



**1. ¿Cuál es el hallazgo de imagen más específico para diferenciar un glioma de alto grado de una metástasis cerebral en RM con contraste?**

- A) Realce homogéneo
- B) Edema vasogénico extenso
- C) Necrosis central
- D) Captación anular irregular y heterogénea

**2. ¿Cuál es el patrón más característico en RM para diferenciar una encefalitis límbica autoinmune de una encefalitis viral?**

- A) Lesiones multifocales en sustancia blanca
- B) Realce leptomeníngeo difuso
- C) Lesiones hiperintensas en T2 en el hipocampo y amígdala sin captación de contraste
- D) Realce nodular con gadolinio

**3. ¿Cuál de los siguientes patrones de calcificación en TC sugiere con mayor probabilidad un oligodendroglioma?**

- A) Calcificación en "moteado"
- B) Calcificación en nido de abeja
- C) Calcificación periférica
- D) Calcificación en anillo

**4. ¿Qué hallazgo en perfusión cerebral por RM sugiere un linfoma primario del sistema nervioso central (LPSNC) frente a un glioblastoma?**

- A) Aumento de rCBV (volumen cerebral regional)
- B) Realce heterogéneo
- C) Disminución del rCBV
- D) Necrosis perilesional prominente

**5. ¿Cuál es el signo radiológico distintivo de una hemorragia intratumoral en un cavernoma cerebral en secuencia GRE?**

- A) Hiperseñal en T1
- B) Realce homogéneo en T1 con gadolinio
- C) Imagen en "anillo de hierro"
- D) Hiposeñal en GRE debido a depósito de hemosiderina

**6. ¿Cuál es el patrón de afectación de la sustancia blanca más característico en la adrenoleucodistrofia cerebral infantil en RM?**

- A) Lesiones periventriculares anteriores
- B) Afectación del cuerpo caloso
- C) Lesiones en la cápsula interna
- D) Afectación parieto-occipital simétrica



**7. ¿Qué hallazgo en la espectroscopía por RM es más indicativo de gliomatosis cerebri en comparación con un linfoma cerebral?**

- A) Pico elevado de lactato
- B) Aumento del pico de colina con disminución de N-acetilaspartato (NAA)
- C) Disminución del pico de colina con aumento de creatina
- D) Pico de lípidos prominente

**8. ¿Cuál de las siguientes arterias perforantes tiene mayor relevancia en la vascularización del núcleo caudado?**

- A) Arteria de Heubner
- B) Arterias lenticuloestriadas
- C) Arteria coroidea anterior
- D) Arteria calcarina

**9. En la angiografía lateral, ¿cuál es la característica distintiva de la arteria calcarina?**

- A) Su curso S-shaped
- B) Ubicación paramediana
- C) Presencia de anastomosis con la arteria occipital
- D) Origen en el segmento P1 de la arteria cerebral posterior

**10. ¿Cuál es la principal fuente de irrigación del núcleo subtalámico?**

- A) Arteria perforante de la ACA
- B) Arteria talamogeniculada
- C) Arteria coroidea anterior
- D) Arteria lenticuloestriada lateral

**11. ¿Cuál es la configuración anatómica más común de la arteria espinal anterior en la región cervical alta?**

- A) Un tronco único longitudinal
- B) Doble tronco paralelo
- C) Anastomosis en malla
- D) Un único tronco con ramas radicales

**12. ¿Cuál es la característica distintiva de la arteria espinal anterior en el territorio lumbar bajo, comparada con su configuración en la región cervical?**

- A) Mayor calibre y flujo constante
- B) Mayor número de ramas colaterales
- C) Menor calibre y ausencia de flujo continuo
- D) Irrigación segmentaria principalmente dependiente de arterias radiculomedulares

**13. ¿Qué característica histológica es clave para identificar una arteria espinal anterior en la región torácica media?**

- A) Presencia de tejido adiposo perivascular
- B) Lámina elástica interna prominente
- C) Capas musculares concéntricas
- D) Válvulas endoluminales



**14. ¿Cuál de los siguientes perfiles genómicos se asocia con mayor resistencia a la quimioterapia en gliomas IDH-wildtype?**

- A) Metilación del promotor de MGMT
- B) Sobreexpresión de PDGFRA
- C) Codeleción 1p/19q
- D) Mutación de ATRX

**15. En el tratamiento de los gliomas difusos de línea media con mutación H3 K27M, ¿cuál es el principal abordaje terapéutico recomendado?**

- A) Resección quirúrgica completa
- B) Radioterapia focal
- C) Quimioterapia con temozolomida
- D) Radioterapia holocraneal

**16. ¿Cuál de las siguientes alteraciones moleculares predice peor pronóstico en astrocitomas IDH-mutantes grado II-III?**

- A) Pérdida de ATRX
- B) Mutación TERTp
- C) Codeleción 1p/19q
- D) Expresión de EGFRvIII

**17. ¿Qué terapia dirigida ha mostrado mejoría en la supervivencia libre de progresión en gliomas de bajo grado con mutación IDH1?**

- A) Inhibidores de mTOR
- B) Vorasidenib
- C) Bevacizumab
- D) Temozolomida

**18. En el contexto de un meduloblastoma subtipo SHH activado, TP53 mutado, ¿cuál es el tratamiento estándar actual?**

- A) Quimioterapia sola
- B) Radioterapia craneoespinal
- C) Cirugía sin terapia adyuvante
- D) Quimiorradioterapia

**19. ¿Cuál es la característica histológica distintiva del glioma cordoide del tercer ventrículo?**

- A) Células en empalizada
- B) Patrón microquístico
- C) Componentes papilares
- D) Realce en anillo en la RM



**20. ¿Cuál de los siguientes perfiles moleculares en gliomas se asocia con un peor pronóstico y mayor agresividad?**

- A) IDH mutado con codeleción 1p/19q
- B) IDH wild-type con mutación TERTp
- C) ATRX mutado con pérdida de TP53
- D) Mutación BRAF con fusión KIAA1549

**21. ¿Cuál de las siguientes es una característica inmunohistoquímica clave que distingue al tumor teratoide/rabdoide atípico (AT/RT)?**

- A) Positividad para IDH1-R132H
- B) Pérdida de INI1 (SMARCB1)
- C) Positividad para EMA
- D) Coexpresión de GFAP y OLIG2

**22. Un paciente presenta una masa en la región pineal con niveles marcadamente elevados de  $\beta$ -HCG y alfafetoproteína (AFP) normal. La histología está pendiente. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?**

- A) Germinoma
- B) Carcinoma embrionario
- C) Coriocarcinoma
- D) Teratoma

**23. En el tratamiento de un meduloblastoma subtipo SHH activado, TP53 mutado en un adolescente, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es verdadera?**

- A) Tiene mejor pronóstico que el subtipo WNT
- B) Suele ser resistente a quimioterapia basada en platinos
- C) Está contraindicado el uso de radioterapia por riesgo de progresión
- D) Tiene un pronóstico particularmente adverso frente a otros subtipos

**24. En pacientes adultos con oligodendroglioma (IDH mutado, 1p/19q codeleción) o astrocitoma IDH-mutado reseccionados parcialmente, señale lo correcto respecto a la supervivencia global estimada:**

- A) La resección subtotal elimina la necesidad de radioterapia adyuvante inmediata
- B) En astrocitomas, la resección parcial se asocia con supervivencias globales comparables a la resección completa
- C) En oligodendrogliomas, incluso la resección parcial puede asociarse con supervivencia >10 años si se combina con quimiorradioterapia
- D) Ambos tipos de tumores muestran una mediana de supervivencia <5 años en resección incompleta

**25. Sobre los ependimomas supratentoriales RELA fusionados, señale lo VERDADERO:**

- A) Son tumores típicamente de bajo grado con buen pronóstico a largo plazo
- B) Se caracterizan por reordenamiento de los genes C11orf95 y RELA
- C) Son más comunes en adultos y localizados en la fosa posterior
- D) No presentan realce con gadolinio en la resonancia magnética



**26. ¿Cuál es la principal ventaja de utilizar stent retrievers frente a trombectomía por aspiración en el tratamiento de la oclusión de grandes vasos en el ictus isquémico agudo?**

- A) Mayor tasa de recanalización
- B) Menor riesgo de hemorragia intracerebral
- C) Mayor facilidad en lesiones arteriales torcidas
- D) Menor tiempo de intervención

**27. En el manejo de una fístula arteriovenosa espinal tipo II, ¿cuál es el principal riesgo si no se trata quirúrgicamente?**

- A) Déficit neurológico progresivo
- B) Hemorragia masiva
- C) Hidronefrosis espinal
- D) Formación de pseudoaneurismas

**28. ¿Cuál es el factor pronóstico más desfavorable en una MAV espinal según la clasificación de Spetzler-Martin?**

- A) Localización en región torácica
- B) Nido difuso
- C) Presencia de hemorragia previa
- D) Flujo arterial bajo

**29. ¿Cuál es el principal factor predictor de recurrencia isquémica tras un bypass directo en pacientes con enfermedad de Moyamoya en estadio avanzado?**

- A) Persistencia de colaterales leptomenígeas
- B) Edad superior a 50 años
- C) Ausencia de hiperemia postoperatoria en estudios de perfusión
- D) Bypass indirecto simultáneo

**30. ¿Cuál es el principal factor anatómico que predice el fracaso del tratamiento endovascular con stent derivador de flujo en aneurismas gigantes de la circulación anterior?**

- A) Diámetro del cuello del aneurisma superior a 10 mm
- B) Presencia de trombosis parcial intraaneurismática
- C) Aneurisma con angulación del cuello mayor a 90 grados
- D) Origen de ramas perforantes del cuello del aneurisma

**31. ¿Cuál es el principal factor pronóstico desfavorable en el manejo endovascular de una malformación de la vena de Galeno en neonatos?**

- A) Diámetro de la vena superior a 20 mm
- B) Presencia de hidrocefalia congénita
- C) Hipertensión pulmonar secundaria a derivación arteriovenosa de alto flujo
- D) Insuficiencia cardíaca congestiva controlada con fármacos



**32. ¿Cuál es el principal factor radiológico que predice el riesgo de sangrado recurrente en cavernomas del tronco cerebral?**

- A) Tamaño superior a 10 mm
- B) Localización en el mesencéfalo
- C) Calcificación en secuencias de TC
- D) Presencia de un halo hemosiderótico en secuencias GRE/T2 de RM\*

**33. ¿Cuál es el principal factor de riesgo de hemorragia intracerebral en una fístula dural arteriovenosa (dAVF) cerebral según la clasificación de Cognard?**

- A) Presencia de drenaje venoso cortical retrógrado
- B) Ausencia de shunt de alto flujo
- C) Localización en la fosa posterior
- D) Conexión directa con el seno sagital superior

**34. Según la clasificación de Borden, ¿qué característica define una fístula dural tipo III?**

- A) Drenaje a través de senos venosos derales sin reflujo cortical
- B) Drenaje directo a venas corticales con flujo retrógrado
- C) Drenaje venoso cortical directo sin paso por senos derales
- D) Shunt arteriovenoso con múltiples aferencias derales

**35. ¿Cuál es el principal criterio angiográfico que distingue un hemangioblastoma espinal de una malformación arteriovenosa (MAV) intramedular?**

- A) Realce homogéneo en fases tardías
- B) Vascularización arterial prominente con drenaje venoso temprano en el hemangioblastoma
- C) Ausencia de nidos vasculares en el hemangioblastoma
- D) Presencia de fístulas derales asociadas

**36. ¿Cuál es la característica histopatológica que diferencia un paraganglioma espinal de un hemangioma cavernoso?**

- A) Presencia de células espumosas en el estroma
- B) Positividad para cromogranina y sinaptofisina en el paraganglioma
- C) Patrón de nidos celulares compactos en el hemangioma
- D) Infiltración difusa de células fusiformes

**37. ¿Cuál es el principal factor de riesgo para desarrollar un adenoma hipofisario agresivo?**

- A) Edad avanzada
- B) Síndrome de Lynch
- C) Mutación AIP
- D) Diabetes mellitus



**38. ¿Cuál es el marcador tumoral más útil para monitorizar recurrencia en adenomas no funcionales?**

- A) IGF-1
- B) Alfa-subunidad
- C) Prolactina
- D) ACTH

**39. ¿Cuál es el subtipo de adenoma hipofisario que presenta mayor tasa de recidiva a pesar de una resección quirúrgica aparentemente completa?**

- A) Adenoma lactótopo
- B) Adenoma somatotrópico
- C) Adenoma corticotrópico
- D) Adenoma gonadotrópico

**40. ¿Cuál es el gen más frecuentemente mutado en adenomas hipofisarios asociados con acromegalia y resistencia al tratamiento con análogos de somatostatina?**

- A) MEN1
- B) PRKAR1A
- C) AIP
- D) GNAS

**41. ¿Cuál es el principal factor predictivo de respuesta al tratamiento con temozolomida en adenomas hipofisarios agresivos?**

- A) Expresión de Ki-67
- B) Methylation status de MGMT
- C) Expresión de MSH2
- D) Mutación en TP53

**42. ¿Cuál es el factor histopatológico que mejor predice la invasión cavernosa en los adenomas hipofisarios no funcionantes?**

- A) Expresión de E-cadherina
- B) Inmunorreactividad para SSTR2A
- C) Presencia de microcalcificaciones
- D) Alta expresión de Ki-67 (>3%)

**43. Niño de 8 años con cefalea, vómitos y pérdida de visión progresiva. La RMN revela una lesión supraselar quístico-sólida con componente calcificado, hipercaptante, que infiltra el infundíbulo y rodea la arteria comunicante anterior. Tras la resección subtotal transnasal, el informe molecular muestra mutación BRAF V600E.**

**¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas se considera más adecuada como manejo adyuvante en este contexto?**

- A) Radioterapia convencional de campo amplio
- B) Quimioterapia con carboplatino y vincristina
- C) Inhibidor BRAF dirigido (e.g., vemurafenib)
- D) Radiocirugía estereotáxica fraccionada



**44. Mujer de 38 años con hipoacusia progresiva, parálisis facial grado II House-Brackmann y desequilibrio. La RMN revela schwannoma vestibular extendido a 18 mm intracanalicular y 12 mm en CPA. Se opta por abordaje retrosigmoideo asistido por endoscopio. ¿Cuál es el porcentaje promedio de preservación auditiva útil en este tipo de abordaje en lesiones <20 mm?**

- A) 25–30%
- B) 40–50%
- C) 60–70%
- D) >80%

**45. Paciente de 12 años con craneofaringioma supraselar parcialmente resecado. Se planea reintervención, y el equipo multidisciplinar discute la clasificación morfológica para planificar el abordaje. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las clasificaciones de craneofaringiomas es VERDADERA?**

- A) La clasificación de Puget se basa en el contenido del quiste (aceite vs. colesterol)
- B) La clasificación de Pascual et al. define cinco tipos según la relación con el infundíbulo y tercer ventrículo
- C) La clasificación de Yasargil diferencia craneofaringiomas según su patrón genético (BRAF vs. CTNNB1)
- D) La clasificación de Samii se basa en la respuesta al tratamiento con radioterapia

**46. Varón de 62 años con meningioma petroclival grado II (WHO) parcialmente resecado vía presigmoidea. El análisis genético muestra mutación de TERT promotor y pérdida heterocigótica de 1p y 14q. ¿Cuál es la implicación pronóstica más probable de estos hallazgos genéticos?**

- A) Mayor radiosensibilidad tumoral
- B) Alto riesgo de transformación sarcomatosa
- C) Alta probabilidad de recurrencia agresiva
- D) Fenotipo secretor con edemas extensos

**47. Niño de 9 años con neurofibromatosis tipo 2, múltiples schwannomas y meningiomas. El análisis genético confirma mutación germinal de NF2 y adicionalmente una mutación SMARCE1 truncada. ¿Qué subtipo tumoral se asocia frecuentemente con mutación SMARCE1 en niños?**

- A) Cordoma clival
- B) Meningioma papilar
- C) Meningioma de grado I secretor
- D) Meningioma con patrón de células claras



**48. Paciente con meningioma anterior del foramen magno, con extensión a nivel prebulbar y adhesión parcial a la arteria espinal anterior. Se decide abordaje farolateral con sacrificio controlado del cóndilo occipital. ¿Cuál es el máximo porcentaje de resección del cóndilo occipital compatible con estabilidad craneocervical según estudios biomecánicos?**

- A) 25%
- B) 33%
- C) 50%
- D) 75%

**49. Paciente de 45 años con proptosis, cefalea y diplopía. La RMN revela meningioma del ala esfenoidal extendido a la órbita lateral, base anterior y seno cavernoso. Se plantea resección con abordaje orbitocraneal extendido. ¿Cuál es el límite anatómico lateral habitual de este abordaje combinado?**

- A) Ala menor del esfenoides
- B) Línea orbitozigomática
- C) Pared lateral de la órbita hasta la fisura orbitaria inferior
- D) Tubérculo selar

**50. Paciente de 56 años con parálisis progresiva de los pares IX, X y XI, asociado a acúfenos pulsátiles y pérdida auditiva conductiva. La angio-RMN revela masa hipervascular en región yugulotimpánica con erosión del hueso temporal y extensión intracraneal. ¿Cuál es el principal riesgo quirúrgico al reseccionar un paraganglioma estadio Fisch D2 con extensión intracraneal y cuál es la técnica preoperatoria más útil para reducirlo?**

- A) Déficit auditivo - radioterapia preoperatoria
- B) Parálisis facial - reconstrucción con injerto libre
- C) Sangrado masivo - embolización arterial selectiva
- D) Meningitis - descompresión del conducto auditivo interno

**51. Paciente con cordoma clival medial que compromete el clivus superior e inferior, extendiéndose al foramen lacerum y cara medial del proceso pterigoideo. Se planifica abordaje endoscópico endonasal transpterigoideo bilateral. ¿Cuál de las siguientes estructuras es el límite lateral crítico al realizar el abordaje transpterigoideo y debe ser identificada para evitar lesión vascular?**

- A) Nervio petroso mayor
- B) Arteria maxilar interna
- C) Nervio vidiano
- D) Seno cavernoso medial

**52. Paciente de 43 años con paresia de VI par craneal izquierdo y disestesia facial V2. RM revela lesión medial a la cara lateral del clivus, en la región petroclival. ¿Cuál es el abordaje quirúrgico más directo para esta lesión?**

- A) Abordaje subtemporal con drillado del peñasco posterior
- B) Abordaje presigmoideo retrolabiríntico
- C) Abordaje endoscópico endonasal transpterigoideo
- D) Abordaje retrosigmoideo estándar



**53. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en la meningitis bacteriana comunitaria en pacientes inmunodeprimidos?**

- A) Tipo de patógeno identificado
- B) Edad avanzada del paciente
- C) Nivel de glucosa en el líquido cefalorraquídeo (LCR) menor de 40 mg/dL
- D) Inicio precoz de antibióticos

**54. ¿Cuál es el principal hallazgo de neuroimagen en la encefalitis herpética en la fase aguda?**

- A) Lesiones hipodensas en TC
- B) Hiperseñal en T2/FLAIR en lóbulos temporales y corteza orbitofrontal
- C) Realce leptomeníngeo difuso
- D) Lesiones cerebelosas bilaterales

**55. ¿Cuál es el tratamiento de elección para la neurocisticercosis parenquimatosa activa con múltiples quistes y crisis epilépticas recurrentes?**

- A) Dexametasona en monoterapia
- B) Resección quirúrgica de los quistes
- C) Albendazol combinado con corticosteroides
- D) Antiepilépticos de amplio espectro únicamente

**56. ¿Cuál es el valor predictivo más alto para el diagnóstico de meningitis tuberculosa en pacientes con VIH?**

- A) Nivel elevado de lactato en LCR
- B) Presencia de linfocitos atípicos en LCR
- C) Aumento de la adenosina deaminasa (ADA) en LCR
- D) PCR positiva para micobacterias

**57. Señale la respuesta VERDADERA. ¿de qué arteria deriva en la mayoría de los casos la arteria meníngea recurrente?**

- A) tronco meningohipofisario
- B) arteria oftálmica
- C) arteria maxilar
- D) arteria temporal superficial

**58. Señale la respuesta VERDADERA. ¿qué estructura delimita superiormente el canal de Dorello?**

- A) ligamento de Civinini
- B) ligamento interclinoideo
- C) ligamento de Gruber
- D) anillo dural proximal



**59. Señale la respuesta VERDADERA. ¿dónde se originan las arterias tuberotalámicas o tálamo-perforantes anteriores?**

- A) arteria comunicante anterior
- B) arteria cerebral posterior
- C) arteria comunicante posterior
- D) arteria cerebral media

**60. Señale la respuesta FALSA. son estructuras anatómicas laterales del tronco encefálico todas las siguientes EXCEPTO:**

- A) tracto espinotalámico
- B) núcleo del nervio oculomotor
- C) núcleo sensorial del nervio trigémino
- D) tracto espinocerebeloso

**61. Señale la respuesta VERDADERA. Un cavernoma que muestra señal central hipointensa o isointensa en T1, hipointensidad central en T2, y un halo de hiposeñal con efecto blooming en secuencias de susceptibilidad, corresponde según la clasificación de Zabramski al tipo:**

- A) tipo I
- B) tipo II
- C) tipo III
- D) tipo IV

**62. Señale la respuesta FALSA. de entre los genes relacionados con las formas familiares de malformaciones cavernosas cerebrales (FCCMs) se encuentran todos los siguientes EXCEPTO:**

- A) KRIT1
- B) PDCD10
- C) MGC4607
- D) FOXP2

**63. Señale la respuesta VERDADERA. El drenaje venoso de las malformaciones arteriovenosas laterales pontinas se realiza principalmente a través de:**

- A) vena mesencefálica anterior
- B) vena medular anterior
- C) vena protomesencefálica lateral
- D) vena petrosa superior

**64. Usted está realizando un registro microelectrofisiológico durante una cirugía de colocación de electrodos de estimulación cerebral profunda para un paciente con Enfermedad de Parkinson. El neurofisiólogo le informa de que el registro muestra una frecuencia de 60-90Hz con un patrón relativamente regular y tónico. ¿Cuál es la estructura que está registrando con mayor probabilidad?**

- A) Nucleo Subtalámico
- B) Sustancia Negra
- C) Globo Pálido Interno
- D) Ninguna de las anteriores



**65. Usted decide realizar una estimulación bilateral del núcleo centromediano del tálamo ya que sabe que es una diana emergente en el tratamiento de una enfermedad con importante repercusión en la calidad de vida de su paciente. ¿De qué enfermedad se trata?**

- A) Epilepsia en pacientes con síndrome de Lennox-Gastaut
- B) Epilepsia de origen fronto-temporal
- C) Enfermedad de Parkinson
- D) Síndrome de Tourette

**66. El núcleo centromediano del tálamo forma un complejo funcional con uno de los siguientes núcleos talámicos, indique cual:**

- A) Nucleo Parafascicular (Pf)
- B) Nucleo Reticular del Tálamo (TRN)
- C) Nucleo Paracentral (PCT)
- D) Nucleo Reuniens (Re)

**67. ¿Cuál de los siguientes síntomas típicos de la enfermedad de Parkinson NO mejoran de forma significativa con estimulación cerebral profunda?**

- A) Fluctuaciones motoras (Off-periods)
- B) Bradicinesia
- C) Rigidez
- D) Trastornos de la marcha con bloqueos (freezing)

**68.Cuál es la principal complicación cognitiva asociada con la estimulación del núcleo subtalámico en Parkinson?**

- A) Demencia progresiva
- B) Trastornos del lenguaje
- C) Deterioro ejecutivo y aumento de impulsividad
- D) Amnesia retrógrada

**69. Hombre de 50 años atropellado por un vehículo. Dolor pélvico severo, parestesias en glúteos. La TC muestra fractura sacra Denis zona II, vertical, con desplazamiento y afectación neurológica leve. ¿Qué clasificación es útil para predecir afectación nerviosa en fracturas de sacro y cuál es el abordaje más frecuente para estabilización posterior percutánea?**

- A) Young-Burgess – tornillos ilíacos
- B) Denis – tornillos transilíacos S1-S2
- C) Tile – cerclaje supraacetabular
- D) OTA – fijación anterior sola

**70. En el sistema TLICS, ¿qué puntuación se asigna a una lesión completa de la médula espinal?**

- A) 2 puntos
- B) 3 puntos
- C) 4 puntos
- D) 5 puntos



## PREGUNTAS DE RESERVA

**71. ¿Cuál es el factor pronóstico más relevante en pacientes con trauma penetrante craneoencefálico?**

- A) Edad del paciente
- B) Glasgow Coma Scale (GCS) al ingreso
- C) Tipo de proyectil involucrado
- D) Lateralidad de la lesión

**72. ¿Qué técnica de neuroimagen ha mostrado mayor sensibilidad para detectar alteraciones estructurales tempranas en CTE (Encefalopatía Crónica Traumática)?**

- A) Tomografía computarizada (TC)
- B) Resonancia magnética convencional (RM)
- C) Imagen de tensor de difusión (DTI)
- D) Tomografía por emisión de positrones (PET) con FDG

**73. En la clasificación de Allen y Ferguson, ¿cuál de los siguientes patrones corresponde a una fractura por flexión-compresión (FC)?**

- A) Fractura de cuña
- B) Fractura por estallido
- C) Fractura por distracción
- D) Fractura de gota de lágrima

**74. ¿Cuál es el criterio principal para clasificar una fractura como tipo A3 en el sistema de clasificación AOSpine para lesiones toracolumbares?**

- A) Fractura de la apófisis transversa sin afectación del cuerpo vertebral
- B) Involucra al menos un platillo vertebral sin afectar la pared posterior
- C) Afectación de ambos platillos vertebrales con colapso del cuerpo vertebral
- D) Fractura por estallido completa con afectación del canal medular

**75. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la prueba de infusión lumbar en la hidrocefalia normotensiva es correcta?**

- A) Una resistencia al drenaje de LCR (Rout) < 6 mmHg/ml/min predice buena respuesta a la derivación
- B) La presencia de ondas en meseta durante la prueba indica baja complianza cerebral
- C) Los valores de Rout no se interpretan si la PIC es < 25 mmHg
- D) Existe una correlación lineal entre Rout y el volumen sistólico del acueducto