebro-corazón.

107 ¿CUÁL DE LOS SIGUIENTES PUEDE SER UN EFECTO SECUNDARIO A NIVEL OCULAR DE LOS INHIBIDORES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL?

107a) Atrofia papilar.
107b) Uveítis.
107c) Miopización.
107d) Queratitis por hiposecreción lagrimal.

108 LA DISTROFIA CORNEAL (CRISTALINA) DE SCHNYDER:

108a) Siempre cursa con cristales corneales.
108b) Histológicamente son depósitos de amiloides.
108c) Es una enfermedad relativamente frecuente en Islandia.
108d) Su herencia es AD (Autosómica dominante); gen UBIAD1 X

109 LA MANIFESTACIÓN OCULAR MÁS COMÚN DE LA BARTONELOSIS ES:

109a) Uveítis anterior.
109b) Retinocoroiditis focal.
109c) Neurorretinitis.
109d) Conjuntivitis con granuloma focal.

110 DIGA CUÁL DE ESTAS LÍNEAS DE ACCIÓN CORPORATIVA NO FORMA PARTE DE LA ESTRATEGIA DE SEGURIDAD DEL PACIENTE DE OSAKIDETZA-SERVICIO VASCO DE SALUD

110a) La identificación inequívoca de pacientes.
110b) La seguridad transfusional: donantes y receptores de componentes sanguíneos y tejidos.
110c) La designación de referentes de seguridad en las organizaciones de servicios sanitarios.
110d) Las buenas prácticas asociadas a los cuidados de enfermería.

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 eOPE 2017

FAK. ESP. OFTALMOLOGIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO OFTALMOLOGIA

ARIKETA / EJERCICIO: 01 EREDUA / MODELO: A

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 A	031 C	061 A	091 B
002 C	032 C	062 D	092 D
003 A	033 A	063 B	093 B
004 D	034 C	064 C	094 C
005 C	035 B	065 A	095 B
006 B	036 A	066 D	096 D
007 C	037 B	067 C	097 B
008 B	038 C	068 B	098 C
009 C	039 B	069 D	099 C
010 D	040 A	070 C	100 C
011 C	041 A	071 A	101 B
012 A	042 C	072 D	102 D
013 B	043 D	073 A	Erreserbak / Reservas
014 C	044 C	074 A	103 D
015 C	045 B	075 C	104 B
016 B	046 C	076 D	105 C
017 D	047 B	077 C	106 C
018 B	048 Baliogabetua (*)	078 B	107 B
019 A	049 C	079 B	108 D
020 C	050 A	080 C	109 C
021 A	051 C	081 C	110 C
022 D	052 B	082 D	
023 D	053 Baliogabetua (*)	083 B	
024 C	054 D	084 A	
025 D	055 C	085 D	
026 A	056 A	086 B	
027 B	057 B	087 D	
028 B	058 A	088 A	
029 C	059 C	089 A	
030 A	060 B	090 D	

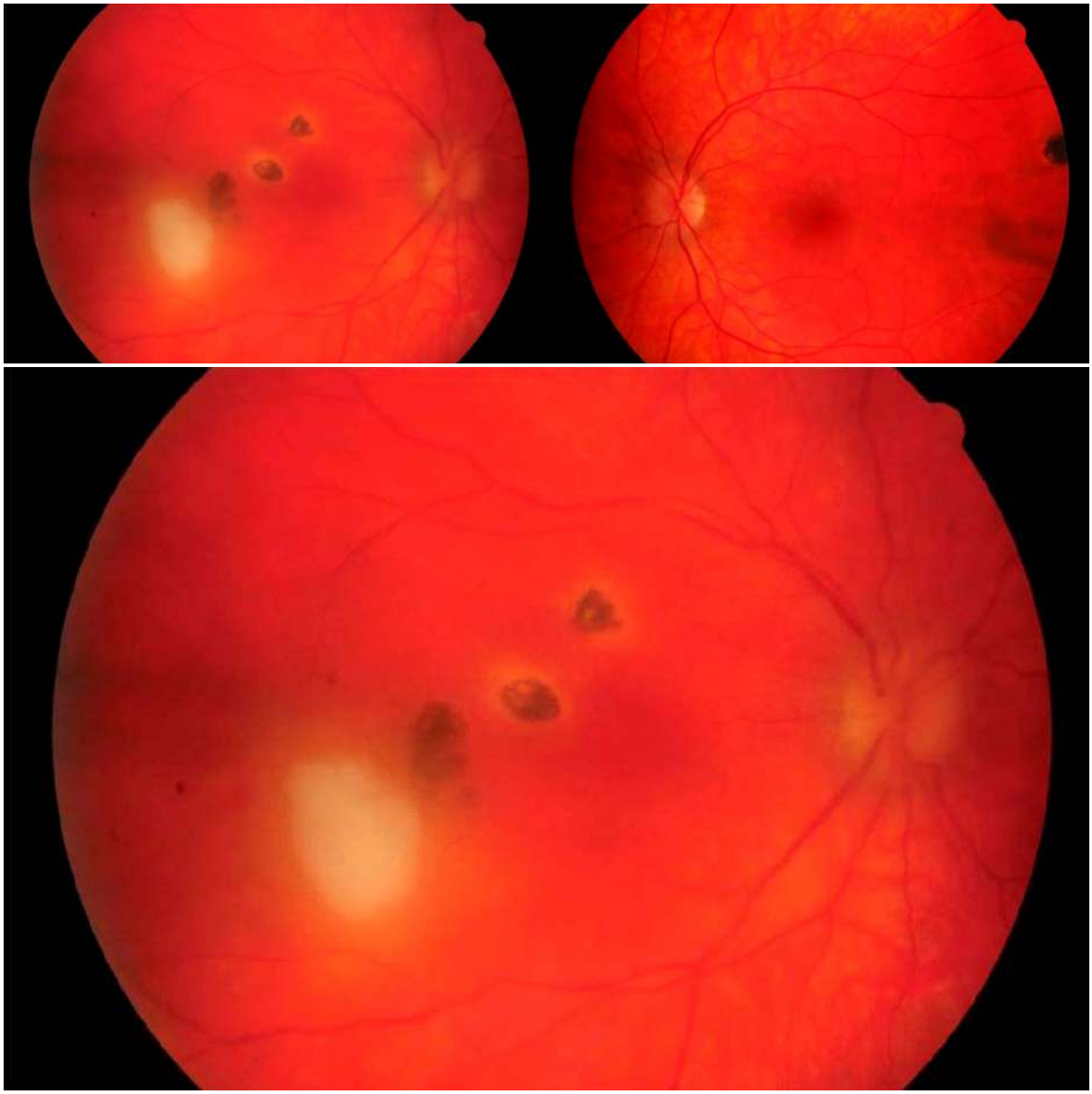
"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales

CASO Nº 1

Mujer sana de 25 años en semana 12 de embarazo que presenta disminución de AV en ojo derecho (AVL corregida OD 0,3 y OI 1,0). Biomicroscopia: Ojo derecho: inyección ciliar, Tyndall 3+, precipitados queráticos, no sinequias posteriores. Ojo izquierdo normal.
Presión intraocular: Ojo derecho 35 mm de Hg y Ojo izquierdo 18 mm de Hg
Funduscopia:



1. **En caso de utilizar tratamiento antiinflamatorio e hipotensor, y según las recomendaciones de la FDA, qué pauta escogerías en esta paciente:**

a) Prednisona colirio + tropicamida colirio + brimonidina colirio
b) Dexametasona colirio + tropicamida colirio + inhibidor de la anhidrasa carbónica oral
c) Corticoide oral + tropicamida tópica + betabloqueante colirio
d) AINE colirio + atropina colirio + brimonidina colirio

2. **La reactivación de la retinocoroiditis por toxoplasma:**

a) Es poco frecuente en el embarazo
b) La posibilidad de transmisión al feto es nula
c) Si no hay afectación del nervio óptico o amenaza macular puede no tratarse
d) Hay que tratar siempre por riesgo para el feto

3. **En caso de transmisión al feto:**

a) La posibilidad aumenta con la edad gestacional
b) Es menos grave si afecta en las primeras semanas del embarazo
c) La espiramicina trata la infección del feto puesto que atraviesa la barrera placentaria
d) Todas son falsas

4. **En cuanto al tratamiento de la reactivación toxoplásmica en nuestra paciente, qué sería lo más indicado:**

a) Trimetropin sulfametoxazol
b) El tratamiento con clindamicina intravítrea más/menos corticoide intravítreo es una buena opción
c) Pirimetamina + sulfadiacina + ácido fólico
d) Atovaquone, clindamicina, espiramicina y pirimetamina serían los menos tóxicos para el feto según la FDA

CASO Nº 2

Historia clínica

Varón de 9 años de edad sin AF de interés, que acude a la consulta de oftalmología presentando una endotropia con déficit de abducción en OD. El resto de la exploración oftalmológica es normal (reflejos pupilares, AV 1.0 esp, BMC, PIO y FO). Como antecedentes presenta episodios de taquipnea y alucinaciones auditivas, etiquetados como crisis epilépticas. En ese momento se evidenció en la RMN la existencia de lesiones simétricas hiperintensas en T2 en ganglios basales y protuberancia, que no desaparecieron tras corticoterapia (Fig. 1). Por lo demás, el paciente presentaba una comunicación interventricular e hipertricosis en piernas. Durante la evolución se detecta una ptosis que, al igual que el estrabismo, mejoran con el tiempo y un borramiento papilar OD. Este borramiento se bilateraliza a los tres meses, desencadenando una atrofia óptica bilateral (Fig. 2), con afectación de CV (Fig. 3) y una AV resultante de 0,05 AO.

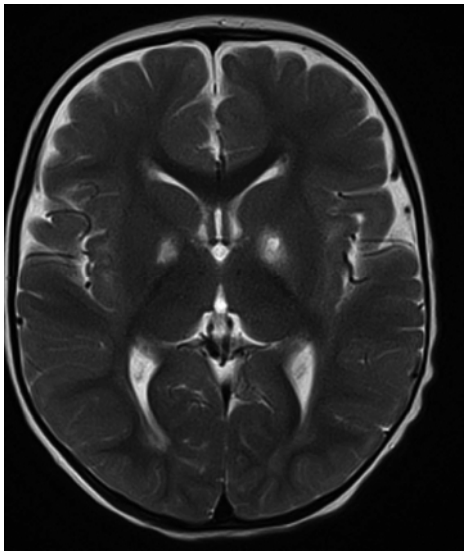


Fig. 1

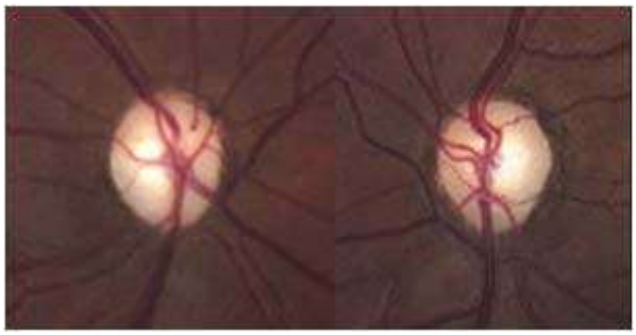


Fig. 2

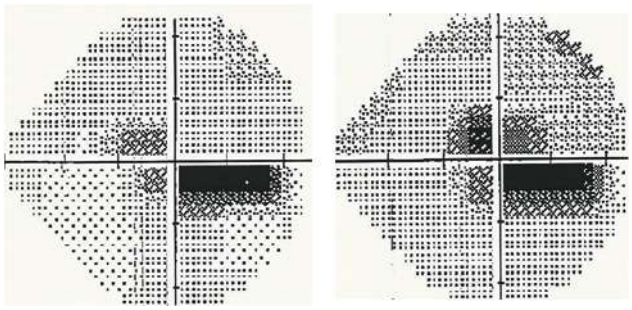


Fig. 3

5. **En un cuadro de esta evolución, bilateral, con otras manifestaciones asociadas y atrofia de nervio óptica progresiva: ¿Cuál de estas afirmaciones es correcta en relación a la posible genética del cuadro?**

a) Se trata de una enfermedad probablemente esporádica
b) Su origen se debe a mutaciones del DNA mitocondrial
c) Está producida por mutaciones del DNA nuclear
d) Puede deberse a mutaciones del DNA mitocondrial o nuclear

6. **De los siguientes: ¿Qué hallazgo de laboratorio es poco probable?**

a) Acidosis láctica en plasma
b) Descenso del ratio lactato/piruvato en líquido cefalorraquídeo
c) Hiperalaninemia en plasma
d) Aminoaciduria metilmalónica

7. **¿Cuál de las siguientes sustancias no incluirías en el tratamiento del paciente?**

a) Coenzima Q10
b) Tiamina
c) L-Carnitina
d) Citicolina

8. **Ante los** hallazgos **descritos: ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

a) Síndrome de Leigh
b) Enfermedad de Leber
c) Síndrome de Kearns-Sayre
d) Síndrome MELAS

CASO Nº 3



El paciente de la fotografía de 29 años de edad acude a la consulta para someterse a cirugía refractiva de su miopía.

A la exploración presenta una agudeza visual de unidad en los dos ojos con una refracción en ojo derecho de -2 (-1.50 a 90º) y en ojo izquierdo de – 2.5 (-0.75 a 110º). Su PIO es de 20 mmHg en ojo derecho y 27 mmHg en ojo izquierdo , realizándose una campimetría que resulta ser normal .

Como antecedente personal refiere padecer sordera perceptiva de nacimiento y episodios de visión borrosa y halos de colores tras jugar al baloncesto.

9. ¿Que hallazgo esperaría encontrar en este paciente a la exploración ocular?

a) Cataratas

b) Huso de Krukenberg

c) Sinequias periféricas anteriores

d) Espículas pigmentadas en retina

10. ¿Cuál de estos tratamientos estaría más indicado en este paciente?

a) Corticoides tópicos y orales

b) Cirugía de cristalino

c) Iridotomias YAG

d) Ciclosporina A a dosis de 5 mg/Kg/día

11. Ante este paciente sospecharemos de…

a) Síndrome de Vogt –Koyonagi – Harada

b) Iridociclitis heterocrómica de Fuchs

c) Incontinencia pigmenti o Síndrome de Bloch-Sulzberger

d) Síndrome de Waardenburg

12. ¿Cuál es el pronóstico ocular de este paciente?

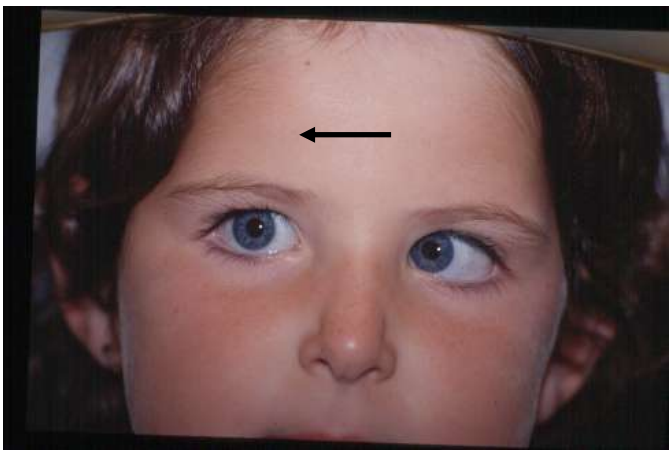
a) El riesgo de desarrollar desprendimientos de retina es muy alto

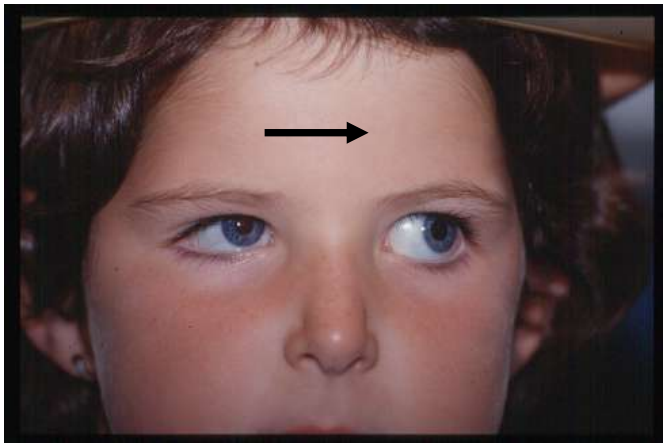
b) El paciente cursará con episodios recurrentes de uveítis de por vida

c) Aunque se normalice su PIO el campo visual se irá reduciendo de forma concéntrica con el tiempo

d) Si se normaliza su PIO, el pronóstico es bueno

CASO Nº 4







Niña de 12 años de edad. La flecha indica la dirección de la mirada

13. Diagnóstico más probable

a) Paresia ambos rectos laterales
b) Síndrome de Moebius
c) Parálisis de la mirada horizontal
d) Duane tipo III

14. Es frecuente que curse con

a) Tortícolis vertical
b) Tortícolis horizontal
c) Cabeza inclinada sobre el hombro del ojo afecto
d) Guiño del ojo con la luz

15. En relación a las alteraciones sensoriales propias de esta patología

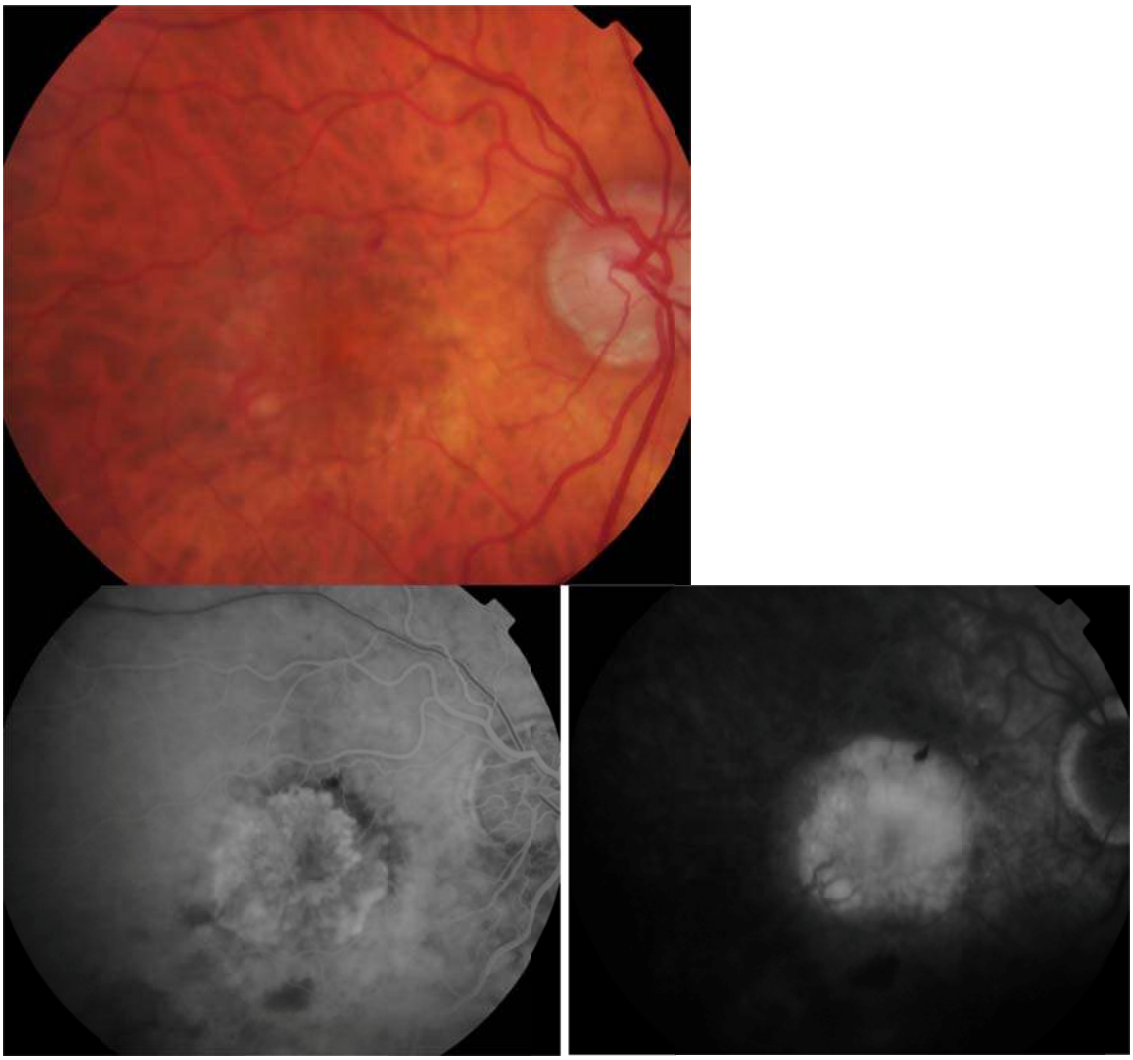
a) No cursa con ambliopía
b) Cursa con diplopía en las miradas laterales
c) No pueden tener estereopsis
d) Presentan fijación no central

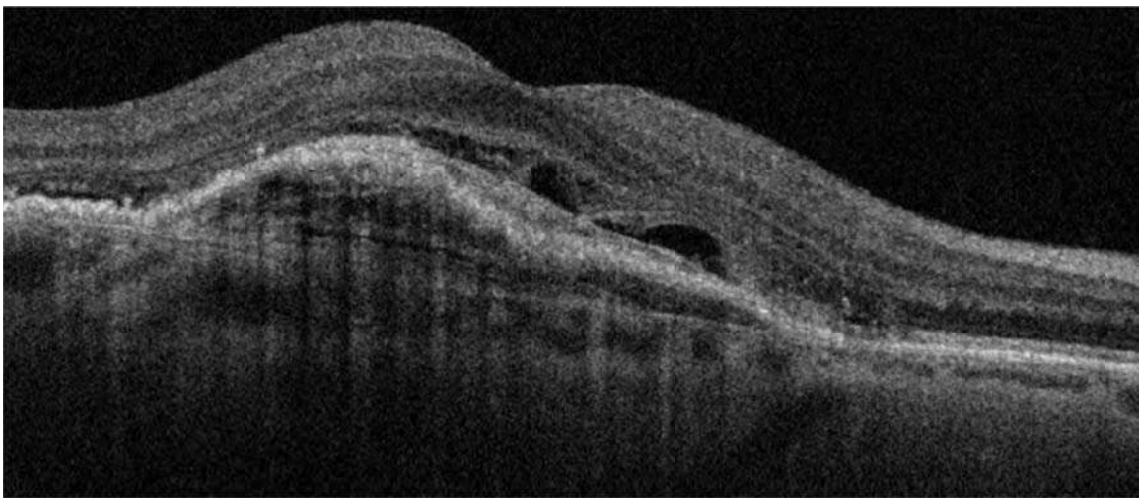
16. En relación al tratamiento quirúrgico, en este caso, estaría indicado:

a) Hacer una resección del recto externo OD
b) Poner un hilo en el Recto medio del OI
c) No operar
d) Asociar resección del recto externo y del interno del OD

CASO Nº 5

Paciente mujer de 80 años con sintomatología urgente en su ojo derecho de escotoma central, metamorfopsia y disminución de su agudeza visual a 20/60. Las imágenes de retinografía, AFG y OCT son las siguientes:





17. ¿Cual es el diagnóstico más probable en este caso?

a) Degeneración macular asociada a edad (DMAE) neovascular tipo 1
b) DMAE neovascular tipo 2
c) DMAE neovascular tipo 3 o proliferación angiomatosa retiniana (RAP)
d) Vasculopatía polipoidea idiopática

18. Los hallazgos más característicos en la OCT que se dan en este caso son:

a) La característica tomográfica típica en este caso es hiperreflectividad que traduce neovascularización por encima del epitelio pigmentario retiniano (EPR)
b) Disrupción hiperreflectiva en el interior del parénquima retiniano, hallazgo tipo de la RAP
c) Se evidencia falta de integridad del EPR con discontinuidad del mismo e hiperreflectividad subyacente que traduce material neovascular subEPR
d) Existencia de un desprendimiento del epitelio pigmentario fibrovascular con fluido subretiniano

19. En cuanto a la clasificación y evolución de las diferentes formas de DMAE, es cierto que:

a) Las lesiones neovasculares tipo 3 (RAP) suponen el porcentaje más elevado de los casos de DMAE neovascular, y suelen afectar a pacientes relativamente más jóvenes
b) La DMAE neovascular tipo 1 supone en prevalencia hasta un 40% de los casos de DMAE neovascular
c) La DMAE neovascular tipo 2 se identifica con las lesiones ocultas o predominantemente ocultas
d) Las formas de vasculopatía idiopática polipoidea muestran muy buena respuesta a los fármacos antiangiogénicos

20. En este caso, es cierta la siguiente afirmación sobre el tratamiento:

a) En la actualidad, no se considera la OCT como criterio diferenciador en DMAE, y hay que tratar y seguir según las mismas pautas a todos los casos
b) Sería deseable plantear un tratamiento combinado de terapia fotodinámica y antiangiogénicos, dada la baja expresión de factor de crecimiento vascular endotelial (VEFG) que se da en este subtipo
c) La relativa integridad del EPR y parénquima retiniano en la OCT permite suponer un pronóstico visual relativamente bueno si aplicamos pautas estrictas de antiangiogénicos
d) Este tipo de DMAE neovascular presenta características de actividad elevada, así como gran tendencia a la bilateralización y a la atrofia, por lo que hay que aplicar pautas fijas frecuentes y vigilar estrechamente el otro ojo

Hautaketa-proben erantzun EGUNERATUAK, jarritako erreklamazioak aztertu eta gero
Respuestas ACTUALIZADAS de las pruebas selectivas tras la revisión de las reclamaciones

2016 eOPE 2017

FAK. ESP. OFTALMOLOGIAKO MEDIKUA
FAC. ESP. MEDICO OFTALMOLOGIA

ARIKETA / EJERCICIO: 02 EREDUA / MODELO: X

Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta	Erantzun zuzena Respuesta correcta
001 A			
002 C			
003 A			
004 B			
005 D			
006 B			
007 D			
008 A			
009 B			
010 C			
011 D			
012 D			
013 D			
014 B			
015 A			
016 C			
017 A			
018 D			
019 B			
020 C			

"Baliogabetua" markak galdera ezeztatuta dagoela esan nahi du / "Baliogabetua" indica que la pregunta está anulada.

(*) Behin behineko emaitzen argitalpenean emateko erantzuna ezeztatzea edo aldatzea erabaki du Epaimahiak

(*) El Tribunal ha decidido anular o modificar la respuesta que dio a esta pregunta en los resultados provisionales