

Esercizi commentati

per il

Concorso nazionale

per le

specializzazioni

mediche

Ampia raccolta di scenari e casi clinici di:

- Area **Medica**
- Area **Chirurgica**
- Area dei **Servizi clinici**



Comprende **software**
per effettuare
esercitazioni online

Esercizi commentati per il Concorso nazionale per le specializzazioni mediche

Accedi ai servizi riservati

Il codice personale contenuto nel riquadro dà diritto a servizi esclusivi riservati ai nostri clienti.

Tutti i materiali e i servizi associati al volume sono accessibili dall'area riservata che si attiva mediante registrazione al sito edises.it. Per accedere alla tua area riservata segui le istruzioni riportate di seguito.

Collegati al sito edises.it



• Se sei registrato al sito

- clicca su *Accedi al materiale didattico*
- inserisci email e password
- inserisci le ultime 4 cifre del codice ISBN, riportato in basso a destra sul retro di copertina
- inserisci il tuo **codice personale** per essere reindirizzato automaticamente all'area riservata



• Se non sei già registrato al sito

- clicca su *Accedi al materiale didattico*
- registrati al sito o autenticali tramite facebook
- attendi l'email di conferma per perfezionare la registrazione
- torna sul sito **edises.it** e segui la procedura già descritta per *utenti registrati*

CODICE PERSONALE



Grattare delicatamente la superficie per visualizzare il codice personale.
Il volume NON può essere venduto né restituito se il codice personale risulta visibile.
L'accesso ai servizi riservati ha la durata di un anno
dall'attivazione del codice e viene garantito esclusivamente sulle edizioni in corso.

Esercizi commentati per il Concorso nazionale per le specializzazioni mediche

Ampia raccolta di scenari e casi clinici
di Area Medica, Area Chirurgica e Area dei Servizi clinici

Esercizi commentati per le specializzazioni mediche – P&C E2.7
Copyright © 2018, EdiSES srl – Napoli

9	8	7	6	5	4	3	2	1	0
2022	2021	2020	2019	2018					

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata

*A norma di legge è vietata la riproduzione, anche parziale,
del presente volume o di parte di esso con qualsiasi mezzo.*

L'Editore

Nota

I curatori, l'editore e tutti coloro in qualche modo coinvolti nella preparazione o pubblicazione di quest'opera hanno posto il massimo impegno per garantire che le informazioni ivi contenute siano corrette, compatibilmente con le conoscenze disponibili al momento della stampa; essi, tuttavia, non possono essere ritenuti responsabili dei risultati dell'utilizzo di tali informazioni.

Grafica di Copertina a cura di  curvilinee

Progetto grafico a cura di  curvilinee

Fotocomposizione ProMedia Studio di A. Leano – Napoli

Stampato presso Litografia Sograte S.r.l. – Città di Castello (PG)

per conto di EdiSES s.r.l. – Piazza Dante, 89 – Napoli

ISBN 978 88 3319 000 6

www.edises.it
info@edises.it

PREMESSA

Finalizzato alla preparazione al **Concorso Nazionale per le Specializzazioni di Area Medica, Area Chirurgica e Area dei Servizi clinici**, questo testo comprende un'ampia raccolta di quesiti in parte selezionati da database e prove ufficiali, in parte appositamente redatti dagli autori, per consentire un rapido ripasso dei principali argomenti delle discipline ed esercitarsi in funzione della prova d'esame.

L'attuale edizione è adeguata alle linee guida ministeriali e alle prove ufficiali svolte, contiene una vasta raccolta di scenari e casi clinici ripartiti per materia, suddivisi per Area della Scuola di specializzazione e settore disciplinare, che ricalcano le tipologie di quesiti indicate nell'ultimo bando e proposte nell'ultima prova ufficiale del Concorso per le specializzazioni mediche.

Tutti i quesiti sono accompagnati da un **commento esplicativo** che giustifica la risposta corretta.

Il volume può essere affiancato allo studio teorico, come **strumento di valutazione** del proprio livello di apprendimento di un argomento, o utilizzato come **guida al ripasso**, in quanto i commenti ai quesiti aiutano a fissare le nozioni ed evidenziano eventuali lacune orientando lo studio teorico verso un ripasso mirato.

In entrambi i casi, è essenziale partire dal presupposto che i quesiti qui raccolti non sono da fissare mnemonicamente e che, sebbene vi sia la possibilità che alcune delle domande possano essere riproposte in sede d'esame, lo scopo del testo è quello di consentire la valutazione del proprio livello di conoscenza, fornire nozioni, stimolare il senso critico, incentivare l'approfondimento teorico ed allenare alla risoluzione dei quesiti a risposta multipla.

Il testo è accompagnato da un **software di simulazione**, accessibile gratuitamente dal sito, che consente di esercitarsi sulle singole discipline o effettuare simulazioni trasversali sull'intero programma con le stesse modalità della prova reale.

Per facilitare l'esercitazione è inoltre **disponibile online** la versione scaricabile e stampabile della **scheda delle risposte**; ciò consente di riscontrare più agevolmente la validità delle risposte fornite.

Il software e le schede sono accessibili dall'area riservata che si attiva mediante registrazione al sito seguendo le modalità descritte nelle pagine iniziali del volume.

INDICE GENERALE

AREA MEDICA

CAPITOLO 1 Medicina d'urgenza	3
<i>Risposte commentate</i>	17
CAPITOLO 2 Medicina dello sport	37
<i>Risposte commentate</i>	40
CAPITOLO 3 Oncologia medica	45
<i>Risposte commentate</i>	54
CAPITOLO 4 Allergologia e Immunologia clinica	68
<i>Risposte commentate</i>	77
CAPITOLO 5 Dermatologia e Venereologia	86
<i>Risposte commentate</i>	106
CAPITOLO 6 Ematologia	128
<i>Risposte commentate</i>	132
CAPITOLO 7 Endocrinologia	138
<i>Risposte commentate</i>	144
CAPITOLO 8 Gastroenterologia	152
<i>Risposte commentate</i>	162
CAPITOLO 9 Cardiologia	175
<i>Risposte commentate</i>	183
CAPITOLO 10 Pneumologia	194
<i>Risposte commentate</i>	201
CAPITOLO 11 Malattie infettive	209
<i>Risposte commentate</i>	215

CAPITOLO 12 Nefrologia e Urologia	223
<i>Risposte commentate</i>	227
CAPITOLO 13 Disturbi idro-elettrolitici	233
<i>Risposte commentate</i>	236
CAPITOLO 14 Reumatologia	241
<i>Risposte commentate</i>	247
CAPITOLO 15 Genetica medica e Pediatria	253
<i>Risposte commentate</i>	268
CAPITOLO 16 Neurologia	288
<i>Risposte commentate</i>	301
CAPITOLO 17 Psichiatria	317
<i>Risposte commentate</i>	322
CAPITOLO 18 Neuropsichiatria infantile	326
<i>Risposte commentate</i>	330
CAPITOLO 19 Geriatria	334
<i>Risposte commentate</i>	341
AREA CHIRURGICA	
CAPITOLO 20 Chirurgia generale	351
<i>Risposte commentate</i>	367
CAPITOLO 21 Chirurgia dell'apparato digerente	389
<i>Risposte commentate</i>	393
CAPITOLO 22 Chirurgia pediatrica	398
<i>Risposte commentate</i>	406
CAPITOLO 23 Chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica	421
<i>Risposte commentate</i>	430
CAPITOLO 24 Ginecologia e Ostetricia	441
<i>Risposte commentate</i>	455

CAPITOLO 25	Ortopedia e traumatologia	473
	<i>Risposte commentate</i>	485
CAPITOLO 26	Urologia	499
	<i>Risposte commentate</i>	506
CAPITOLO 27	Chirurgia maxillo-facciale	519
	<i>Risposte commentate</i>	525
CAPITOLO 28	Oftalmologia	533
	<i>Risposte commentate</i>	540
CAPITOLO 29	Otorinolaringoiatria	552
	<i>Risposte commentate</i>	558
CAPITOLO 30	Cardiochirurgia	567
	<i>Risposte commentate</i>	582
CAPITOLO 31	Chirurgia toracica	605
	<i>Risposte commentate</i>	618
CAPITOLO 32	Chirurgia vascolare	634
	<i>Risposte commentate</i>	640
CAPITOLO 33	Neurochirurgia	646
	<i>Risposte commentate</i>	652
AREA DEI SERVIZI CLINICI		
CAPITOLO 34	Anatomia patologica	661
	<i>Risposte commentate</i>	683
CAPITOLO 35	Biochimica clinica	728
	<i>Risposte commentate</i>	730
CAPITOLO 36	Microbiologia e virologia	733
	<i>Risposte commentate</i>	738
CAPITOLO 37	Patologia clinica	745
	<i>Risposte commentate</i>	751

CAPITOLO 38 Radiodiagnostica	760
<i>Risposte commentate</i>	776
CAPITOLO 39 Radioterapia	792
<i>Risposte commentate</i>	798
CAPITOLO 40 Anestesia, rianimazione e terapia intensiva	812
<i>Risposte commentate</i>	822
CAPITOLO 41 Audiologia e foniatria	837
<i>Risposte commentate</i>	849
CAPITOLO 42 Medicina fisica e riabilitativa	862
<i>Risposte commentate</i>	873
CAPITOLO 43 Scienza dell'alimentazione	890
<i>Risposte commentate</i>	901
CAPITOLO 44 Igiene e medicina preventiva	928
<i>Risposte commentate</i>	939
CAPITOLO 45 Farmacologia	949
<i>Risposte commentate</i>	959
CAPITOLO 46 Tossicologia	971
<i>Risposte commentate</i>	975
CAPITOLO 47 Medicina legale	979
<i>Risposte commentate</i>	999
CAPITOLO 48 Medicina del lavoro	1030
<i>Risposte commentate</i>	1035
AUTORI	1043

SCHEDA DELLE RISPOSTE

Scheda delle risposte online



CAPITOLO 1

Medicina d'urgenza

1) In un neonato che non dia segni di vita, dove si cerca il polso centrale?

- A. a livello dell'arteria temporale
- B. a livello dell'arteria brachiale
- C. a livello dell'arteria radiale
- D. a livello dell'arteria carotide
- E. nessuna delle alternative è corretta

2) Una donna di razza nera di 30 anni, affetta da anemia a cellule falciformi, giunge all'osservazione in Pronto Soccorso per un grave dolore al torace e all'addome, comparso da circa una settimana in seguito ad un'infezione delle vie aeree superiori. L'esame obiettivo e i dati di laboratorio non sono suggestivi di alcuna patologia intratoracica o intraddominale. L'intervento terapeutico più appropriato consiste in:

- A. ipertrasfusione
- B. idratazione ed analgesia con narcotici
- C. idrossiurea
- D. antibiotici ad ampio spettro
- E. laparotomia esplorativa

3) Quale delle seguenti affermazioni relative alle anomalie muscolo-scheletriche tipiche dei pazienti affetti da anemia a cellule falciformi è corretta?

- A. la sindrome "mani/piedi" caratterizzata da gonfiore diffuso, dolorabilità, aumento della temperatura di mani e piedi nel bambino di età inferiore a 5 anni è causa di disabilità obiettiva in circa il 10% dei pazienti
- B. è possibile osservare artrite acuta durante gli episodi critici di malattia, oltre ad un aumento della componente leucocitaria nell'essudato periarticolare
- C. il dolore osseo è dovuto ad infarto osteo-midollare
- D. la gotta acuta è frequente in questa categoria di pazienti
- E. l'implantopotesi d'anca è controindicata nei portatori della malattia complicata da necrosi avascolare della testa del femore

4) Un neonato di 20 giorni di età presenta una temperatura rettale di 38,2°C. Dovrebbe essere ricoverato:

- A. sempre
- B. solo se i globuli bianchi sono >15.000 o <5.000
- C. solo se l'urinocoltura, l'emocultura o l'Rx del torace sono anormali
- D. solo se non si riesce ad abbassare la temperatura in Pronto Soccorso
- E. solo se i genitori non sembrano responsabili

5) Nelle vittime di ipotermia severa qual è la modalità terapeutica più appropriata?

- A. somministrazione endovenosa di levotiroxina sodica 25 g ogni 8 ore
- B. riscaldamento attivo interno (ventilazione con O₂ riscaldato e umidificato, somministrazione di liquidi riscaldati, riscaldamento con circolazione extracorporea, etc.)
- C. massaggio e mobilizzazione continua degli arti del paziente

- D. riscaldamento passivo esterno
- E. nessuna terapia

6) Come si manifestano gli effetti dell'ipotermia a livello cardiaco?

- A. prolungamento dell'intervallo QT
- B. bradicardia sinusale
- C. onde J
- D. fibrillazione atriale
- E. tutte le alternative sono corrette

7) Ad un neonato di 40 settimane, appena nato viene fatto un esame obiettivo. Quale dei seguenti segni può essere considerato certamente patologico?

- A. acrocianosi
- B. fegato che arriva fino a 2 cm dall'arcata costale
- C. soffio sistolico dolce puntale 1-2/6 Levine
- D. frequenza respiratoria 70 atti/min
- E. aree pigmentate a livello lombosacrale

8) In un neonato con FC 145 b/min e FR 45 a/min quale provvedimento diagnostico-terapeutico è indicato?

- A. ventilazione non invasiva
- B. intubazione oro-tracheale
- C. somministrazione di adrenalina per aerosol
- D. somministrazione di cortisonici
- E. nessun provvedimento

9) In un adulto che necessita di rianimazione cardiopolmonare, qual è la giusta modalità di esecuzione?

- A. Compressioni/ventilazioni 15:2, 100 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- B. Compressioni/ventilazioni 30:2, 130 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- C. Compressioni/ventilazioni 15:2, 130 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- D. Compressioni/ventilazioni 30:2, 100 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm
- E. Compressioni/ventilazioni 30:2, 150 compressioni al minuto, comprimere almeno 5 cm

10) Qual è la manovra di apertura delle vie aeree nel paziente con trauma cranico e sospetta lesione cervicale?

- A. iperestensione del capo
- B. Jaw-thrust
- C. posizione laterale di sicurezza
- D. Trendelenburg
- E. nessuna delle alternative è corretta

11) Un bambino di 5 anni è incosciente, a terra, non risponde agli stimoli verbali e dolorosi. Al polso si rileva una FC 40 b/min:

- A. inizio immediatamente la rianimazione cardiopolmonare
- B. somministrare ossigeno, se possibile con AMBU
- C. applico una cannula di Guedel ed iperestendo la testa
- D. invio il bambino alla Pediatria più vicina, al più presto



E. preparo un accesso venoso e somministro un bolo di 500 mL di fisiologica

12) Il ruolo della defibrillazione ventricolare nella rianimazione pediatrica:

- A. è prioritario rispetto a qualunque altra manovra, perché la fibrillazione ventricolare rappresenta la causa prima di arresto cardiocircolatorio nel neonato secondaria ad anossia post-partum
- B. non va mai effettuata, perché può causare gravi ustioni sulla pelle del neonato particolarmente sensibile
- C. ha un ruolo secondario rispetto alla disostruzione delle vie aeree
- D. può innescare crisi convulsive e stato di male epilettico
- E. nessuna delle alternative è corretta

13) Nel calcolare l'area della superficie corporea di un'ustione è importante ricordare:

- A. il palmo della mano e le dita rappresentano circa il 5% della superficie corporea ustionata
- B. nel neonato l'intera testa rappresenta il 18% della superficie corporea ustionata, mentre nell'adulto rappresenta solo il 9%
- C. il perineo non è considerato nella misurazione dell'area della superficie corporea
- D. la regola del 9 è uguale sia per gli adulti che per i bambini
- E. solo le ustioni di III grado sono considerate nel calcolo dell'area della superficie corporea

14) Dopo aver calcolato il fluido necessario per rianimare un paziente ustionato, qual è la velocità consigliata per somministrare il fluido?

- A. $\frac{1}{2}$ nelle prime 8 ore, poi $\frac{1}{2}$ nelle successive 16 ore
- B. $\frac{1}{4}$ nelle prime 4 ore, poi $\frac{3}{4}$ nelle successive 16 ore
- C. $\frac{1}{2}$ nelle prime 12 ore, poi $\frac{1}{2}$ nelle successive 12 ore
- D. Tutti i fluidi somministrati in un unico bolo
- E. 250 ml/h

15) Un paziente di 67 anni, dializzato peritoneale da 3 anni, si presenta al Pronto Soccorso con febbre a 37.8°C, brivido da 5 giorni e leucocitosi. Qual è il corretto atteggiamento che il medico del Pronto Soccorso deve tenere di fronte a questo caso?

- A. dopo aver escluso altre possibili cause di sepsi, deve porre il paziente sotto antibiotici ad ampio spettro, comprendenti i gram negativi, ed allertare immediatamente il nefrologo ed il chirurgo per la rimozione, il prima possibile, del tubo per la dialisi peritoneale
- B. deve porre il paziente in osservazione nell'attesa che si manifestino segni/sintomi peritoneali, senza i quali non è possibile porre una diagnosi di sepsi addominale
- C. deve effettuare la Rx diretta dell'addome e l'ecografia, eventualmente ripetendoli a 12 e 24 ore per evidenziare la presenza di una perforazione (anche coperta)
- D. dopo aver escluso altre possibili cause di sepsi, deve effettuare immediatamente terapia antibiotica a largo spettro intra-addominale
- E. deve inviare il paziente ad effettuare una TC addome non appena compaiono segni addominali

16) La sepsi è definita come un'infezione accompagnata da sindrome reattiva infiammatoria sistemica (SIRS), ovvero almeno due tra:

- A. FC >90 b/min, FR >40 a/min oppure $\text{paCO}_2 < 22 \text{ mmHg}$, TC <36°C oppure >38°C; Globuli bianchi <4.000 o >12.000/mm³

- B. FC >90 b/min, FR >20 a/min oppure $\text{paCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$, TC <35°C oppure >40°C; Globuli bianchi <4.000 o >12.000/mm³

- C. FC >90 b/min, TC <36°C oppure >38°C; Globuli bianchi <4.000 o >12.000/mm³

- D. FC >90 b/min, FR >20 a/min oppure $\text{paCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$, TC <36°C oppure >38°C; GB <4.000 o >12.000/mm³

- E. FC >90 b/min, FR >20 a/min oppure $\text{paCO}_2 < 32 \text{ mmHg}$, TC <36°C oppure >38°C; GB <4.000 o >12.000/mm³

17) Quali sono le variazioni emodinamiche presenti nello shock ipovolemico?

- A. ipotensione, bradicardia, resistenze periferiche normali o ridotte, bassa pressione venosa centrale
- B. ipotensione, tachicardia, resistenze periferiche aumentate, bassa pressione venosa centrale
- C. pressione arteriosa normale o aumentata, frequenza cardiaca normale o diminuita, resistenze periferiche ridotte, alta pressione venosa centrale
- D. ipotensione, tachicardia, resistenze periferiche diminuite, bassa pressione venosa centrale
- E. non ci sono alterazioni emodinamiche, perché vengono messi in atto meccanismi di compenso

18) Quale tra le seguenti caratteristiche differenzia lo shock settico dallo shock ipovolemico?

- A. astenia
- B. tachicardia
- C. tachipnea
- D. cute calda
- E. sopore

19) Quale tra le seguenti condizioni emodinamiche si caratterizza per una marcata riduzione delle resistenze periferiche sistemiche?

- A. shock ipovolemico
- B. edema polmonare acuto
- C. shock settico
- D. shock emorragico
- E. shock cardiogeno

20) La noradrenalina è un farmaco:

- A. che può trovare indicazione nel trattamento dello shock settico
- B. ad azione alfa-litica
- C. utile nel trattamento della crisi asmatica
- D. nefrotossico
- E. nessuna delle alternative è corretta

21) Quale dei seguenti fattori aumenta (aumentano) la probabilità di sopravvivenza in caso di arresto cardiaco?

- A. pazienti che hanno un arresto con testimoni
- B. pazienti che ricevono la rianimazione cardio-polmonare (RCP) dai presenti
- C. pazienti che ricevono la rianimazione avanzata (ACLS = Advanced Cardiac Life Support) dal personale del sistema sanitario entro 10 minuti dall'insorgenza
- D. pazienti che si presentano con un ritmo iniziale di fibrillazione ventricolare
- E. tutte le alternative sono corrette

22) A quali intervalli di tempo va somministrata l'adrenalina nell'arresto cardiaco durante le manovre di rianimazione?

- A. ogni 3-5 minuti

- B. si fa un bolo ad alte dosi all'inizio
- C. ogni minuto
- D. ogni 10 minuti
- E. ogni 7 minuti

23) Un uomo di 68 anni presenta da due ore un dolore addominale acuto. Il dolore è severo, diffuso e peggiora progressivamente nel tempo. La pressione arteriosa è 150/90. Un esame obiettivo dell'addome dimostra la presenza di una massa palpabile pulsatile. La presenza di questa massa viene confermata mediante l'esecuzione di una TC addominale. Qual è la risposta corretta riguardo il management di questo paziente?

- A. La pressione sistolica dovrebbe essere ridotta a 100 mmHg
- B. L'esecuzione di un'ecografia potrebbe aiutare a definire meglio i caratteri anatomici della massa
- C. L'esecuzione di un'angiografia potrebbe ridurre la necessità di un intervento chirurgico urgente
- D. I pazienti emodinamicamente stabili con rottura dell'aneurisma dell'aorta addominale dovrebbero essere tenuti sotto osservazione per eventuali segni di peggioramento della condizione clinica
- E. Il paziente dovrebbe essere candidato a dieci unità di globuli rossi concentrati

24) Qual è l'eziologia più comune dell'aneurisma dell'aorta addominale?

- A. congenito
- B. arteriosclerotico
- C. lue
- D. tubercolosi
- E. HIV

25) La maggior parte degli aneurismi dell'aorta addominale sono localizzati a livello sottorenale:

- A. vero
- B. falso
- C. vero, ma solo nel sesso femminile
- D. vero, ma solo nei fumatori
- E. vero, ma solo in età <65 anni

26) Un uomo di 60 anni si presenta con un evento sincopale senza sintomi prodromici. I suoi parametri vitali sono normali. Viene eseguito un ECG che mostra un blocco atrio-ventricolare di II grado tipo Mobitz II. Qual è, tra i seguenti, lo step successivo più appropriato nel management di questo paziente?

- A. il paziente viene rimandato a casa e mantenuto sotto osservazione tramite follow-up cardiologico
- B. cardioversione a 50 J
- C. amiodarone 150 mg EV
- D. il paziente è candidato all'impianto di un pacemaker
- E. defibrillazione a 200 J

27) Quale delle seguenti affermazioni è vera per il blocco atrio-ventricolare di II grado tipo II?

- A. allungamento dell'intervallo PR oltre 0.20 secondi per ogni complesso QRS
- B. progressivo allungamento dell'intervallo PR in tre complessi consecutivi, con una quarta onda P non seguita dal complesso QRS
- C. onde P seguite da complessi QRS con intervalli PR normali alternati ad onde P non seguite da un complesso QRS

- D. nessuna relazione tra onde P e complessi QRS. La frequenza dei complessi QRS è di 30 bpm
- E. assenza di onde P riconoscibili

28) Per quale delle seguenti condizioni sarebbe indicato il pacing transcutaneo?

- A. bradicardia sinusale asintomatica
- B. ritmo sinusale normale con ipotensione e shock
- C. blocco atrio-ventricolare (BAV) completo con edema polmonare
- D. asistolia prolungata
- E. tachicardia parossistica sopraventricolare

29) Il blocco atrio-ventricolare (BAV) di 2° grado tipo Mobitz 2 è caratterizzato da:

- A. nessun QRS è preceduto da onda P
- B. gli intervalli PR si allungano progressivamente fino ad assenza di conduzione AV
- C. tutti i QRS sono preceduti da onda P, ma alcune P non sono seguite da QRS
- D. onde P e complessi QRS seguono ritmi diversi, e appaiono dissociati tra loro
- E. QRS larghi non preceduti da onde P e totalmente aritmici

30) Qual è il test impiegato dai cardiologi per la diagnosi differenziale delle sincopi?

- A. manovre vagali
- B. ecocardiogramma transtoracico
- C. tilting test
- D. misurazione della pressione arteriosa
- E. ECG

31) Quali di questi segni/sintomi sono suggestivi per una sincope cardiogena?

- A. perdita di coscienza senza prodromi
- B. cardiopalmo che precede la perdita di coscienza
- C. perdita di coscienza nel passaggio da clinico a ortostatismo
- D. perdita di coscienza durante uno sforzo fisico
- E. tutte le alternative sono corrette

32) Quale di queste affermazioni sulle sincopi è vera?

- A. le sincopi di origine cardiogena hanno una mortalità ad un anno inferiore all'1%
- B. è necessario in ogni paziente escludere una patologia cardiaca con esecuzione di un ecocardiogramma
- C. la misurazione della pressione arteriosa in clinico e ortostatismo di routine è inutile, in quanto le sincopi dovute ad una ipotensione ortostatica sono una minoranza
- D. alcune situazioni, quali la tosse prolungata, la deglutizione, la minzione possono determinare in soggetti predisposti una sincope
- E. solo in pazienti con precedente infarto del miocardio la sincope può essere dovuta a tachicardia ventricolare

33) Nella sincope vaso-vagale tutti i seguenti sintomi sono presenti, tranne:

- A. dolore anginoso
- B. sudorazione
- C. iperperistalsi
- D. bradicardia
- E. vasocostrizione cutanea

34) Un uomo di 30 anni viene inviato dal cardiologo per la valutazione del suo ECG anormale. Egli è asinto-

RISPOSTE COMMENTATE

Medicina dello sport

1) **A.** La gittata cardiaca è il volume di sangue espulso da un ventricolo nell'arco di un minuto, di norma è la stessa per entrambi i ventricoli. La gittata cardiaca è data dal prodotto della gittata sistolica per la frequenza cardiaca e risulta essere pari a circa 5 litri di sangue al minuto. Dal momento che sia negli individui che praticano regolarmente sport che negli individui "sedentari" a riposo si riscontrano valori paragonabili sia di gittata sistolica (circa 70 ml di sangue per battito cardiaco) che di frequenza cardiaca (valori medi di 70-80 battiti al minuto) è facilmente intuibile come la gittata cardiaca a riposo in ambedue i gruppi di individui sia assolutamente paragonabile.

2) **D.** La VO_2 Max è il consumo di ossigeno in condizioni di metabolismo aerobico massimale. Essa dipende in grande misura dalle caratteristiche genetiche del soggetto ed è migliorabile per un massimo del 20-30% con l'allenamento. Per esempio, nei maratoneti la VO_2 Max è maggiore del 45% rispetto ai soggetti non allenati e questo è dovuto sia a fattori genetici (a questa disciplina si dedicano soggetti con rapporto torace/taglia corporea maggiore di quello ordinario e con muscoli respiratori più forti), che al duro allenamento a cui si sottopongono questi atleti.

3) **D.** I fattori che penalizzano la prestazione in gara di un maratoneta sono: presenza di uno stato anemico, alimentazione pre-gara povera di carboidrati e sovrappeso corporeo. Lo stato anemico determina debolezza generale e riduzione della resistenza. Una dieta pre-gara povera di carboidrati provoca una riduzione delle scorte di glicogeno nell'organismo. Il glicogeno viene utilizzato come fonte di energia per la contrazione muscolare, quindi, una sua carenza riduce la performance sportiva. Infine, il sovrappeso corporeo determina un maggior dispendio energetico con conseguente riduzione della performance sportiva e una più rapida percezione della fatica.

4) **A.** Durante l'esercizio fisico intenso si ha l'aumento del metabolismo della cellula muscolare, con conseguente maggiore produzione di anidride carbonica (CO_2). L'aumento della pressione parziale di anidride carbonica (PCO_2) nel sangue riduce il pH (acidosi). A questo punto interviene, in maniera abbastanza rapida, il sistema tampone del polmone, che aumenta la frequenza di ventilazione alveolare, con conseguente aumento dell'eliminazione di CO_2 e ripristino dei valori fisiologici del pH.

5) **A.** La marcia (20 e 50 km) è stata inserita all'interno dei protocolli COCIS (Comitato Organizzativo Cardiologico per l'Idoneità allo Sport) del 1995, assieme a numerose altre attività sportive (maratona, triathlon, canottaggio, canoa 500, 1000 e 10000 mt, super G e slalom gigante dello sci alpino per fare solo alcuni esempi) nel gruppo E, ossia quello che raggruppa le attività sportive che richiedono un elevato impegno sia del cuore (in termini di frequenza e intensità del lavoro di pompa) che dell'apparato circolatorio (che deve lavorare "contro" elevate pressioni e volumi). Queste attività sportive prevedono un livello di rischio da medio a elevato, sul piano delle risposte emodinamiche che possono risultare importanti in specifiche malattie o anomalie cardiovascolari.

6) **B.** I segni di pre-eccitazione ventricolare sono determinati dalla presenza di fasci di fibre di miocardio comune che collegano in maniera diretta gli atri ai ventricoli, costituendo delle vie di conduzione atrioventricolare anomale, che permettono il passaggio dell'impulso in maniera indipendente dal nodo atrioventricolare favorendo così l'innescò di aritmie da rientro. In questi soggetti è opportuno effettuare uno studio elettrofisiologico, per definire la sede della via anomale, verificare l'inducibilità delle tachiaritmie e procedere a eventuale ablazione transcateretere.

7) **C.** Gli adattamenti cardiocircolatori all'esercizio fisico assumono caratteristiche differenti a seconda se si svolga un'attività aerobica (di resistenza o dinamica) o un'attività anaerobica (di potenza o isometrica). Durante l'esercizio fisico isometrico (ad esempio il sollevamento pesi):

- l'aumento della frequenza cardiaca è minore e di durata più breve rispetto a quello che si registra nell'esercizio di resistenza;
- aumentano le resistenze vascolari arteriose totali per effetto dell'intensa vasocostrizione;
- il ritorno venoso dalla periferia è ostacolato per aumento della pressione all'interno del torace;
- aumentano significativamente sia la PAS che la PAD con incremento dunque della pressione arteriosa media.

8) **C.** Secondo le linee guida COCIS 2009 ai pazienti con sindrome del QT lungo congenita è controindicato ogni tipo di attività sportiva agonistica (anche in assenza di aritmie ventricolari maggiori documentate). La sindrome del QT lungo è una malattia caratterizzata da un valore di QT corretto maggiore di 440 ms nell'uomo e 460 ms nella donna. Essa può essere congenita o acquisita. La forma congenita è dovuta a mutazioni dei geni che codificano per i canali del sodio e del potassio. Le forme più comuni sono: KCNQ1 che determina la variante LQT1 (canale I_K), HERG che determina la variante LQT2 (canale I_{Kr}) e SCN5A che determina la variante LQT3 (canale I_{Na}). Le forme acquisite sono dovute a disordini elettrolitici (ipokaliemia e ipocalcemia), farmaci (chinidina, amiodarone, eritromicina, amitriptilina). Le manifestazioni cliniche sono rappresentate da: tachicardia ventricolare detta a torsione di punta, palpitazioni, sincope che possono degenerare in fibrillazione ventricolare e morte improvvisa. I fattori scatenanti sono lo sforzo fisico (LQT1), gli stimoli emotivi (LQT2), e la bradicardia (LQT3).

CAPITOLO 20

Chirurgia generale

1) Una donna di 63 anni è prenotata per un intervento di sostituzione totale delle articolazioni del ginocchio e necessita di profilassi per trombosi venosa profonda. La paziente non ha una anamnesi remota positiva per rischio di sanguinamento o per una situazione di ipercoagulabilità. È in terapia con aspirina, 325 mg/die, per la prevenzione primaria di una malattia cardiovascolare e desidera continuare a prenderla, mentre rifiuta iniezioni sottocutanee. Quale dei seguenti trattamenti profilattici è da consigliare?

- A. Aspirina
- B. Eparina e.v. a dose piena
- C. Compressione pneumatica intermittente
- D. Warfarin
- E. Calza elastica

2) La vena grande safena sbocca:

- A. Nella vena cava inferiore
- B. Nella vena porta
- C. Nella vena renale
- D. Nella vena mesenterica inferiore
- E. Nella vena femorale

3) Quale delle seguenti sedi è la più frequente causa di embolia polmonare?

- A. Atrio destro
- B. Vena porta
- C. Vene superficiali degli arti inferiori
- D. Vene profonde degli arti inferiori
- E. Vene degli arti superiori

4) La causa più frequente dell'embolia polmonare è:

- A. tromboflebite superficiale
- B. tromboflebite profonda
- C. stenosi mitralica
- D. ipertensione portale
- E. il fumo di sigaretta e uno stile di vita sedentario

5) Il segno più precoce dell'embolia polmonare è:

- A. febbre
- B. cianosi
- C. dolore
- D. emoftoe
- E. tosse

6) In quale dei seguenti tipi di ernia avviene più frequentemente la migrazione della vescica?

- A. Inguinale obliqua esterna
- B. Inguinale diretta, da scivolamento
- C. Inguinale obliqua interna
- D. Crurale
- E. Ombelicale

7) L'ernia inguinale diretta è:

- A. un'ernia che fuoriesce medialmente ai vasi epigastrici
- B. un'ernia che fuoriesce lateralmente ai vasi epigastrici

- C. un'ernia che fuoriesce al di sotto del legamento inguinale
- D. un'ernia che attraversa il canale otturatorio
- E. un'ernia che attraversa l'anello inguinale interno

8) Quale dei seguenti tipi di ernia addominale è la più frequente nell'uomo?

- A. Ernia di Spigelio
- B. Ernia femorale
- C. Ernia inguinale obliqua esterna
- D. Ernia ombelicale diretta
- E. Ernia ombelicale obliqua interna

9) Da cosa è costituito il sacco erniario?

- A. Dal peritoneo viscerale
- B. Dal peritoneo parietale
- C. Dal tragitto attraverso cui fuoriesce il viscere erniato
- D. Dai visceri erniati e dal peritoneo parietale
- E. Dal dotto onfalo-mesenterico

10) La vescica può far parte del contenuto erniario:

- A. in tutti i tipi di ernia inguinale
- B. nell'ernia inguinale diretta
- C. nell'ernia inguinale obliqua esterna
- D. nell'ernia inguinale obliqua interna
- E. nell'ernia inguinale obliqua interna e nell'ernia inguinale diretta

11) L'ernia crurale si manifesta attraverso una deformazione della parete che ha tutti i caratteri seguenti, salvo uno:

- A. impulso al tatto
- B. pulsante
- C. riducibile
- D. molle
- E. tutte le alternative sono corrette

12) A proposito dell'ernia crurale, tutte le seguenti affermazioni sono corrette, tranne che:

- A. è sempre facilmente riducibile
- B. è più frequente nelle donne
- C. ha una alta incidenza di strangolamento
- D. può contenere a destra l'appendice ciecale
- E. è localizzata al di sotto del legamento inguinale

13) Perché le ernie crurali sono più frequenti nelle donne?

- A. Per un maggiore livello ematico di testosterone
- B. Per un maggiore livello ematico di estrogeni
- C. Per una maggiore svasatura del bacino dopo la pubertà
- D. Per un minore livello ematico di testosterone
- E. Nessuna delle alternative è corretta

14) Quale di queste patologie non entra in diagnosi differenziale con l'ernia crurale?

- A. Linfonodo crurale
- B. Ernia inguinale
- C. Varice della safena



- D. Testicolo ritenuto
E. Nessuna delle alternative è corretta

15) L'ernia crurale fuoriesce:

- A. al di sopra del legamento di Falloppio
B. al di sotto del legamento di Falloppio
C. nello scroto
D. nella vagina
E. lungo la linea alba

16) Quale delle seguenti patologie non rientra tra i difetti della parete ventrale (addominale)?

- A. Onfalocele
B. Laparoscisi
C. Estrofia della vescica
D. Ernia di Spigelio
E. Onfalocele ed estrofia della vescica

17) L'ernia di Spigelio si fa strada:

- A. a livello del margine laterale del muscolo retto, all'altezza dell'angolo esterno dell'arcata di Douglas
B. in corrispondenza della linea alba
C. a livello del triangolo di Petit
D. a livello del canale inguinale
E. a livello del canale otturatorio

18) Quando si parla di ernia di Spigelio si intende:

- A. una rara forma di erniazione cerebrale
B. una rara forma di erniazione cerebellare
C. un'ernia nella parete anteriore dell'addome
D. una forma di spina bifida
E. nessuna delle alternative è corretta

19) Il dolore in corrispondenza dell'ipocondrio destro con contrattura di difesa e positività del segno di Murphy deve far pensare a:

- A. colecistite acuta
B. appendicite
C. colica renale
D. cisti ovarica torta
E. endometriosi

20) Se la colecistite acuta evolve verso l'empiema o il flemmone compare:

- A. febbre serotina
B. diarrea
C. ascite
D. ittero e cistifellea palpabile
E. piastrone palpabile nell'ipocondrio destro

21) Quale di queste indagini strumentali è più utile per porre diagnosi di colecistite acuta?

- A. Ecografia
B. TAC
C. Radiografia dell'addome
D. Colangiografia retrograda
E. Gastrosocopia

22) La terapia di elezione della colecistite acuta alitiasica è:

- A. terapia antibiotica
B. colecistostomia percutanea
C. colecistectomia
D. terapia con acidi biliari
E. la terapia antibiotica, e nei casi resistenti la colecistectomia

23) La terapia di scelta della colecistite acuta alitiasica è:

- A. colecistectomia
B. colecistostomia chirurgica
C. colecistostomia percutanea
D. terapia antibiotica
E. la terapia antibiotica, e nei casi resistenti la colecistectomia

24) L'emissione con le feci di sangue color mattone orienta per:

- A. invaginazione intestinale
B. volvolo dell'intestino
C. reflusso gastro-esofageo
D. diverticolo di Meckel
E. candidosi intestinale

25) L'ernia di Littré contiene:

- A. omento
B. ovaio con salpinge
C. diverticolo di Meckel
D. testicolo
E. uretere

26) Con il termine di diverticolo di Meckel si intende:

- A. un residuo embrionario del canale onfalo-mesenterico
B. un residuo embrionario dell'uraco
C. una estroflessione della valvola ileo-ciecale
D. una invaginazione ileo-ileale
E. un diverticolo acquisito dell'ileo

27) L'emorragia digestiva (enterorragia) nel diverticolo di Meckel è provocata da:

- A. infiammazione del diverticolo
B. occlusione intestinale provocata dal diverticolo
C. ulcera peptica contigua ad isole eterotopiche di mucosa gastrica
D. presenza del diverticolo in un sacco erniario
E. invaginazione del diverticolo

28) Quale è fra quelle indicate la più frequente causa di enterorragia in età pediatrica?

- A. Rettocolite ulcerosa
B. Poliposi disseminata
C. Neoplasie del colon
D. Diverticolo di Meckel
E. La rettocolite ulcerosa e il diverticolo di Meckel

29) Nell'adulto, a quale distanza dalla valvola ileo-cecale si impianta di solito il diverticolo di Meckel?

- A. 5-10 cm
B. 50-60 cm
C. 70-80 cm
D. 150-200 cm
E. Nessuna delle alternative è corretta

30) Il diverticolo di Meckel è il residuo di:

- A. arteria ombelicale
B. uraco
C. dotto onfalo-mesenterico
D. nessuna delle alternative è corretta
E. vena ombelicale

31) La laparoscopia ha sensibilmente ridotto l'incidenza delle seguenti complicanze post-operatorie:

- A. laparoceli

136) C. Il vomito ripetuto nella SIP provoca deplezione di liquidi, acido cloridrico e potassio. L'organismo bilancia la perdita di cloruri con aumento dei bicarbonati che porta ad alcalosi metabolica. Il rene compensa eliminando urine alcaline (incremento dei bicarbonati urinari) con perdita anche di sodio e potassio. Se il vomito persiste, nel tentativo di espandere il volume circolante, il rene riassorbe sodio e acqua con perdita di potassio. Ne consegue ipokaliemia e aciduria paradossa. L'azotemia si eleva per disidratazione. Il respiro si fa superficiale ed irregolare nel tentativo di correggere l'alcalosi. La *facies* del bimbo disidratato è tipica, con occhi e fontanelle infossate e mucosa orale secca.

137) A. La stenosi ipertrofica del piloro si manifesta tipicamente intorno alle 3 settimane di vita e provoca una perdita di peso e una disidratazione del paziente che è impossibilitato ad alimentarsi per ostruzione funzionale del piloro. La terapia consiste in un riequilibrio idroelettrolitico del paziente seguito dall'intervento correttivo: la piloromiotomia extramucosa secondo Fredet-Ramsted. L'intervento consiste nell'incisione a lama fredda della sierosa pilorica nella sua parete anteriore, seguita dalla divaricazione dei piani muscolari fino ad identificare la mucosa che ernia attraverso la breccia.

138) D. Il vomito ripetuto nella SIP provoca deplezione di liquidi, acido cloridrico e potassio. L'organismo bilancia la perdita di cloruri con aumento dei bicarbonati che porta ad alcalosi metabolica. Il rene compensa eliminando urine alcaline (incremento dei bicarbonati urinari) con perdita anche di sodio e potassio. Se il vomito persiste, nel tentativo di espandere il volume circolante, il rene riassorbe sodio e acqua con perdita di potassio. Ne consegue ipokaliemia e aciduria paradossa. L'azotemia si eleva per disidratazione. Il respiro si fa superficiale ed irregolare nel tentativo di correggere l'alcalosi. La *facies* del bimbo disidratato è tipica, con occhi e fontanelle infossate e mucosa orale secca.

139) D. Il vomito ripetuto nella SIP provoca deplezione di liquidi, acido cloridrico e potassio. L'organismo bilancia la perdita di cloruri con aumento dei bicarbonati che porta ad alcalosi metabolica. Il rene compensa eliminando urine alcaline (incremento dei bicarbonati urinari) con perdita anche di sodio e potassio. Se il vomito persiste, nel tentativo di espandere il volume circolante, il rene riassorbe sodio e acqua con perdita di potassio. Ne consegue ipokaliemia e aciduria paradossa. L'azotemia si eleva per disidratazione. Il respiro si fa superficiale ed irregolare nel tentativo di correggere l'alcalosi. La *facies* del bimbo disidratato è tipica, con occhi e fontanelle infossate e mucosa orale secca.

140) B. L'esame ecografico è l'indagine di elezione per la SIP. È di elevata sensibilità e specificità ed è facilmente ripetibile. I falsi negativi sono minimi e rilevati nelle fasi iniziali della patologia (motivo per cui, nel caso di diagnosi ecografica dubbia, è consigliabile ripetere l'esame a distanza). L'ecografia permette di identificare l'oliva pilorica che appare, in sezione trasversale, come immagine "a coccarda" (muscolare ispessita anecogena e mucosa iperecogena). Si possono anche apprezzare l'aumento della peristalsi e la difficoltà allo svuotamento gastrico. La protrusione del piloro ispessito nel bulbo duodenale viene identificato come il "segno della cervice". Per la diagnosi di SIP vengono presi in considerazione 3 parametri:

- diametro trasverso massimo del piloro > 1.2-1.5 cm (normale < 1 cm);
- lunghezza del canale pilorico > 1.8 cm (normale 1.2-1.5 cm);
- spessore del muscolo pilorico > 4 mm (normale = 2 mm).

141) B. Il paziente con SIP è generalmente un lattante nato a termine che presenta vomito a getto tra la terza e la sesta settimana di vita, raramente dopo il quarto mese. Nei prematuri l'esordio è più insidioso, e si verifica dalla prima settimana di vita fino ad oltre il terzo mese.

142) C. L'adenocarcinoma della testa del pancreas, quando reseccabile può infiltrare il duodeno e/o il coledoco. La non reseccabilità è data dall'infiltrazione dei vasi mesenterici superiori, dell'aorta o vena cava.

143) A. Il segno di Courvoisier-Terrier è la presenza di colecisti palpabile (dilatata), associata ad ittero colestatico, cioè da compressione della via biliare. Essa è tipica delle ostruzioni neoplastiche al di sotto del dotto cistico. Si manifesta senza dolore in quanto l'ostruzione lenta e progressiva comporta la distensione della colecisti nell'arco di settimane o mesi.

144) C. Quando il coledoco è ostruito da una massa neoplastica, il deflusso della bile dalla colecisti al duodeno è ostacolato. Da ciò deriva che la bile refluisce verso la colecisti e si accumula, portando ad una progressiva distensione del viscere. L'ingrandimento volumetrico porta a dolore, mentre all'esame obiettivo, soprattutto in soggetti magri, sarà possibile apprezzare palpatariamente la colecisti al di sotto dell'arcata costale destra (segno di Courvoisier-Terrier).

145) C. Le neoplasie cistiche del pancreas sono tumori clinicamente indistinguibili dalle controparti solide. Possono essere distinti in forme benigne (cistoadenomi) e forme maligne (cistoadenocarcinomi). Dei primi il più frequente è il cistoadenoma sieroso, mentre dei secondi è il cistoadenocarcinoma mucinoso. Il sarcoma è una neoplasia maligna, ma solida e non cistica, mentre il papilloma intraduttale è una neoplasia tipica della ghiandola mammaria.

146) D. La colecisti dilatata è una condizione che viene rilevata solitamente in seguito all'osservazione di un paziente itterico in cui non è presente malattia litiasica delle vie biliari. Viene chiamato segno di Courvoisier-Terrier ed è suggestivo di tumore della testa del pancreas. L'accrescimento della neoplasia determina infatti l'ostruzione delle vie biliari, nel loro decorso dietro la testa del pancreas e davanti alla vena cava, e spiega l'ittero ostruttivo. Inoltre, la dilatazione della colecisti non avviene in caso di calcoli incuneati poiché l'intensa flogosi riduce la distensibilità dell'organo.

147) D. Il cancro del pancreas è una neoplasia aggressiva, difficilmente diagnosticabile in fase precoce e che possiede un basso tasso di sopravvivenza anche dopo trattamento chirurgico radicale. Il suo decorso è vario a seconda della zona interessata. Ad esempio, i tumori della testa possono determinare, data la delicata posizione anatomica di questa porzione, l'ostruzione del duodeno. Segno suggestivo di tumore pancreatico è la flebite migrante, solitamente anche recidivante, o l'infiammazione della vena porta, anche detta pyleflebite.

148) B. Il carcinoma del pancreas si sviluppa molto frequentemente dalla sua componente esocrina, mentre raramente si sviluppa dalla componente endocrina. Dalla porzione esocrina del pancreas si sviluppano gli adenocarcinomi, che sono la variante più aggressiva nonché la predominante, e i tumori neuroendocrini, più rari e a decorso lento. Circa il 60% delle neoplasie pancreatiche si sviluppa a livello della testa del pancreas, con sintomatologia itterica e dolorosa marcata ed ingravescente. Il coinvolgimento della testa del pancreas e la sua posizione anatomica rende necessaria la duodenocefalopancreasectomia, con asportazione tra gli altri di duodeno, coledoco e prima ansa digiunale.

149) B. L'emangioma cavernoso è una lesione benigna vascolare, classicamente caratterizzata da formazioni cistiche che si riempiono di sangue. Solitamente è congenito e porta numerosi segni clinici, tra cui i principali sono la cefalea e l'emorragia, a decorso acuto, che può verificarsi in seguito alla rottura della cisti. La diagnosi si avvale della risonanza magnetica, mentre la terapia richiede a volte l'intervento chirurgico.

150) B. Il diverticolo di Meckel è un'anomalia congenita dovuta alla presenza di un residuo del dotto onfalomesenterico, che si organizza come un diverticolo, ovvero un sacco a fondo cieco a livello ileale. Misura mediamente 3-5 cm ed è situato nell'ileo entro 100 cm dalla valvola ileocecale, più spesso tra i 45-60 cm prossimali, sul versante antimesenterico. Poiché le cellule vitelline sono pluripotenti può contenere, circa nella metà dei casi, tessuto eterotopico, più spesso gastrico (50%) e pancreatico (5%) e, più raramente, epiteliale colica, biliare, endometriale. La presentazione clinica può essere caratterizzata più spesso da emorragie (25-50%) acute o croniche recidivanti, per ulcerazione della mucosa ileale adiacente alla mucosa gastrica eterotopica; l'emorragia si può presentare sotto forma di melena in quanto il tessuto gastrico eterotopico può digerire il sangue.

151) B. L'emangioma cavernoso del fegato è il più comune tumore benigno di tale organo. Spesso asintomatico, può crescere arrivando a considerevoli dimensioni. Talora può andare incontro a rottura spontanea o a seguito di piccoli traumi rendendosi clinicamente evidente con un emoperitoneo.

152) C. Il fegato può essere sede di tumori benigni e maligni. I tumori benigni possono originare dagli epatociti (adenoma epatocellulare), dalle vie biliari intraepatiche (adenoma colangiocellulare), dai tessuti mesenchimali (leiomiomi, lipomi, fibromi) o dai vasi (emangiomi). Di questi, la neoplasia di più frequente riscontro è l'emangioma, che costituisce un reperto occasionale non infrequente durante le autopsie.

153) C. Il trattamento dell'epatocarcinoma su cirrosi può essere variabile in relazione al numero di lesioni, alla funzionalità epatica residua e alle condizioni generali del paziente nonché alla sua età. Il miglior trattamento nei pazienti con buona funzionalità epatica e lesione limitata ad un solo lobo epatico (nodulo unico in cirrosi compensata – Child A) è sicuramente la resezione epatica.

154) E. Il trattamento dell'epatocarcinoma su cirrosi può essere variabile in relazione al numero di lesioni, alla funzionalità epatica residua e alle condizioni generali del paziente nonché alla sua età. Il miglior trattamento nei pazienti con funzionalità epatica residua ridotta e in giovane età è sicuramente il trapianto di fegato. Tuttavia, se il tumore è superiore ai 3 cm o se sono presenti lesioni multiple bilobar il paziente non potrà essere candidato al trapianto. In tal caso trattamenti alternativi come l'alcolizzazione o la chemioembolizzazione sono da prendere in considerazione per il minor rischio di mortalità legato alla procedura. La resezione va considerata nei soggetti con buona funzionalità epatica e lesioni limitate ad un solo lobo epatico.

155) E. Nel caso di una lesione epatica limitata ad uno dei due lobi chirurgici la terapia di scelta è la resezione epatica. Ovviamente questo trattamento deve essere preceduto da una TAC volumetrica che definisca il volume epatico residuo e stabilisca se esso è sufficiente per evitare un quadro di insufficienza epatica.

156) C. L'epatocarcinoma, o carcinoma epatocellulare, è una neoplasia maligna che origina da una trasformazione neoplastica dell'epatocita, caratterizzato da invasione precoce delle strutture venose portalì con metastatizzazione intraepatica diffusa.

157) A. La triade descritta deve fare sorgere il sospetto di infarto intestinale in quanto la fibrillazione atriale favorisce la formazione di trombi o emboli nella cavità cardiaca di sinistra (atrio). L'embolo distaccatosi dal trombo originario raggiunge un ramo della mesenterica superiore e ne determina l'ostruzione. Ne consegue la sofferenza ischemica di un segmento più o meno ampio che rende ragione del sintomo (dolore). La diarrea muco-sanguinolenta, che è l'ultima a comparire, di solito è dovuta allo sfaldamento della mucosa intestinale.

158) D. L'*angina abdominis* (o *claudicatio mesenterica*) è un dolore addominale intermittente o crampiforme, post-prandiale, secondario ad una vasculopatia occlusiva, in genere su base aterosclerotica, che interessa 2 o 3 vasi splancnici principali, cioè

CAPITOLO 36

Microbiologia e virologia

1) Un quadro di meningite purulenta può essere dovuto a:

- A. Treponema pallidum
- B. Chlamydia trachomatis
- C. Bacillus anthracis
- D. Haemophilus influenzae di tipo b
- E. Corynebacterium diphtheriae

2) Bagnarsi in acque stagnanti in zona tropicale può comportare rischi di contrarre:

- A. Plasmodium falciparum
- B. Taenia saginata
- C. Onchocerca volvulus
- D. Schistosoma mansoni
- E. Enterobius vermicularis

3) Quale delle seguenti malattie ha un roditore quale serbatoio naturale?

- A. tubercolosi
- B. brucellosi
- C. peste
- D. febbre Q
- E. difterite

4) In quale fra le seguenti malattie le cellule colpite possono presentare i corpi del Negri?

- A. Vaiolo
- B. Influenza
- C. Rabbia
- D. Febbre gialla
- E. Poliomielite

5) Quale quadro infettivo è provocato da C. trachomatis?

- A. Polmonite lobare franca
- B. Peritonite
- C. Uretrite
- D. Polmonite interstiziale nell'adulto
- E. Otite

6) Le infezioni urinarie sono più spesso dovute a microrganismi di provenienza:

- A. uretrale
- B. ematogena
- C. cutanea
- D. ambientale
- E. intestinale

7) Quale microrganismo provoca uretrite?

- A. Ureaplasma urealyticum
- B. Chlamydia psittaci
- C. Campylobacter jejuni
- D. Bacteroides fragilis
- E. Neisseria meningitidis

8) Quale fra i seguenti batteri Gram-positivi è maggiormente coinvolto nell'eziologia delle infezioni urinarie?

- A. Enterococchi

B. Pneumococchi

C. Corinebatteri

D. Clostridi

E. Listerie

9) Quale fra questi gruppi di virus utilizza RNA come materiale genetico?

- A. Adenovirus
- B. Parvovirus
- C. Herpesvirus
- D. Coronavirus
- E. Poxvirus

10) Il termine SARS significa:

- A. Severe Acute Respiratory Syndrome
- B. Subacute Asiatic Respiratory Syndrome
- C. Severe Asiatic Respiratory Syndrome
- D. Severe American Respiratory Syndrome
- E. Subacute American Respiratory Syndrome

11) Una famiglia di immigrati provenienti dalle zone rurali del Messico porta il loro bambino di 3 mesi al pronto soccorso a causa di fischi inspiratori (stridore) e febbre alta. Il medico del bambino è perplesso perché l'esame della gola mostra una membrana grigia quasi occludente la laringe. Un medico anziano riconosce la difterite, ormai rara nelle popolazioni immunizzate. Il bambino viene intubato, viene somministrata l'antitossina, e viene iniziata la terapia antibiotica. La tossina difterica è spesso letale nelle persone non immunizzate perché:

- A. Inibisce l'inizio della sintesi proteica, impedendo il legame di GTP alla subunità ribosomiale 40S
- B. Si lega al recettore del segnale sulla faccia citoplasmatica della recettore reticolo endoplasmatico
- C. Si spegne il segnale della peptidasi
- D. Blocca l'allungamento delle proteine inattivando il fattore di allungamento 2 (EF-2, o traslocasi)
- E. Nessuna delle alternative è corretta

12) La difterite è dovuta ad un germe del genere:

- A. Streptococcus
- B. Escherichia
- C. Corynebacterium
- D. Salmonella
- E. Treponema

13) Quale fra i seguenti batteri patogeni è caratterizzato da una crescita in coltura particolarmente lenta?

- A. Salmonella typhi
- B. Neisseria meningitidis
- C. Staphylococcus aureus
- D. Mycobacterium tuberculosis
- E. Shigella dysenteriae

14) Quale caratteristica possiede Mycobacterium tuberculosis?

- A. Motilità



- B. Presenza di acidi micolici nella parete cellulare
- C. Attività coagulastica
- D. Produzione di spore
- E. Attività ureasica

15) Il metodo di colorazione di Ziehl-Neelsen viene usato per osservare:

- A. il bacillo della tubercolosi
- B. stafilococchi
- C. streptococchi
- D. neisserie
- E. nessuna delle alternative è corretta

16) Per quale vaccinazione viene usato il BCG?

- A. Anticarbunclosi
- B. Antitubercolare
- C. Antitifica
- D. Anticolerica
- E. Antimeningococcica

17) Un immigrato dell'Europa orientale è ricoverato al pronto soccorso con nausea, vomito, diarrea e dolore addominale. La famiglia racconta che ha mangiato funghi selvatici. Hanno portato un sacco di funghi freschi, crudi. Si nota la presenza di Amanita phalloides. La biopsia epatica indica massiccia necrosi epatica. La cura è di supporto. Un'importante tossina della A. ph. è l'a-amanitina epatotossica, che inibisce:

- A. DNA primasi
- B. RNA nucleasi
- C. DNA ligasi
- D. RNA polimerasi
- E. la trascrittasi inversa

18) Quale di queste è una tossina neurotrofica?

- A. Tossina difterica
- B. Tossina tetanica
- C. Tossina colerica
- D. Tossina della pertosse
- E. Tossina di Bacillus anthracis

19) I clostridi sono batteri:

- A. aerobi obbligati
- B. aerobi-anaerobi facoltativi
- C. microaerofili
- D. psicrofili
- E. anaerobi obbligati

20) Il vaccino antitetanico è costituito da:

- A. anatossina
- B. batteri vivi attenuati
- C. batteri uccisi al calore
- D. batteri uccisi con formalina
- E. nucleoproteine

21) Gli streptococchi viridanti possono essere causa di:

- A. polmonite lobare franca
- B. endocardite sub-acute
- C. uretrite purulenta
- D. cistite emorragica
- E. gastroenterite

22) Tutte le seguenti affermazioni riguardanti l'endocardite infettiva sono vere, salvo?

- A. I lembi valvolari cardiaci sono suscettibili ad infezioni a causa della loro limitata fornitura di sangue

- B. I tassi di mortalità per la malattia del lato destro sono maggiori di quelli del lato sinistro
- C. Streptococcus Viridans è il più comune organismo implicato nella malattia del lato sinistro
- D. Più di tre quarti dei casi di endocardite del lato destro sono causati da Staphylococcus aureus
- E. I tossicodipendenti rappresentano una categoria ad alto rischio

23) Tutte le seguenti affermazioni riguardanti l'endocardite infettiva subacuta sono vere, salvo?

- A. La diagnosi non è spesso possibile
- B. Il 10% dei pazienti presenta lesioni emboliche vasculitiche periferiche
- C. La splenomegalia è presente nel 25% dei pazienti
- D. Segni neurologici di emboli settici compaiono fino al 40% dei pazienti
- E. Malessere e febbre intermittente sono i sintomi più comuni

24) Quale tra questi agenti di infezioni neonatali non viene trasmesso per via transplacentare?

- A. Virus della rosolia
- B. Cytomegalovirus
- C. Toxoplasma gondii
- D. Streptococcus agalactiae
- E. Listeria monocytogenes

25) Treponema pallidum:

- A. è un microrganismo ambientale
- B. cresce su normali terreni di coltura
- C. è trasmesso per via sessuale e per via transplacentare
- D. è di forma coccoide
- E. è insensibile alla penicillina

26) Quale fra i seguenti batteri patogeni può essere isolato dal paziente mediante emocoltura?

- A. Vibrio cholerae
- B. Clostridium tetani
- C. Brucella melitensis
- D. Corynebacterium diphtheriae
- E. Clostridium botulinum

27) Per la diagnosi di quale malattia viene utilizzata la reazione di Wright?

- A. tifo
- B. brucellosi
- C. tubercolosi
- D. candidosi
- E. colera

28) La presenza di anticorpi anti-HBs, anti-HBc, anti-HBe e l'assenza di HBsAg e HBeAg indicano:

- A. infezione pregressa guarita
- B. infezione in atto
- C. infezione acuta in fase di sierconversione
- D. infezione cronica
- E. riacutizzazione di un'infezione cronica

29) La principale modalità di trasmissione del virus dell'epatite E è:

- A. sessuale
- B. oro-fecale
- C. transplacentale

RISPOSTE COMMENTATE

Patologia clinica

1) **B.** La più efficace, precisa diagnosi di DNA comporterebbe l'analisi dei due geni L-iduronidasi in un individuo, cercando qualsiasi cambiamento di sequenza di DNA (sostituzioni, delezioni, duplicazioni) che altererebbe la funzione della proteina L-iduronidasi. Forme alternative di un gene sono chiamate alleli, e un allele che è cambiato durante la trasmissione da genitore a figlio può essere chiamato allele mutante. Molte caratteristiche umane sono codificate da geni che occupano ciascuno una particolare sede o locus su un cromosoma. I geni sono costituiti da segmenti di DNA che codificano l'RNA. All'interno delle regioni codificanti ci sono segmenti di DNA che vengono trascritti e poi tradotti in proteina (esoni), e quelli che sono trascritti ma rimossi da RNA splicing (introni). Se una mutazione del DNA produce una malattia attraverso la sua proteina alterata, come la mutazione del gene L-iduronidasi nella sindrome di Hurler, il gene mutante può essere chiamato anormale. Gli autosomi (dal cromosoma umano 1 al 22) e i cromosomi X nelle femmine hanno due loci omologhi in ogni individuo, ospitando due alleli identici (omozigoti) o diversi (eterozigoti). I maschi hanno un solo cromosoma X e spesso solo un allele per ogni cromosoma sessuale perché il cromosoma Y ha materiale di codifica minimo. Il completo set di materiale genetico (tutti i geni e loci) in ogni specie biologica è chiamato genoma.

2) **B.** Nel modello classico a doppia elica del DNA proposto da Watson e Crick, le basi puriniche (adenosina e guanina) e le basi pirimidiniche (citosina e timina) collegate allo zucchero sono perpendicolari all'asse e paralleli tra loro. Sono appaiate (A a G o T a C) e tenute insieme da legami idrogeno. I filamenti di DNA (polimeri nucleotidici) sono uniti da legami tra il 3'-idrossile di ogni pentoso (desossiribosio) e il 5'-fosfato del suo prossimo desossiribosio. Ogni filamento che compone la doppia elica è diverso e antiparallelo. L'estremità 3' di un filamento è di fronte alla estremità 5' del suo complemento e viceversa.

3) **B.** La temperatura di fusione T_m di DNA duplex è la temperatura alla quale metà delle coppie di basi vengono denaturate. Le coppie di basi adenina-timina (AT) hanno due legami idrogeno, in contrasto alle coppie di basi citosina-guanina (CG), che hanno tre legami idrogeno. Molecole di DNA duplex ricche di coppie di basi AT hanno una T_m molto inferiore a quelle ricche di coppie di basi C-G. Il DNA viene riscaldato, e le frazioni di DNA ad un maggiore contenuto di AT tendono a fondersi o denaturare prima di quelle con un contenuto maggiore di CG. La maggior parte dei mammiferi, compresi gli esseri umani, hanno frazioni di DNA satellite che sono altamente ripetitive e raggruppate in particolari regioni cromosomiche. I DNA satelliti sono chiamati così per la densità alterata (banda satellitare) su centrifugazione, causata dall'elevato contenuto di G-C. La loro funzione è sconosciuta.

4) **C.** Il rilascio ipotalamico di GnRH regola la produzione di gonadotropine ipofisarie, FSH e LH. La risposta dell'LH allo stimolo con GnRH può aiutare a differenziare tra disfunzione primaria (problemi delle ovaie o dei testicoli) e disfunzione secondaria (ipofisi o ipotalamo). Vengono misurati i valori di LH prima e dopo somministrazione endovena di GnRH: un successivo aumento di LH indica che l'ipofisi ha risposto al GnRH e suggerisce un disturbo che coinvolge le ovaie o i testicoli; un mancato aumento di LH dimostra che l'ipofisi non ha risposto al GnRH e suggerisce una malattia che coinvolge l'ipofisi o l'ipotalamo.

5) **A.** L'analisi del liquido seminale è molto importante nella valutazione dell'infertilità maschile. I campioni vengono raccolti dopo un periodo di astinenza di 2 o 3 giorni. Il volume dello sperma e la sua composizione variano ampiamente tra i maschi sani e possono essere necessarie diverse raccolte prima di trarre conclusioni. Il normale volume dell'eiaculato varia tra 2 e 6 mL e contiene più di 20 milioni di spermatozoi per mL, con una motilità nella norma in più del 50% e morfologia regolare in più del 15% di essi.

6) **B.** L'impianto di uno zigote nella parete uterina comporta l'infiltrazione dell'endometrio dal sinciziotrofoblasto. La fecondazione e scissione precoce dello zigote si verificano nel tube di Falloppio della donna. Dopo circa 3 giorni, lo zigote entra nella cavità uterina, dove subisce ulteriori divisioni oltre un periodo da 3 a 4 giorni per formare una morula di circa 60 cellule che viene trasformata in una blastocisti costituita dal sacco vitellino ed embrione. La digestione enzimatica della zona pellucida e l'infiltrazione dell'endometrio dal sinciziotrofoblasto, che forma lo strato esterno della blastocisti, comportano l'impianto della blastocisti all'interno dell'endometrio, dove erode i vasi materni. Durante queste prime fasi dell'embriogenesi, l'endometrio è stimolato dal progesterone secreto dal corpo luteo nell'ovaio in risposta alla secrezione ipofisaria delle gonadotropine. Dopo 10-15 giorni, le gonadotropine placentari mantengono il corpo luteo fino alla sintesi da parte della placentare di progesterone, intorno a 6 a 8 settimane di gestazione.

7) **D.** La gonadotropina corionica è una glicoproteina, prodotta esclusivamente dal trofoblasto placentare, strutturalmente costituita da due subunità: alfa, comune ad altri ormoni (FSH, ecc.), e beta, ormone-specifica. È dimostrabile in piccole quantità a 8-10 giorni dalla fecondazione, raggiunge valori massimi a 60-80 giorni (600.000 UI) e diminuisce rapidamente per mantenersi su valori minimi dal 150esimo giorno di gravidanza (20.000 UI) a 8-10 giorni dopo il parto. La sua funzione è quella di tenere in vita il corpo luteo nei primi tempi della gravidanza.

8) **A.** La secrezione continua di progesterone dal corpo luteo è essenziale per lo sviluppo del feto. Durante il primo trimestre, la produzione placentare di HCG sostiene il corpo luteo e garantisce una secrezione continua di progesterone. Durante il secondo

La collana è rivolta ai candidati di concorsi pubblici ed esami di abilitazione professionale e fornisce volumi specifici per la preparazione alle prove d'esame.

Esercizi commentati per le Specializzazioni mediche

Rivolto a tutti i candidati che intendono partecipare alle selezioni del **Concorso nazionale** per l'ingresso nelle **Suole di specializzazione** in medicina, il testo costituisce un utile strumento di preparazione.

Il volume contiene una **vasta raccolta di quesiti su casi clinici spesso correlati a scenari predefiniti, ripartiti per materia**, suddivisi per settore disciplinare e per Area di scuola di specializzazione e corredati da un breve **commento esplicativo**.

I quesiti raccolti nel volume ricalcano le tipologie richieste nell'ultimo bando e nell'ultima prova svolta, configurandosi come un valido ausilio sia per la **verifica** delle proprie conoscenze sia per il **ripasso** delle nozioni teoriche.



Per consentire un'esercitazione quanto più simile alla prova d'esame reale, al volume è associato un **software di simulazione**, accessibile gratuitamente dal sito, mediante il quale esercitarsi sulle singole discipline o effettuare simulazioni trasversali sull'intero programma.

Per completare la preparazione al concorso:

- t_{2.1}** Manuale di Medicina generale
- q_{2.2}** 10.000 quiz di Medicina generale
- e_{2.6}** Prove ufficiali specializzazioni mediche

Per essere sempre aggiornato seguici su Facebook 

facebook.com/scuolespecializzazioneinmedicina

Clicca su mi piace  per ricevere gli aggiornamenti



www.edises.it
info@edises.it



ISBN 978-88-3319-000-6



€ 70,00 9 788833 190006