

1. ¿Cómo se define histológicamente un nido o teca en el contexto de los nevus melanocíticos?

- A) La presencia de melanocitos aislados en el espesor de la dermis papilar.
- B) La presencia de tres o más melanocitos en contacto directo.
- C) Un solo melanocito con prolongaciones dendríticas muy desarrolladas.
- D) Cualquier agrupación de más de diez melanocitos en la unión dermoepidérmica.

RESPUESTA:

B) La presencia de tres o más melanocitos en contacto directo.

2. ¿Cuál es el rango de tamaño proyectado en la edad adulta para que un nevus melanocítico congénito se considere pequeño?

A) <0.5 cm

B) <2.5 cm

C) <1.5 cm

D) <5 cm

RESPUESTA:

C) <1.5 cm

3. En la clasificación de nevus melanocíticos congénitos gigantes, ¿qué diámetro define a la categoría G3?

A) >40 cm

B) 20–30 cm

C) >50 cm

D) 31–40 cm

RESPUESTA:

A) >40 cm

4. ¿Cuál es el riesgo estimado de degeneración a melanoma a lo largo de la vida para un nevus melanocítico congénito gigante?

A) 40-50%

B) 5-20%

C) 25-30%

D) <1%

RESPUESTA:

B) 5-20%

5. ¿Qué hallazgo clínico en un nevus congénito gigante se asocia con un mayor riesgo de melanoma y melanocitosis neurocutánea?

A) Localización exclusiva en extremidades distales.

B) Presencia de satelitos.

C) Presencia de pilosidad oscura.

D) Superficie lisa y homogénea.

RESPUESTA:

B) Presencia de satelitos.

6. ¿Cuál es la recomendación terapéutica preferida para los nevus melanocíticos congénitos gigantes para reducir significativamente el riesgo de malignización?

A) Observación clínica mediante fotografías hasta la pubertad.

B) Extirpación quirúrgica completa precoz.

C) Dermoabrasión superficial en el neonato.

D) Tratamiento con láser de rubí Q-switched.

RESPUESTA:

B) Extirpación quirúrgica completa precoz.

7. ¿Qué estudio diagnóstico se recomienda realizar en los primeros 4 meses de vida ante la sospecha de melanocitosis neurocutánea?

- A) Tomografía Axial Computarizada (TAC) con contraste.
- B) Resonancia Magnética Nuclear (RMN).
- C) Punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo.
- D) Biopsia de piel de la lesión principal.

RESPUESTA:

B) Resonancia Magnética Nuclear (RMN).

8. ¿Qué porcentaje de melanomas se estima que aparecen sobre piel sana (de novo) en lugar de evolucionar de lesiones precursoras?

A) 78%

B) 23%

C) 50%

D) 95%

RESPUESTA:

A) 78%

9. ¿Cuál es la característica patogénica principal del nevus azul?

- A) Melanocitos dérmicos que no llegaron a la epidermis durante la migración fetal.
- B) Depósito de hemosiderina tras un traumatismo en un nevus previo.
- C) Error en la producción de feomelanina que resulta en pigmento azulado.
- D) Proliferación masiva de melanocitos en la capa granulosa.

RESPUESTA:

A) Melanocitos dérmicos que no llegaron a la epidermis durante la migración fetal.

10. ¿En qué localizaciones es más frecuente encontrar un nevus azul debido a la persistencia de células residuales?

- A) Tronco, abdomen y cara anterior de los muslos.
- B) Zonas de flexión como axilas e ingles.
- C) Cuero cabelludo, región sacra y dorso de manos y pies.
- D) Mucosa oral y conjuntiva ocular.

RESPUESTA:

C) Cuero cabelludo, región sacra y dorso de manos y pies.

11. ¿Cuál es el riesgo de malignización descrito para la mancha mongólica?

- A) No se han descrito casos de malignización.
- B) Solo existe riesgo si persiste después de los 10 años.
- C) Aproximadamente un 1%.
- D) Igual al de un nevus congénito pequeño.

RESPUESTA:

A) No se han descrito casos de malignización.

12. El nevus de Spitz fue conocido antiguamente bajo qué denominación, debido a su parecido histológico con la malignidad?

- A) Lentigo maligno infantil.
- B) Melanoma juvenil.
- C) Sarcoma melanocítico benigno.
- D) Nevus displásico severo.

RESPUESTA:

B) Melanoma juvenil.

13. ¿Cuál es la localización y población típica del nevus de Reed?

- A) Cara y cuello de pacientes ancianos.
- B) Palmas y plantas de individuos de raza negra.
- C) Tronco de niños recién nacidos.
- D) Extremidades inferiores de adultos jóvenes.

RESPUESTA:

D) Extremidades inferiores de adultos jóvenes.

14. En los criterios ABCD del nevus atípico, ¿qué valor de diámetro se considera habitualmente como punto de corte?

A) >1.5 cm

B) >10 mm

C) >6 mm

D) >3 mm

RESPUESTA:

C) >6 mm

15. ¿Cuál es la visión actual sobre el significado biológico del nevus atípico con respecto al melanoma?

- A) No tiene ninguna relación estadística con el cáncer de piel.
- B) Se considera más un marcador de riesgo que un precursor directo.
- C) Su extirpación elimina totalmente el riesgo de melanoma del paciente.
- D) Es un precursor obligatorio que siempre evoluciona a melanoma.

RESPUESTA:

B) Se considera más un marcador de riesgo que un precursor directo.

16. ¿Qué técnica de tratamiento está absolutamente contraindicada para un nevus atípico debido a la imposibilidad de realizar un estudio histológico?

- A) Dermatoscopia digital seriada.
- B) Exéresis quirúrgica con márgenes.
- C) Biopsia por afeitado (shaving).
- D) Crioterapia o electrocoagulación.

RESPUESTA:

D) Crioterapia o electrocoagulación.

17. ¿En qué consiste el fenómeno del nevus de Sutton o halo nevus?

- A) Un nevus melanocítico rodeado por un halo de despigmentación.
- B) El crecimiento de vello blanco alrededor de una lesión pigmentada.
- C) Una mancha café con leche con puntos negros internos.
- D) Un nevus que desarrolla una costra central oscura.

RESPUESTA:

A) Un nevus melanocítico rodeado por un halo de despigmentación.

18. El nevus de Sutton aparece con mayor frecuencia en qué etapa de la vida?

- A) Primeras tres décadas de la vida (menores de 20 años).
- B) A partir de la sexta década de vida.
- C) Exclusivamente en el momento del nacimiento.
- D) Durante el embarazo debido a cambios hormonales.

RESPUESTA:

A) Primeras tres décadas de la vida (menores de 20 años).

19. ¿Con qué enfermedad autoinmune cutánea se ha relacionado la aparición del halo nevus?

A) Psoriasis.

B) Lupus eritematoso sistémico.

C) Dermatitis atópica.

D) Vitíligo.

RESPUESTA:

D) Vitíligo.

20. ¿Cómo se describe clínicamente el nevus spilus?

- A) Una lesión vascular rojiza que blanquea a la vitropresión.
- B) Múltiples motas hiperpigmentadas sobre un fondo maculoso de color café con leche.
- C) Una placa verrugosa con crecimiento de pelo terminal grueso.
- D) Una lesión única de color azul profundo y bordes difusos.

RESPUESTA:

B) Múltiples motas hiperpigmentadas sobre un fondo maculoso de color café con leche.

21. ¿Qué proceso benigno, pero alarmante para el paciente, ocurre ocasionalmente en nevus con presencia de pelos?

- A) Folliculitis subnévica.
- B) Necrosis isquémica del nevus.
- C) Degeneración sarcomatosa.
- D) Epiteliomatosis múltiple.

RESPUESTA:

A) Folliculitis subnévica.

22. ¿Cuál es el manejo recomendado para un nevus melanocítico común que presenta irritación repetida o dudas diagnósticas?

- A) Aplicación de corticoides tópicos durante un mes.
- B) Exéresis quirúrgica seguida de estudio histopatológico.
- C) Quemado con nitrógeno líquido en consulta.
- D) Seguimiento visual cada dos años.

RESPUESTA:

B) Exéresis quirúrgica seguida de estudio histopatológico.

23. En el contexto de nevus congénitos, ¿qué se entiende por lesiones 'tipo congénito' (congenital–nevus–like)?

- A) Nevus que aparecen durante los tres primeros años de vida con características similares a los presentes al nacer.
- B) Nevus que aparecen en la pubertad pero crecen muy rápido.
- C) Cualquier nevus de más de 20 cm independientemente de cuándo aparezca.
- D) Lesiones que parecen nevus pero resultan ser manchas de café con leche.

RESPUESTA:

A) Nevus que aparecen durante los tres primeros años de vida con características similares a los presentes al nacer.

24. ¿Cuál es la incidencia estimada de nevus melanocíticos congénitos en nacidos vivos?

A) 10%–15%

B) 20%–30%

C) 0.01%–0.1%

D) 1%–6%

RESPUESTA:

D) 1%–6%

25. ¿Cuál es la teoría más aceptada sobre la etiopatogenia de los nevus melanocíticos congénitos?

- A) Un exceso de suplementación con ácido fólico en el primer trimestre.
- B) Exposición excesiva a radiación ultravioleta durante la gestación.
- C) Una infección viral transplacentaria que estimula los melanocitos.
- D) Un error en la embriogénesis del neuroectodermo que altera la migración de los melanoblastos.

RESPUESTA:

D) Un error en la embriogénesis del neuroectodermo que altera la migración de los melanoblastos.

26. ¿Cómo suele evolucionar la superficie de un nevus congénito con el paso de los años?

- A) Permanece perfectamente lisa e inalterada durante toda la vida.
- B) Pasa de ser lisa a tener un aspecto papuloso, rugoso o verrugoso.
- C) Se ulceran de forma sistemática al llegar a la pubertad.
- D) Se vuelve cada vez más fina hasta desaparecer por completo.

RESPUESTA:

B) Pasa de ser lisa a tener un aspecto papuloso, rugoso o verrugoso.

27. En el tratamiento de nevus de gran diámetro, ¿qué técnica se utiliza cuando no es posible la eliminación en un solo acto quirúrgico?

- A) Quimioterapia intralesional sistémica.
- B) Aplicación de nitrato de plata para 'quemar' los bordes.
- C) Radioterapia local para frenar el crecimiento.
- D) Escisiones seriadas o uso de expansores tisulares.

RESPUESTA:

D) Escisiones seriadas o uso de expansores tisulares.

28. ¿Qué síntoma neurológico puede indicar la presencia de una melanocitosis neurocutánea sintomática?

- A) Aumento de la agudeza auditiva.
- B) Pérdida súbita de la visión nocturna.
- C) Insensibilidad total al dolor en las extremidades.
- D) Convulsiones o alteraciones en el desarrollo motor.

RESPUESTA:

D) Convulsiones o alteraciones en el desarrollo motor.

29. ¿Cuál es el principal inconveniente de tratar un nevus congénito mediante curetaje o dermoabrasión?

- A) Provocan una hiperpigmentación reactiva negra en toda la piel.
- B) Son técnicas extremadamente dolorosas que requieren anestesia general profunda.
- C) Aumentan la velocidad de crecimiento del nevus restante.
- D) No eliminan las células névicas de la dermis profunda.

RESPUESTA:

D) No eliminan las células névicas de la dermis profunda.

30. En la evaluación de un nevus atípico, ¿qué importancia tienen los antecedentes familiares?

- A) Obligan a extirpar todos los nevus del paciente de forma preventiva.
- B) El riesgo de melanoma depende más de los antecedentes y del número total de nevus que de una lesión atípica aislada.
- C) No tienen ninguna relevancia si el paciente solo tiene una lesión.
- D) Aseguran que la lesión es benigna por herencia.

RESPUESTA:

B) El riesgo de melanoma depende más de los antecedentes y del número total de nevus que de una lesión atípica aislada.