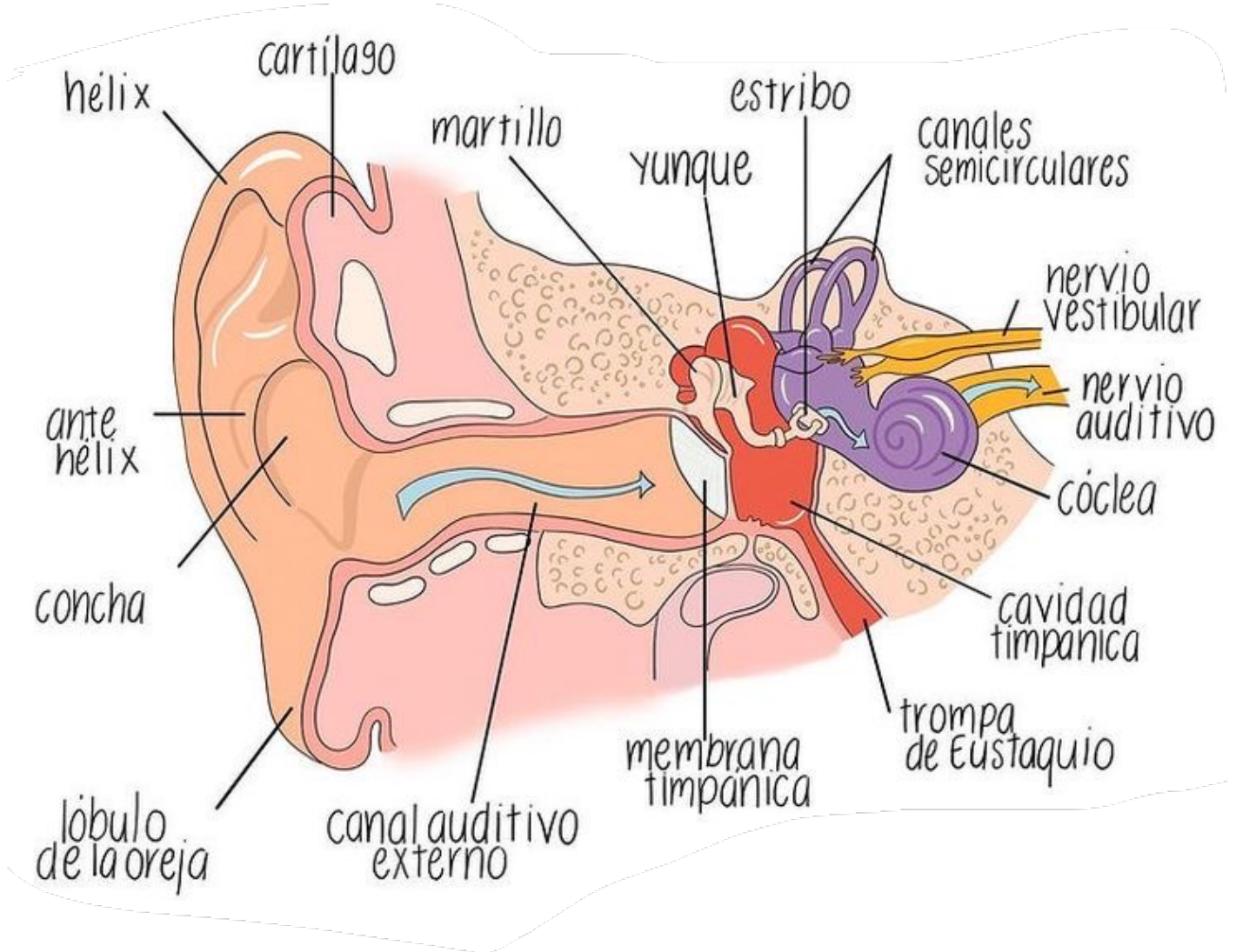


OTORRINOLARINGOLOGÍA



1.

2.

Patología inflamatoria oído externo

OTITIS EXTERNA	CIRCUNSCRITA/ LOCALIZADA	DIFUSA	DIFUSA CRÓNICA	FÚNGICA (OTOMICOSIS)	NECRÓTICA/ MALIGNA	CON EXUDADO (MIRINGITIS GRANULOSA)
LOCALIZACIÓN INFLAMACIÓN	folículo piloso 1/3 externo CAE	todo epitelio				
ETIOLOGÍA	St. Aureus	Pseudomona spp	1. Dermatológica (eccematosa) 2. Bacteriana/ fúngica	Aspergillosis Niger Candida Albicans	Ps. Aeruginosa MRSA	¿? Pseudomona / Proteus / St. Aureus
CLÍNICA	prurito-dolor otoscopia dolorosa	otodinia mod-inten hipoacusia x ocup	prurito otodinia leve	Prurito intenso Otorrea	Otodinia intensa Inmunodepres/ RT	
SIGNO TRAGO	(+)	(+)				
EXPLORACIÓN		tumefacc cierra CAE eritema otorrea pus	Conducto = seco + costras + eritemat Estenosis CAE	Exudado algodonoso/higas Piel de papel	Otorrea verdosa Granulaciones Osteomielitis temp Polineuropatías	Tej granulac conjunt sobre discont epit m. timpánica
Dx					TAC + RMN	
TTO	- ATB = tópico / sist - AINES - Calor local = dren - Drenaje anest	- ATB = tópico / sist - AINES - Aspirac. secreción - moldes celulosa	- ATB - Corticoides tópico - Jabones neutros - Tapones - Remodel CAE	- Limpieza - Antisépticos - Antifúngicos tópic	- ATB anti-Ps Iv. - Desbridamiento - Gotas tópicas - Control diabético - O2 hiperbárico	- ATB tópicos (ciprofloxacino) - Corticoides - Eliminación tejido granulación con nitrato plata

. Solo una de las siguientes afirmaciones sobre la exploración del oído es cierta. ¿Cuál es? (2023 diciembre)

- En una otitis media aguda, está presente el signo del trago (dolor al presionar el trago).
- Para realizar una otoscopia en un lactante, debemos traccionar del pabellón hacia abajo y hacia atrás.
- En una otitis externa, hay dolor al presionar la mastoides.
- La mejor prueba por imagen para el diagnóstico de los schwannomas del VIII par craneal es la tomografía computada.
- Para realizar una otoscopia en un adulto, debemos traccionar del pabellón hacia arriba y hacia delante.

. Solo una de las siguientes afirmaciones sobre la exploración del oído es cierta. ¿Cuál es? (2023 diciembre)

- En una otitis media aguda, está presente el signo del trago (dolor al presionar el trago).
→ puntos palpación - trago = dolor a presión - muy frecuente en otitis externa
→ otitis externa: circunscrita/localizada + difusa = signo trago (+).
- Para realizar una otoscopia en un lactante, debemos traccionar del pabellón hacia abajo y hacia atrás. *
→ otoscopia - niños = (x falta desarrollo CAE) se tira del lóbulo oreja hacia atrás y abajo.
- En una otitis externa, hay dolor al presionar la mastoides.
→ otitis externa = dolor al presionar trago
- La mejor prueba por imagen para el diagnóstico de los schwannomas del VIII par craneal es la tomografía computada.
→ explo imagen oído = TC (lesiones óseas) + RM (lesiones partes blandas = Schwannomas VII/VIII).
- Para realizar una otoscopia en un adulto, debemos traccionar del pabellón hacia arriba y hacia delante.
→ otoscopia - adultos = tirando helix hacia atrás y arriba.

. En relación con la otitis externa aguda difusa, es FALSO que: (2021 diciembre)

- a) El germen más frecuente implicado es la *Pseudomona aeruginosa*.
- b) El dolor es un síntoma muy frecuente.
- c) La entrada de agua en el oído es uno de los principales factores que favorecen su aparición.
- d) Generalmente es necesario administrar antibióticos por vía general para su tratamiento.
- e) Con frecuencia existe supuración.

→ otitis externa difusa (otitis del nadador)

- típica épocas templadas
- *pseudomona* spp (67%)
- otodinia moderada-intensa
- con frecuencia = otorrea purulenta
- tto = ATB tópico / sistémico (severos o inmunodepres).

. La otitis externa crónica está asociada a: (2021 diciembre)

- a) Eccema.
- b) OMC.
- c) Dermatitis seborreica.
- d) Dermatitis atópica.
- e) Todas son ciertas. *

→ otitis externa difusa crónica - etiología:

- dermatológica (eccematosa) = dermatitis: seborreica + atópica + de contacto / psoriasis

. Todas las siguientes afirmaciones referidas a las otitis externas son ciertas, salvo una. ¿Cuál es la falsa? (2023 diciembre)

- a) El microorganismo más frecuentemente responsable de la otitis externa circunscrita es el *Staphylococcus Aureus*.
- b) La otitis externa difusa es más frecuente en invierno, favorecida por los cuadros catarrales.
- c) El tratamiento inicial de la otitis externa difusa se basa en la aplicación de antibióticos y corticoides tópicos.
- d) Son factores de riesgo para desarrollar una otitis externa maligna la edad avanzada, la diabetes o una inmunodeficiencia.
- e) El tratamiento de la otomicosis se basa en la limpieza del conducto auditivo externo y tratamiento tópico (con antisépticos o antifúngicos).

. Todas las siguientes afirmaciones referidas a las otitis externas son ciertas, salvo una. ¿Cuál es la falsa? (2023 diciembre)

- a) El microorganismo más frecuentemente responsable de la otitis externa circunscrita es el *Staphylococcus Aureus*.
→ otitis externa circunscrita/localizada = suele estar causada x *Staphylococcus aureus*
- b) La otitis externa difusa es más frecuente en invierno, favorecida por los cuadros catarrales.
→ otitis externa difusa = típica épocas templadas
- c) El tratamiento inicial de la otitis externa difusa se basa en la aplicación de antibióticos y corticoides tópicos.
→ otitis externa difusa - tto = ATB tópico (gotas aminoglucósidos/ciprofloxacino +/- corticoides.
- d) Son factores de riesgo para desarrollar una otitis externa maligna la edad avanzada, la diabetes o una inmunodeficiencia.
→ otitis externa necrótica/maligna = patología propia pacientes inmunodeprimidos (diabéticos, VIH, trasplante médula, QT) *inmunodeprimidos están los abuelitos
- e) El tratamiento de la otomicosis se basa en la limpieza del conducto auditivo externo y tratamiento tópico (con antisépticos o antifúngicos).
→ otomicosis - tto = limpieza + antisépticos + antifúngicos (cotrimazol)

. La exostosis del CAE es una patología muy frecuente asociada a: (2021 diciembre)

- a) Infecciones de VADS.
- b) Patología infecciosa del CAE.
- c) Traumatismos.
- d) Estímulos térmicos.
- e) Todas pueden producirla.

→ patología tumoral del oído externo => tumores benignos:

- exostosis = crecimiento sésil del hueso del conducto → asociado a agua fría (oído del surfista).

*. En cuanto a las anomalías branquiales, señala la correcta: (2021 diciembre)

- a) Todas las anomalías branquiales son profundas al platisma.
- b) La mayoría proceden de la 1ª hendidura branquial.
- c) La fístula branquial es una comunicación de la disontogenia solo con el exterior.
- d) La fístula branquial es más frecuente que el quiste branquial.
- e) La anomalía de la 2ª hendidura tipo II es la más común y está en contacto con los grandes vasos cervicales.

—
¿Qué factores NO influyen en la aparición de una otitis externa? (2019 diciembre)

- a) Ausencia de cerumen.
- b) Calor y humedad.
- c) pH del medio.
- d) Bacteriología.
- e) Miringoesclerosis timpánica.

3. CLASIFICACIÓN DE LAS HIPOACUSIAS Y SU EXPLORACIÓN

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta? (2023 diciembre)

- a) La hipoacusia provocada por una lesión troncoencefálica se considera una hipoacusia de percepción.
- b) Una hipoacusia cuya audiometría tonal liminar aérea media en 500, 1000, 2000 y 4000 Hz es de 82 dB se considera severa.
- c) Cuando un proceso auditivo evoluciona con una audición cambiante se considera hipoacusia fluctuante.
- d) La hipoacusia que se instaura antes del desarrollo del lenguaje hablado se denomina prelocutiva.
- e) Todas las afirmaciones son correctas.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es incorrecta? (2023 diciembre)

- a) La hipoacusia provocada por una lesión troncoencefálica se considera una hipoacusia de percepción.
→ hipoacusias neurosensoriales/percepción = defecto en: oído interno / vía auditiva (troncoencefalo) / centros audición (certeza).
- b) Una hipoacusia cuya audiometría tonal limiar aérea media en 500, 1000, 2000 y 4000 Hz es de 82 dB se considera severa.
→ clasificación cuantitativa - hipoacusia severa = 71-90dB
- c) Cuando un proceso auditivo evoluciona con una audición cambiante se considera hipoacusia fluctuante.
→ [Dr Pablo Parente] clasificación según adquisición lenguaje - hipoacusia prelocutivos = tiene lugar antes del desarrollo del lenguaje hablado.
- d) La hipoacusia que se instaura antes del desarrollo del lenguaje hablado se denomina prelocutiva.
→ [Dr Pablo Parente] clasificación evolutiva - hipoacusia fluctuante = audición cambiante
- e) Todas las afirmaciones son correctas. *

. Un resultado negativo (-) de la prueba acústica de Rinne nos indica: (2013 enero)

- a) Una hipoacusia de transmisión. *
 - b) Una hipoacusia de percepción.
 - c) Normoacusia.
 - d) Una adaptación patológica.
 - e) "b" y "c" son correctas.
- Rinne (-) = hipoacusia transmisión.

. Realizamos una prueba acústica, en la que se compara la audición por vía aérea y ósea. Nos da como resultado mejor audición por vía ósea, ¿qué pruebas hemos realizado y ante qué tipo de hipoacusia nos encontramos? (2006 febrero)

- a) Rinne e hipoacusia de percepción.
 - b) Rinne e hipoacusia de transmisión. *
 - c) Bien e hipoacusia de transmisión.
 - d) Weber e hipoacusia de percepción.
 - e) Weber e hipoacusia de transmisión.
- acúmetria = técnicas utilizadas para evaluar audición sin aparatos electrónicos.
- test de Rinne = compara audición entre vía ósea y vía aérea.
- Rinne (-) = paciente percibe mejor el sonido x vía ósea

. Un paciente acude a consulta con sensación de pérdida de audición en el oído derecho. El Weber lateraliza al oído derecho y el Rinne es negativo en dicho oído. Se trata de una: (2022 diciembre)

- a) Hipoacusia de transmisión. *
 - b) Hipoacusia neurosensorial.
 - c) Hipoacusia mixta.
 - d) Enfermedad de Menière.
 - e) Hipoacusia súbita.
- Rinne (-) (= oye mejor por vía ósea xq la aérea la tiene jodida al tener el problema en CAE/medio) = hipoacusia transmisión.

→ Webber lateralizado al oído enfermo (= estudia vía ósea y en el oído enfermo oye mejor xq no hay interferencias vía aérea ya que no funciona) = hipoacusia de transmisión.

. Si un paciente lateraliza hacia el oído izquierdo en la prueba de Weber y en el Rinne de ese oído oye con más intensidad el diapason cuando se le coloca en la mastoides, se trata de: (2008 diciembre)

- a) Una hipoacusia de percepción.
- b) Una hipoacusia de transmisión. *
- c) Una hipoacusia de origen central.
- d) Depende de la etiología de la hipoacusia.
- e) Todas son falsas.

→ acúmetría:

- test de rinne => rinne (-): paciente recibe mejor el sonido x vía ósea / oye (+) fuerte el sonido cuando colocamos diapasón detrás de apófisis mastoides = alteración conducto auditivo externo / oído medio => hipoacusia transmisión.
- test de Weber => Weber lateralizado al oído enfermo en Hipoacusia de conducción => el sonido se va a transmitir más intenso hacia el oído malo (se transmite mejor por la vía ósea).

. ¿Cuál de las siguientes pruebas audiológicas no es objetiva? (2023 diciembre)

- a) Potenciales evocados auditivos de tronco cerebral.
- b) Otoemisiones acústicas.
- c) Test del reflejo estapedial.
- d) Pruebas supraliminales (test de SISI, Fowler...). *
- e) Todas son pruebas objetivas.

→ el año pasado este tema lo dió el Dr Pablo Parente, pero este año lo dió Soto y no explicó estas pruebas.

- pruebas tonal supraliminales = utilizan estímulos sonoros de mayor intensidad que el umbral auditivo del paciente.
- Lirola sí que habla del resto de pruebas y nos indica que son objetivas
- impedanciometría - pruebas => reflejo estapedial = prueba objetiva audición
- pruebas neurofisiológicas:
- otoemisiones acústicas => ventajas: rápida, objetiva y sensible.
- potenciales auditivos => valoración objetiva audición

. El programa de cribado auditivo neonatal en Galicia se realiza con PEATC. El diagnóstico de hipoacusia debe quedar establecido: (2022 diciembre)

- a) Al mes de vida.
- b) A los dos meses.
- c) A los tres meses. *
- d) A los seis meses.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ cribado auditivo neonatal - Galicia = cribado auditivo neonatal universal con PEATC:

- cribado <1mes
- Dx <3meses
- Tto <6meses

. Respecto a los potenciales evocados auditivos, ¿qué afirmación es falsa?: (2022 diciembre)

- a) Es la respuesta eléctrica de la vía auditiva ante un estímulo acústico.
- b) Estudia la actividad contráctil de las células ciliadas externas de la cóclea que se percibe como un sonido. *
- c) Se utilizan en el programa de cribado auditivo neonatal de Galicia.
- d) Es útil para descubrir simuladores.
- e) Permite diagnosticar patología retrococlear.

→ potenciales evocados auditivos:

- respites eléctrica que genera la vía auditiva ante estímulo acústico (potenciales)
- valoración objetivo audición = cribado auditivo + simuladores y pacientes no colaboradores
- detecta lesiones retrococleares

*cribado auditivo neonatal = con PEATC

→ otoemisiones acústicas = estudio actividad contráctil de células ciliadas de la cóclea un se percibe como un sonido (otoemisión).

4. OTITIS MEDIA AGUDA

. Todas las siguientes pueden ser causa de una otitis serosa, salvo una. ¿Cuál?: (2019 diciembre)

- a) Rinitis alérgica.
- b) Hipertrofia de adenoides.
- c) Tumores de cavum nasofaríngeo.
- d) Perforación timpánica. *
- e) Catarro común.

→ la perforación timpánica no es una causa, es una consecuencia

. Niño de 10 años que acude a Urgencias aquejado de fuerte dolor de oído izquierdo en relación a un proceso catarral agudo, con fiebre de 38,5° y malestar general. En la otoscopia se observa una otitis media aguda exudativa. ¿Cuál sería su tratamiento? (2022 diciembre)

- a) Amoxicilina y analgésicos antiinflamatorios.
- b) Amoxicilina y descongestivos.
- c) Drenaje transtimpánico y adenoidectomía.
- d) Analgésicos antiinflamatorios 24 horas y ver evolución. *
- e) Azitromicina y analgésicos antiinflamatorios.

→ OMA

- clínica = fiebre + otalgia + irritabilidad
- evolución = 2. exudación purulenta (dolor muy intensa + fiebre alta)
- tto => niños >2a + adultos = esperar 24/48h + analgésicos + antiinflamatorios + anti térmicos + descongestivos nasales.

. Niño de 2 años que acude a consulta de urgencias pediátricas (/ambulatorio) porque se lleva la mano al oído, sin fiebre ni signos inflamatorios agudos, y que en la exploración se observa un tímpano sonrosado/ambarino. Como antecedentes refiere hace 15 días un episodio de otalgia y fiebre, acompañadas de irritabilidad, que fue tratado con amoxicilina (40 mg/kg/día). ¿Cuál sería el diagnóstico más probable? (2023 diciembre) (2021 diciembre)

- A) OMA.
- b) OMS. *
- c) OMC simple.
- d) OMC colestomatosa.
- e) Mastoiditis.

→ OMA - clínica = fiebre + otalgia + irritabilidad

→ OMS - clínica = no fiebre + no otalgia + no irritabilidad

→ pa aclararnos este niño tuvo una OMA que no ha evolucionado hacia la curación, sino que se ha acumulado el líquido producido por la infección y ha derivado en una OMS (acumulación de líquido en el oído medio sin infección activa).

Cabe destacar que el tto para la OMA estaba bien puesto (niños <2a / >24-48h no resolución = tratar con amoxicilina o amoxicilina-clavulanico)

. Ante una otitis media serosa o secretoria unilateral en un adulto, hay que descartar: (2022 diciembre)

- a) Neurinoma del VIII par.
- b) Tumor nasofaríngeo. *
- c) Laberintotoxia.
- d) Otosclerosis.
- e) Rinosinusitis crónica.

→ OMS = cuando se presenta unilateral en adultos significa que hay un obstáculo en el orificio Trompa Eustaquio que impide que se equilibren las presiones → deberíamos de valorar que pueda haber un cáncer de rinofaringe.

*. Paciente asiático de 52 años que acude a consulta de ORL con hipoacusia y sensación de taponamiento en el OI que la exploración otoscópica demuestra la presencia de un nivel hidroaéreo transtimpánico desde hace un mes y sin acompañarse de otros síntomas o antecedentes ORL. ¿Cuál de los siguientes procesos debería ser descartado en primera instancia? (2021 diciembre)

- a) OMS.
- b) OMA.
- c) Linfopitelioma de cavum. *

d) Otosclerosis.

e) OMC.

→ OMS - clínica = hipoacusia + sensación taponamiento

→ OMS - evolución = 2. derrame seroso (se ve un nivel hidroaéreo)

*. En un niño de 4 años que presenta retraso del lenguaje expresivo, con múltiples dislalias y sin aparente dificultad en la comprensión, lo primero que convendría realizar tras la exploración otorrinolaringológica es: (2023 diciembre)

a) Una radiografía de cavum.

b) Una audiometría tonal liminal. *

c) Una valoración en Psicología Infantil.

d) No es precisa ninguna prueba.

e) Una revisión a los 6 meses en la consulta.

→ OMS - clínica:

- retraso adquisición del lenguaje (niños <3a)

- dislalias (niños >4a) = dificultad pronunciaiconnartciulacion fonemas x dificultad adquisiion lenguaje (como el niño no oye bien = pronuncia mal)

- hipoacusia

- sensación taponamiento

→ OMS - dx = 1. clínica + otoscopia → 2. otoscopia neumática → 3. timpanometría → 4. audiometría

5. OTITIS MEDIA CRÓNICA

. ¿Qué es un colesteatoma? (2017 diciembre)

- a) Un tumor vascular.
- b) Una proliferación ósea.
- c) Una proliferación epidérmica. *
- d) Un tumor de cristales de colesterol.
- e) Un quiste de colesterol.

→ colesteatoma = presencia de epitelio escamoso queratinizado (piel) dentro oído medio y mastoides (piel fuera de su sitio)
(Esta piel activa que se descama forma queratina y se acumula formando un colesteatoma).

. Desde el punto de vista etiopatogénico, ¿cuál es la forma más frecuente de formación de los colesteatomas?: (2022 diciembre)

- a) Colesteatoma congénito.
- b) A partir de una bolsa de retracción de la pars flácida. *
- c) Tras una metaplasia escamosa de la mucosa del oído medio.
- d) Por inoculación accidental de epitelio en la caja timpánica.
- e) Tras una otitis media aguda necrosante.

→ colesteatoma adquirido = mucho (+) comunes

- primario = colesteatoma se genera y provoca su retracción

. ¿Cuál es el tratamiento esencial de un colesteatoma de oído? (2023 diciembre)

- a) Aspiración de la capa de queratina.
- b) Antibióticos sistémicos.
- c) Gotas tópicas en el oído.
- d) Timpanoplastia. *
- e) Antiinflamatorios.

→ OMC perforación marginal / colesteatoma - tto = siempre Qx = timpanoplastia.

. ¿Cuál es el tratamiento de la OMC colesteatomatosa? (2022 diciembre)

- a) Antibióticos y analgésicos.
- b) Timpanoplastia. *
- c) Controles periódicos.
- d) Aspiración y antisépticos locales.
- e) Drenajes transtimpánicos.

. ¿A qué llamamos estado precolesteatomatoso? (2021 diciembre)

- a) Perforación de la pars tensa central.
- b) Edema de la mucosa del oído medio.
- c) Otorrea fétida.
- d) Bolsas de retracción timpánica. *
- e) Miringoesclerosis timpánica.

→ el estado precolesteomatoso es la presencia de bolsas de retracción

. ¿Qué es cierto en el manejo de una bolsa de retracción timpánica? (2023 diciembre)

- a) Colocar drenajes transtimpánicos.
- b) Septoplastia si hay desviación de tabique.
- c) Timpanoplastia de refuerzo.
- d) Dilatación tubárica.
- e) Todas son ciertas. *

→ bolsas de retracción - manejo:

- corregir factores rinofaríngeos = corregir tabique desviado
- Qx = timpanoplastia de esfuerzo + tubos drenaje transtimpánicos
- mejorar funcionalidad trompa Eustaquio = tuboOstia quirúrgica (catéter con balón dilata porción membranosa trompa).

6. LESIONES RESIDUALES Y COMPLICACIONES OTITIS MEDIA

*. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el proceso adhesivo crónico NO es cierta: (2019 diciembre)

- a) Son secundarias a otitis medias agudas de repetición.
- b) Suele producir una hipoacusia de transmisión.
- c) El tratamiento quirúrgico no da buenos resultados por regla general.
- d) La presión negativa dentro de la caja timpánica puede producir lesiones en la cadena osicular.
- e) El tratamiento primordial es el preventivo.

*. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre el proceso adhesivo crónico NO es cierta: (2019 diciembre)

- a) Son secundarias a otitis medias agudas de repetición. *
→ origen del proceso adhesivo crónico es prácticamente siempre una otitis media secretoria recidivante o mantenida en el tiempo (crónica)
- b) Suele producir una hipoacusia de transmisión.
→ Clínicamente se caracteriza por la presencia de una hipoacusia que, al realizar una audiometría tonal liminar veremos que se trata de una hipoacusia de transmisión.
- c) El tratamiento quirúrgico no da buenos resultados por regla general.
→ No existe tratamiento médico y el quirúrgico (timpanoplastia) ofrece resultados pobres. La cirugía no está aconsejada.
- d) La presión negativa dentro de la caja timpánica puede producir lesiones en la cadena osicular.
→
- e) El tratamiento primordial es el preventivo.
→ tratamiento = lo fundamental es la prevención, vigilando la correcta curación de los episodios de otitis secretora

. Con relación a la laberintitis difusa ocasionada por un colesteatoma, ¿qué respuesta correcta? (2023 diciembre)

- a) Suele cursar con hipoacusia.
- b) Las desviaciones corporales son hacia el lado afecto.
- c) El nistagmo es hacia el lado del colesteatoma. *
- d) Los sedantes vestibulares son útiles.
- e) El tratamiento del colesteatoma es quirúrgico.
→ laberínticos serosa / aguda tóxica
- inflamación intralaberíntica difusa
- clínica = hipoacusia neurosensorial
- [IN] laberinto = proceso irritativo = nistagmus hacia lado afectado + Romberg lateraliza hacia lado sano
- tto = ingreso + ATB + miringotomía con aspiración (excepto colesteatoma)

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no forman parte del síndrome de Gradenigo? (2023 diciembre)

- a) Otorrea.
- b) Diplopia.
- c) Superación crónica.
- d) Neuralgia del glossofaríngeo. *
- e) Dolor retroorbitario.
→ petrositis => cuando se afecta la punta del peñasco = síndrome Gradenigo:
- otorrea
- neuralgia trigémino
- diplopía x parálisis VI par

. ¿Cuál de las siguientes es una complicación intracraneal de una otitis media crónica? (2023 enero)

- a) Parálisis facial.
- b) Petrositis.
- c) Mastoiditis.
- d) Laberintitis.
- e) Tromboflebitis del seno lateral. *
→ complicaciones OM
- intratemporales = mastoiditis + laberintitis + petrosis + parálisis facial
- intracraneales = meningitis + abscesos extradural + absceso subdural + absceso cerebral/cerebeloso

. De las siguientes entidades clínicas, ¿cuál no se considera una complicación de una otitis media?: (2019 diciembre)

- a) Síndrome de Vail.
- b) Síndrome de Gradenigo.
- c) Mastoidismo. *
- d) Tromboflebitis del seno sigmoide.
- e) Laberintitis circunscrita.

→ complicaciones otitis media

- intratemporales = mastoiditis + laberintitis + petrositis + parálisis facial
- intracraneales = tromboflebitis del seno lateral/sigmoide

*petrositis = osteitis duramadre de la punta peñasco = sd Gradenigo + afectación nervio viciando = sd Vail

→ Icuidadol Mastoididis NO= mastoidismo → diferencian en que mastoidismo sólo existe inflamación mucosa mastoides y aparece en todas las OMA.

. La complicación de las otitis más frecuente en los niños es: (2006 febrero)

- a) La parálisis facial.
- b) La mastoiditis aguda. *
- c) La meningitis.
- d) La laberintitis.
- e) El absceso epidural.

→ otitis media - complicaciones intratemporales = mastoiditis (+frec en lactantes)

. ¿Cuál de las siguientes es la complicación intracraneal más frecuente de las otitis media? (2012 febrero)

- a) Tromboflebitis del seno lateral.
- b) Absceso subdural.
- c) Absceso epidural.
- d) Meningitis. *
- e) Absceso cerebeloso.

→ complicaciones intracraneales - meningitis = la afectación meníngea en el transcurso de una otitis media es la complicación intracraneal más frecuente.

7. HIPOACUSIA BRUSCA. LABERINTOTOXIAS. PRESBIACUSIA. TRAUMA SONORO AGUDO. BAROTRAUMA. (HIPOACUSIA NEUROSENSORIAL ADULTO)

HIPOACUSIA BRUSCA

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones referidas al síndrome de hipoacusia brusca es falsa? (2023 diciembre)

- a) Se trata de una hipoacusia neurosensorial.
 - b) Se instaura en menos de 72 horas.
 - c) La pérdida auditiva debe ser mayor a 20 dB, en al menos dos frecuencias consecutivas. *
 - d) En la prueba de Weber, el sonido se lateraliza hacia el oído sano.
 - e) El tratamiento se basa en la administración de corticoides.
- hipoacusia brusca
- exploración = Weber lateralizado hacia lado sano
 - dx = clínica instauración <72h + hipoacusia neurosensorial + pérdida auditiva >30dB >3 frecuencias consecutivas
 - tto = corticoides (cuanto antes) → prednisona vo

LABERINTOTOXIAS

. Ante la necesidad de prescribir un fármaco ototóxico es preferible: (2014 enero)

- a) Que afecte al laberinto de forma global.
 - b) Que sea menos ototóxico para el laberinto anterior. *
 - c) Que sea menos ototóxico para el laberinto posterior.
 - d) Que afecte más al órgano de Corti.
 - e) Que sea más cocleotóxico que vestibulotóxico.
- importante! laberinto anterior = cóclea / laberinto posterior = vestíbulo
- escoger un fármacos que dañe esencialmente el vestíbulo será mejor que uno que dañe esencialmente la cóclea
- cocleotoxicidad NO reversible

. Los antibióticos aminoglucósidos son ototóxicos. Si preciso indicar uno de ellos por vía sistémica para tratar una infección ¿cuál de los siguientes debo escoger, buscando una menor cocleotoxicidad? (2023 diciembre)

- a) Amikacina.
 - b) Estreptomina.
 - c) Neomicina.
 - d) Kanamicina.
 - e) Tobramicina. *
- aminoglucósidos con predilección x células ciliadas
- vestibulares = gentamicina + tobramicina
 - cocleares = neomicina + kanamicina + amikacina + estreptomina (este último no lo nombraba en clase)
- si tengo que tratar algo con aminoglucósidos = gentamicina / tobramicina = causan daño vestibular reversible

. ¿Cuál de las siguientes sustancias tiene MENOS efecto cocleotóxico? (2017)

- a) Cisplatino.
 - b) Quinina.
 - c) AAS.
 - d) Gentamicina. *
 - e) Tobramicina.
- cuando tengo que tratar con ATB aminoglucósidos es mejor tratar con los que tienen predilección por células ciliadas vestibulares (gentamicina y tobramicina) que sí que son reversibles.

. ¿Cuál de los siguientes medicamentos no se relaciona con fenómeno de ototoxicidad? (2019 diciembre)

- a) Penicilina. *
- b) Ácido acetilsalicílico.
- c) Cisplatino.
- d) Quinina.

e) Furosemida.

→ laberintotoxias - sustancias ototóxicas - fármacos = diuréticos (furosemida) + AINEs (AAS) + antineoplásicos (cisplatino) + quininas

→ en clase Soto ha dicho que lo podía preguntar cuál de los siguientes no producen ototoxicidad y entonces ha hablado de los ATB seguros = betalactimos (penicilina)

*. Varón de 64 años, en tratamiento con cisplatino, que regenta una hipoacusia moderada con caída severa en agudos a partir de 1KHz (75dB) y solapamiento de las curvas de vía aérea y ósea. El reflejo estapedial aparece a 100dB en todas las frecuencias conversacionales. (2022 diciembre)

- a) La prueba de Metz es positiva.
- b) Hay reclutamiento.
- c) La hipoacusia es neurosensorial.
- d) La hipoacusia es coclear.
- e) Todas son correctas. *

. ¿Qué factores influyen en la ototoxicidad por medicamentos? (2017)

- a) Renal.
- b) Hipoacusia previa.
- c) Vía de administración.
- d) Asociación con otros medicamentos.
- e) Todas son ciertas.

→ laberintotoxicidad - factores condicionan susceptibilidad = dosis + edad + intervalo dosis + asociación varios fármacos ototóxicos + exposición a ruido + alteraciones auditivas previas + alteraciones renales+ alteraciones hepáticas.

. Una de estas características NO influye en la ototoxicidad: (2014 enero)

- a) Hipoacusia previa.
- b) Insuficiencia cardíaca. *
- c) Edad.
- d) Asociación de más de un ototóxico.
- e) Vía de administración.

PRESBIACUSIA

. ¿Qué es falso respecto a la presbiacusia? (2022 diciembre)

- a) Es mayor por encima de los 65 años.
- b) Produce una hipoacusia neurosensorial.
- c) Se asocia a la enfermedad de Alzheimer.
- d) Suele ser una hipoacusia unilateral. *
- e) Está condicionada por factores como el stress o la exposición a ruido.

→ presbiacusia

- efectos degenerativos del envejecimiento = exposición a ruidos + exposición a tóxicos + enfermedades neurodegenerativas/ vasculares/metabólicas

*. Paciente de 75 años que presenta hipoacusia progresiva de tipo neurosensorial con regresión fonémica, diagnosticada de presbiacusia mecánica. ¿Cuál es su tratamiento? (2017)

- a) Vasodilatadores.
- b) Prótesis acústica. *
- c) Estapedectomía.
- d) Vigilancia periódica.
- e) Dosis alta de vitamina E.

→ presbiacusia

- clínica = hipoacusia con regresión fonética

- tto = audífonos + NO evidencia uso fármacos

→ audífonos NO= prótesis acústica

TRAUMA SONORO (AGUDO Y CRÓNICO)

*. De las siguientes características generales sobre la pérdida de audición inducida por el ruido, ¿cuál no es cierta? (2022 diciembre)

- a) Mayor pérdida entre las frecuencias 300 y 600 Hz. *
- b) Siempre es de tipo neurosensorial.
- c) El trauma sonoro agudo es casi siempre unilateral.
- d) La pérdida no progresa después de dejar la exposición.
- e) El trauma sonoro crónico depende de las condiciones medioambientales en las que se produce.

→ trauma sonoro

- hipoacusia neurosensorial

- Factores agravantes = >80dB + intermitentes (contracción músculo estribo) + 2000-3000Hz + sitios cerrados

*. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO está asociado al trauma sonoro crónico? (2017)

- a) Otagia. *
- b) Algiacusia.
- c) Acúfenos.
- d) Cefalea.
- e) Falta de concentración.

→ traumatismo acústico crónico - clínica = acúfeno + plenitud ótica + hipoacusia

→ dudas diferencia entre otagia y algoacusia = otagia es dolor de oído mientras que algiacusia es dolor asociado a audición.

*. ¿Cuál de los siguientes factores de defensa NO protegen en un trauma sonoro? (2017)

- a) Contracción del músculo del estribo.
- b) Configuración del CAE.
- c) Apertura de la boca.
- d) Contracción del músculo del martillo.
- e) Otitis fibroadhesiva. *

→ trauma sonoro = daño producido x sobrestimulación acústica x lesión células ciliadas (internas + externas) - sustituidas x fibrosis = irreversible.

BAROTRAUMA

. ¿Cuál de los siguientes factores etiopatogénicos no se corresponden con un barotrauma otológico? (2019 diciembre)

- a) Inflamación de las vías respiratorias superiores.
- b) Aeronáutica.
- c) Disfunción tubárica crónica.
- d) Industrialización y cambio climático. *
- e) Submarino.

→ barotrauma - perfil pacientes = inmersiones submarinas / viajes avión

- prevención = evitar cambios presión si existe infección vías respiratorias.

8. PARÁLISIS FACIAL (VII). LESIONES TRAUMÁTICAS HUESO TEMPORAL

. ¿Qué NO suele aparecer en el síndrome de Melkersson-Rosenthal? (2021 diciembre)

- a) Vesículas en el área de Ramsay-Hunt.
- b) Signo de Bell presente.
- c) Signo de Pitres presente.
- d) Edema facial.
- e) Parálisis recidivante.

→ síndrome Melkersson-Rosenthal (lesión periférica = parálisis cuadrante superior inferior mitad cara.

- parálisis facial recidivante

- clínica = edema facial + lengua escrotal

→ exploración VII par - signos

- Bell = ojo lado paralizado no cierra (x afectación orbicular párpados) → afectación lesiones periféricas

- Pitres = enseñar dientes - no puede enseñar lado afectado x afectación orbicular labios.

→ vesículas área Ramsay-Hunt ⇒ parálisis facial periférica primaria = síndrome de Ramsay-Hunt.

. Ante la presencia de un test de Schirmer patológico en un paciente con parálisis facial: ¿dónde consideras que, topográficamente, no podría situarse la afectación?: (2022 diciembre)

- a) Lesión a nivel del conducto auditivo interno.
- b) Lesión a nivel del ganglio geniculado.
- c) Lesión a nivel del primer codo del trayecto intratemporal del nervio facial.
- d) Afectación del nervio petroso superficial mayor.
- e) A nivel del orificio estilomastoideo. *

→ test de shimmer = valora afectación Nervio Petroso Superficial Mayor (gl lagrimal) → <15mm de papel humedecido = patológico → N.petroso sup mayor afectado = lesión nervio facial x encima 1er codo/ganglio geniculado.

*es importante entender el recorrido del facial en el conducto de Falopio ⇒ 1. CAI → 2. segmento laberíntico → 3. Ganglio Geniculado / 1er codo (rama Nervio Petroso Superficial Mayor) → 4. segmento timpánico (no ramas) → 5. 2º codo → 6. segmento mastoideo (rama: músculo estribo + cuerda tímpano + gusto 2/3 ant lengua + gl submaxilar y sublingual + sensitiva).

Ante la presencia de un test de Schirmer normal en un paciente con parálisis del VII par, ¿dónde consideras, de las expuestas, que se situaría la afectación? (2021 diciembre)

- a) Lesión a nivel del conducto auditivo interno.
 - b) Lesión a nivel del ganglio geniculado.
 - c) Lesión a nivel del primer codo del trayecto intratemporal.
 - d) Lesión en la segunda porción del facial. *
 - e) A nivel del ganglio de Escarpa.
- test shimmer (-) = lesión x debajo 1er codo/ganglio geniculado.

. ¿Cuál de estas pruebas nos permite el estudio de la función del VII par? (2023 diciembre)

- a) Timpanometría.
- b) Pruebas calóricas.
- c) VHT.
- d) Reflejos del músculo del estribo. *
- e) VEMPs.

→ parálisis VII - exploración - test para establecer topografía lesión:

- test de Shirmer = estudio producción lágrima - nervio petroso mayor

- reflejos músculo estribo = rama VII músculo estribo (segmento mastoideo del nervio)

- gustometría y sialometría

- sensibilidad aérea Ramsay-Hunt

. ¿Qué característica no es cierta en las fracturas de peñasco?: (2022 diciembre)

- a) Habitualmente producen otorrea. *
- b) Son más frecuentes las fracturas longitudinales.
- c) El nervio facial se afecta más frecuentemente en las transversales.
- d) Las fracturas transversales afectan con frecuencia al oído interno.

e) Puede haber fracturas mixtas.

→ lesiones hueso temporal = fracturas peñasco:

- longitudinales = (+) frecuentes + afecta facial (VII) 15-20% casos
- transversales = afectan fundamentalmente CAI y laberinto (oído interno) + afecta facial 45-50% casos
- mixtas

9. OTOSCLEROSIS, HIPOACUSIAS HEREDITARIAS, PRÓTESIS AUDITIVAS E IMPLANTES COCLEARES

. Las localizaciones más frecuentes de los focos de otosclerosis son las siguientes: (2021 diciembre)

- a) La ventana oval, la articulación entre el yunque y el estribo, y la articulación entre el martillo y el yunque.
- b) La ventana oval, el ápex del caracol y la vecindad de la ventana redonda.
- c) La espira basal del martillo y el yunque.
- d) La membrana timpánica y la articulación entre el martillo y el yunque.
- e) Las articulaciones entre el martillo y yunque, y entre el yunque y estribo.

→ 3 localizaciones (+) frecuentes de los focos de otosclerosis = ventana oval + ápex + ventana redonda.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la otosclerosis es FALSA? (2019 diciembre)

- a) Es una distrofia ósea exclusiva de la cápsula laberíntica.
- b) Es más frecuente en mujeres.
- c) La otoscopia es normal.
- d) La hipoacusia es habitualmente de transmisión (o de conducción).
- e) El tratamiento de elección es farmacológico. *

→ otoesclerosis = distrofia ósea de la cápsula laberíntica (solo sucede en cápsula laberíntica).

- epidemiología = predominio sexo femenino + exclusiva cápsula laberíntica.

- clínica = punto (+) frecuente ⇒ vencidas ventana oval = sintomatología típica: hipoacusia transmisión

- Dx = otoscopia normal.

- tto = quirúrgico + protésico + NO farmacológico.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la otosclerosis es cierta? (2013 enero)

- a) Es una distrofia ósea con múltiples focos en todo el esqueleto.
- b) Es más frecuente en mujeres y empeora con los embarazos.
- c) La otoscopia está siempre alterada, mostrando perforaciones en la membrana timpánica.
- d) La hipoacusia es habitualmente neurosensorial.
- e) La prueba clave para el diagnóstico es la resonancia magnética de oído interno.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la otosclerosis es cierta? (2013 enero)

- a) Es una distrofia ósea con múltiples focos en todo el esqueleto.

→ otoesclerosis = distrofia ósea primaria exclusiva de la cápsula laberíntica.

- b) Es más frecuente en mujeres y empeora con los embarazos.

→ otoesclerosis = predominio en sexo femenino.

→ otoesclerosis - clínica = hipoacusia bilateral que se manifiesta a partir de los 20-30a y empeora con embarazos.

- c) La otoscopia está siempre alterada, mostrando perforaciones en la membrana timpánica.

→ otoesclerosis - dx = otoscopia normal

- d) La hipoacusia es habitualmente neurosensorial.

→ otoesclerosis - clínica = el hecho de que el punto (+) frecuente sea vecindad ventana oval explica que la sintomatología típica que aparezca sea una hipoacusia de transmisión.

(Que el 2º punto más frecuente sea el ápex del caracol explica que algunos pacientes tengan una hipoacusia neurosensorial y acúfenos. Tb aparece cuando se afecta la ventana redonda).

- e) La prueba clave para el diagnóstico es la resonancia magnética de oído interno.

→ otoesclerosis - dx = viene de do x: audiometría + impedanciometría + reflejos del músculo estribo (+ otoscopia normal).

. ¿Cuál de los siguientes es el síntoma característico de la otosclerosis? (2019 diciembre)

- a) Acúfenos.
- b) Vértigo.
- c) Inestabilidad.
- d) Hipoacusia. *
- e) Parálisis facial.

→ otosclerosis - clínica = hipoacusia (síntoma esencial).

. Mujer de 32 años que refiere hipoacusia progresiva, con otoscopia normal, y que relata que tiene que parar de masticar para poder escuchar la conversación en la mesa. ¿Cuál es la sospecha inicial? (2012 febrero)

- a) OMS.

- b) Hipoacusia neurosensorial por trauma acústico.
- c) Otosclerosis. *
- d) Secuela cicatricial de oído medio.
- e) Hidrops endolinfático coclear.

→ otoesclerosis - clínica - signos = signo de Weber: el paciente oye pero cuando está masticando.

. En el diagnóstico de la otosclerosis, todas las siguientes afirmaciones son verdaderas, salvo una: (2023 diciembre)

- a) La otoscopia es normal.
- b) La audiometría tonal liminar muestra, al menos inicialmente, una hipoacusia de transmisión (o de conducción).
- c) La timpanometría es de tipo A, con el pico centrado en la presión 0.
- d) Los reflejos del músculo del estribo están presentes. *
- e) La resonancia magnética no es necesaria para diagnosticar una otosclerosis.

→ otoesclerosis

- clínica = hipoacusia (síntoma esencial)
- Dx = otoscopia normal + audiometría (1ª fase: hipoacusia transmisión/conducción pura → típica otosclerosis) + timpanometría normal (curva centrada 0 = tipo A) + reflejos músculo estribo ausentes

. Todas las siguientes pruebas son necesarias para diagnosticar una otosclerosis, salvo una. ¿Cuál es?: (2022 diciembre)

- a) La otoscopia.
- b) La audiometría tonal liminar.
- c) La timpanometría.
- d) Los potenciales evocados auditivos. *
- e) Los reflejos del músculo del estribo.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la otosclerosis es FALSA? (2021 diciembre)

- a) La otoscopia es normal.
- b) El síntoma fundamental es la hipoacusia.
- c) En la audiometría tonal liminar se detecta habitualmente una hipoacusia de transmisión.
- d) El timpanograma es de tipo A, con el pico centrado en el 0.
- e) Los reflejos del músculo del estribo están presentes. *

. Para dar lugar a sordomudez, una hipoacusia hereditaria debe ser: (2023 diciembre)

- a) Bilateral, profunda y postlocutiva.
- b) Unilateral, profunda y prelocutiva.
- c) Bilateral, profunda y prelocutiva. *
- d) Bilateral, moderada y prelocutiva.
- e) Bilateral, moderada y postlocutiva.

. Para que una hipoacusia dé lugar a sordomudez, debe ser: (2019 diciembre)

- a) Profunda, prelocutiva y bilateral. *
- b) Moderada, prelocutiva y unilateral.
- c) Profunda, postlocutiva y bilateral.
- d) Moderada, prelocutiva y bilateral.
- e) Profunda, postlocutiva y unilateral.

→ para que una hipoacusia sea capaz de producir sordomudez debe ser:

- bilateral = si uno de los oídos es normal, permite una audición válida para la adquisición del lenguaje
- profunda = umbrales audición >60dB. (< = no produce sordomudez o alteraciones adquisición lenguaje, si alteraciones o retrasos).
- prelocutiva = debe instaurarle antes de que se haya completado la adquisición del lenguaje (<7a).

→ coloquialmente = pa que seas sordo y mudo tienes que estar sordo der los 2 oídos, tienes que escuchar <60dB y tienes que haberte quedado sordo antes de haber aprendido a hablar.

. Para que una hipoacusia dé lugar a una sordomudez, debe cumplir tres requisitos. ¿Cuáles son? (2017 diciembre) (2012 febrero) (2006 febrero)

- a) Unilateral, profunda y prelocutiva.
- b) Bilateral, profunda y prelocutiva. *

- c) Bilateral moderada y postlocutiva.
- d) Bilateral, profunda y postlocutiva.
- e) Unilateral, moderada y prelocutiva.

. Para que una hipoacusia dé lugar a sordomudez, debe ser: (2013 enero)

- a) Profunda, postlocutiva y bilateral.
- b) Prelocutiva, moderada y unilateral.
- c) Bilateral, prelocutiva y moderada.
- d) Bilateral, profunda y prelocutiva. *
- e) Postlocutiva, unilateral y profunda.

. Todas las siguientes son malformaciones del oído interno, salvo una. ¿Cuál es?: (2022 diciembre)

- a) Aplasia de Mondini.
- b) Aplasia de Willis. *
- c) Aplasia de Alexander.
- d) Aplasia de Michel.
- e) Aplasia de Scheibe.

→ hipoacusia hereditaria - anomalías/malformaciones anatómicas (MI-MO-S-As) = aplasia: Michel + Mondini + Scheibe + Alexander.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los implantes cocleares es cierta? (2021 diciembre)

- a) Son dispositivos que se introducen en la cóclea, permitiendo recuperar la audición a pacientes con hipoacusias de transmisión originadas en el oído medio.
- b) Son especialmente útiles cuando la lesión se encuentra en el nervio auditivo.
- c) Están indicados en adultos con hipoacusia postlocutiva.
- d) No son útiles en niños con hipoacusia prelocutiva, ya que al carecer de lenguaje no pueden comprender el proceso de reeducación.
- e) La fases en su colocación son selección de candidatos e implantación quirúrgica; no es necesaria la rehabilitación.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los implantes cocleares es cierta? (2021 diciembre)

- a) Son dispositivos que se introducen en la cóclea, permitiendo recuperar la audición a pacientes con hipoacusias de transmisión originadas en el oído medio.
→ implantes cocleares = dispositivos introducidos en la cóclea, permiten recuperación audición en paciente con hipoacusias profundas o completas de origen cóclea. (oído interno)
- b) Son especialmente útiles cuando la lesión se encuentra en el nervio auditivo.
→ imprescindible lesión NO localizada en nervios auditivos
- c) Están indicados en adultos con hipoacusia postlocutiva. *
→ 2 tipos candidatos implantes cocleares = niños prelocutivos + adultos postlocutivos
- d) No son útiles en niños con hipoacusia prelocutiva, ya que al carecer de lenguaje no pueden comprender el proceso de reeducación.
- e) La fases en su colocación son selección de candidatos e implantación quirúrgica; no es necesaria la rehabilitación.
→ proceso colocación = fase de selección + colocación quirúrgica + rehabilitación.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los implantes cocleares NO es cierta? (2014 enero) (2006 febrero)

- a) Son dispositivos que se introducen en la cóclea, permitiendo recuperar la audición a pacientes con hipoacusias profundas.
- b) Son especialmente útiles cuando la lesión se encuentra en el nervio auditivo. *
- c) No están indicados en adultos con hipoacusia prelocutiva, en los que no se ha desarrollado el lenguaje.
- d) Son útiles en niños con hipoacusia prelocutiva, ya que en ellos todavía es posible el desarrollo del lenguaje.
- e) Las fases en su colocación son selección de candidatos, implantación quirúrgica y rehabilitación.
→ implantes cocleares =
- dispositivo que se introducen x Cx [IN] cóclea + sustituyen función cóclea
- permiten recuperación audición de pacientes con hipoacusias profundas o completas de origen coclear.
- sustituye exclusivamente función coclear = IMPRESCINDIBLE lesión NO localizada en nervios auditivos / nivel central.
- proceso colocación = fase selección + colocación quirúrgica + rehabilitación
- proceso colocación - fase selección = 2 candidatos: niños prelocutivos (<7a) + adultos postlocutivos.

10. EXPLORACION DEL EQUILIBRIO

. En la representación gráfica de un nistagmo periférico, ¿cómo es la dirección de la fase rápida de un nistagmo derecho? (2023 diciembre)

- a) Hacia la derecha.
- b) Hacia la izquierda.
- c) Hacia arriba.
- d) Hacia abajo.
- e) Todas son ciertas.

→ la dirección del nistagmo se define por la dirección de la fase rápida

→ prueba calórica = nistagmo derecho - gráfica = fase rápida hacia arriba

. En un paciente con vértigo, ¿cuál de las siguientes características nos debe hacer pensar en un origen central? (2023 diciembre)

- a) Nistagmo que disminuye de frecuencia con la fijación de la mirada.
- b) Nistagmo que se agota tras unos segundos.
- c) Nistagmo horizontal posicional en la prueba de McClure.
- d) Sensación de giro.
- e) Nistagmo espontáneo vertical. *

→ nistagmo vértigo central

- si es vertical = pensar central

- dirección variable

- con fijación mirada = aumenta

. En un paciente con vértigo, ¿cuál de las siguientes características nos debe hacer pensar en un origen central de la sintomatología? (2019 diciembre)

- a) Presencia de hipoacusia asociada a las crisis de vértigo.
- b) Náuseas y vómitos intensos asociados a las crisis.
- c) Nistagmus espontáneo que disminuye de intensidad con la fijación de la mirada.
- d) Nistagmus espontáneo vertical hacia arriba. *
- e) Nistagmus espontáneo que no cambia de dirección al modificar la posición de la mirada.

→ nistagmus vertical = vértigo central ⇒ esto más claro que el agua y a sabérselo como el padre nuestro

→ nistagmus - vertigo periférico = horizontal + dirección constante + disminuye con la fijación de la mirada

→ vertigo periférico = hipoacusia frecuente + síntomas vegetativos severos (náuseas y vómitos)

→ vértigo central = hipoacusia rara + síntomas vegetativos moderados

. ¿Cuál de las siguientes pruebas de exploración clínica no evalúa la función vestibular ni el equilibrio? (2019 diciembre)

- a) Test de Weber.
- b) Test de Unterberger.
- c) Test de Halmagyi.
- d) Test de Romberg.
- e) Test de agitación cefálica.

→ exploración vestibular

- signos espontáneos = prueba Romberg + prueba utemberg

- signos provocados = head shaking o tete agitación cefálica + test halmagyi

→ al principio no caíais Pero el test de Weber es la prueba de acumetría para diferenciar hipoacusia transmisión i neurosensorial por explotación de la vía ósea

. El test de Halmagyi puede realizarse con la siguiente prueba instrumental: (2019 diciembre)

- a) Electronistagmografía.
- b) Posturografía dinámica.
- c) Posturografía estática.
- d) Test de impulso cefálico. *
- e) Craneocorpografía.

→ exploración vestibular - signos provocados = test de Halmagyi (test de impulso cefálico / vídeo head impulse test / vHIT)

. ¿Cuál de las siguientes no es una exploración instrumental del sistema vestibular ni del equilibrio? (2019 diciembre)

- a) HIT (test de impulso cefálico videoasistido).
- b) Videonistagmografía.
- c) Electroneuronografía. *
- d) Posturografía dinámica.
- e) Potenciales evocados miogénicos vestibulares.

→ pruebas instrumentales - exploración:

- función vestibular = electronistagmografía + videonistagmografía + potenciales miogénicos evocados vestibulares (VEMPs) + vHIT (video head impulse test)

- equilibrio = posturografía dinámica

→ ¡cuidado! Lo primero que pensaste fue en posturografía dinámica ya que el resto te sonaban a los que exploraban el sistema vestibular ¡pero! lee bien la dice electroneuronografía y no electronistagmografía

. En un paciente con vértigo, ¿cuál de las siguientes pruebas nos sirve específicamente para el estudio del nervio vestibular superior?: (2022 diciembre)

- a) Potenciales miogénicos vestibulares cervicales.
- b) Pruebas calóricas mediante videonistagmografía. *
- c) Test de Unterberger.
- d) Posturografía dinámica.
- e) Test de Romberg.

→ prueba calórica = permite exploración conducto semicircular horizontal <- innervado por nervio vestibular superior

→ potenciales miogénicos vestibulares (VEMPs) = x estimulación acústica sáculo <- nervio vestibular inferior

. ¿Cuál de las siguientes pruebas no estudia el reflejo vestibulo-ocular? (2023 diciembre)

- a) Test de Dix y Hallpike.
- b) Prueba calórica.
- c) Test de Halmagyi.
- d) Posturografía dinámica.
- e) Test de agitación cefálica.

. ¿Cuál de las siguientes pruebas NO estudia el reflejo vestibulo-ocular? (2021 diciembre)

- a) Test de Dix y Hallpike.
- b) Pruebas calóricas.
- c) Video head impulsive test.
- d) Posturografía dinámica. *
- e) Test de Halmagyi.

. ¿Cuál de las siguientes pruebas estudia el reflejo vestibulo-espinal?: (2022 diciembre)

- a) Test de Dix y Hallpike.
- b) Prueba rotatoria.
- c) Video head impulse test.
- d) Posturografía dinámica. *
- e) Test de Halmagyi.

→ chatGPT = posturografía dinámica se centra en evaluar reflejo vestibulo-espinal (crucial para el control postural y el equilibrio) → este reflejo ayuda a mantener la estabilidad del cuerpo en respuesta a movimientos de la cabeza.

El reflejo vestibulo-ocular (estabiliza visión con movimientos cabeza) se evalúa con otras pruebas.

. ¿Para qué nos sirve el HINTS? (2023 diciembre)

- a) Para diferenciar entre la enfermedad de Menière y la neuritis vestibular.
- b) Como protocolo para rehabilitación posturográfica.
- c) Como protocolo de rehabilitación con estímulo optocinético.
- d) Para diferenciar entre vértigo central y periférico. *
- e) Para establecer el grado de afectación en una parálisis facial.

→ HINTS (Head Impulse Nystagmus Test of Skew) = 3 pruebas para descartar accidente isquémico cerebral.

- test impulso cefálico (test Halmagyi) = normal - central

- nistagmus (con gafas Frenzel) = dirección cambiante - central

- Test of Skew (cover test) = ojo cambia alineación vertical - central

→ HINTS = protocolo sensible permite diferenciar vértigo central y vértigo periférico con una alta especificidad y una sensibilidad

. Un paciente presenta una crisis aguda de vértigo y en las pruebas realizadas podemos comprobar un vHIT normal, con una prueba de Skew positiva. Probablemente estemos ante: (2022 diciembre)

- a) Enfermedad de Menière.
- b) Neuritis del nervio vestibular superior.
- c) Neurinoma del VIII par.
- d) Neurinoma del VII par.
- e) Vértigo central. *

→ HINTS

- head impulse test / test de Halmagyi = normal → central
- nistagmus
- test Skew = ojo cambia alineación vertical → central

. En un paciente que presenta una crisis aguda de vértigo y acude por urgencias donde le realizan protocolo HINTS, vértigo central, ¿cual de estos resultados de las pruebas realizadas nos haría pensar en un vértigo central? (2021 diciembre)

- a) Test de Skew negativo.
- b) vHIT normal. *
- c) Test de Unterberger con desviación derecha.
- d) Nistagmo espontáneo horizonte-rotatorio izquierdo.
- e) RM normal.

11. SÍNDROMES VERTIGINOSOS PERIFÉRICOS: VPPB Y ENFERMEDAD DE MENIÈRE

. Generalmente, ¿en cuál de los siguientes cuadros se producen las crisis de vértigo de menor duración? (2019 diciembre)

- a) Enfermedad de Menière.
- b) Neuronitis vestibular.
- c) Vértigo posicional paroxístico benigno del conducto posterior.
- d) Accidente vascular agudo intralabirintico.
- e) Neurinoma del VIII par.

. Generalmente, ¿en cuál de los siguientes cuadros se producen las crisis de vértigo de menor duración? (2019 diciembre)

- a) Enfermedad de Menière.
→ crisis vértigo rotatorio durante 20min
- b) Neuronitis vestibular.
→ episodio de vértigo =
- c) Vértigo posicional paroxístico benigno del conducto posterior. *
→ episodio de vértigo = 2-15seg silente / 10-60sec vértigo rotatorio
- d) Accidente vascular agudo intralabirintico.
→ crisis vértigo rotatorio muy intensa
- e) Neurinoma del VIII par.
→ no suele aparecer vértigo pero sí el paciente suprime afrentáis visuales notara inestabilidad (vértigo central).

. ¿Cuál de estas pruebas nos permite el estudio del vértigo posicional en un adulto? (2019 diciembre)

- a) Electrocoqueografía.
 - b) Potenciales evocados miogénicos vestibulares.
 - c) VHIT (video head impulse test).
 - d) Posturografía dinámica.
 - e) Maniobra de Dix y Hallpike. *
- vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) - dx = maniobra Dix y Hallpike (gold standard).

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos es útil en el VPPB? (2019 diciembre)

- a) Diuréticos.
 - b) Rehabilitación mediante posturografía dinámica.
 - c) Infiltración con gentamicina.
 - d) Macrólidos.
 - e) Maniobras de reposición de partículas. *
- vértigo posicional paroxístico benigno (VPPB) - tto = maniobras Semont y Epley (gold standard cundo afecta conducto semicircular posterior - (+) frec)

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es característico de la enfermedad de Menière? (2023 diciembre)

- a) Fluctuación de la audición.
 - b) Acúfenos.
 - c) Sensación de taponamiento de oído.
 - d) Hipogeusia intermitente. *
 - e) Crisis de vértigo rotatorio.
- enfermedad Meniere - clínica = hipoacusia fluctuante + acúfenos + crisis vértigo rotatorio + sensación plenitud/ taponamiento oído afecto

. ¿Cuál de los siguientes síntomas no es característico de la enfermedad de Menière? (2019 diciembre)

- a) Hipoacusia fluctuante.
- b) Acúfenos.
- c) Sensación de plenitud ótica.
- d) Cefalea. *
- e) Crisis de vértigo rotatorio.

. ¿Cuál de estos fármacos no se utiliza como sedante vestibular? (2023 diciembre)

- a) Ciclobenzaprina. *
- b) Betahistina.

- c) Sulpirida.
- d) Dimenhidrinato.
- e) Diazepam.

→ enfermedad Meniere - tto

- crisis agudas = sedantes vestibulares (sulpiride / dimenhidrinato / diazepam) + corticoides + diurético (*generalmente se da sedante + corticoide)
- mantenimiento / intercrisis = diureticos + beta-histina (sedante vestibular muy suave)

. ¿Cuál de estos fármacos se emplea en las infiltraciones a nivel del oído medio en la enfermedad de Menière?: (2019 diciembre)

- a) Sulpirida.
- b) Betahistina.
- c) Torasemida.
- d) Suero hipertónico.
- e) Dexametasona. *

→ enfermedad Meniere - tto = infiltraciones intratimpanicas: dexametasona / gentamicina.

12. VÉRTIGOS MIXTOS Y CENTRALES: TUMORES DEL OÍDO EXTERNO Y MEDIO

. Un paciente con inestabilidad de un año de evolución e hipoacusia progresiva unilateral nos debe de hacer sospechar: (2019 diciembre)

- a) Neuronitis vestibular unilateral.
- b) Neuronitis vestibular bilateral.
- c) Accidente vascular intralaberíntico.
- d) Neurinoma del VIII par. *
- e) Migraña vestibular.

→ neurinoma vestibular = hipoacusia perceptiva/neurosensorial progresiva (x crecimiento tumor) + inestabilidad (vértigo central) + acúfenos.

→ neurinitis vestibular = NO afecta audición (solo afecta al ramo vestibular del VIII par)

→ accidente vascular agudo intralaberíntico = hipofunción: crisis vértigo rotatorio muy intensa + cofosis + grado severo hipoacusia

. ¿Cuándo no se aconseja la radiocirugía en los neurinomas del VIII par?: (2021 diciembre)

- a) En pacientes con hipofunción vestibular crónica.
- b) En menores de 60 años.
- c) En pacientes con inestabilidad.
- d) En tumores mayores a dos centímetros. *
- e) Si la audición es normal.

→ neurinoma VIII - tto

1. Conducta expectante = controla crecimiento tumor con RMN → retrasando radiocirugía en personas jóvenes con cuidado que de los tumores NO superen 2cm.
2. Radiocirugía = se destiña tumores pequeños <3cm + de elección paciente >50a.

. ¿Cuál de las afirmaciones sobre el neurinoma del VIII par es falsa? (2019 diciembre)

- a) Se trata de un tumor benigno de crecimiento habitualmente lento.
- b) Los síntomas de debut más frecuentes son la hipoacusia unilateral, el acúfeno unilateral y la inestabilidad.
- c) La prueba de elección para su diagnóstico es la biopsia. *
- d) En los neurinomas pequeños, la actitud terapéutica inicial es la vigilancia del tumor.
- e) Puede estar alterada la sensibilidad en el área de Ramsay-Hunt.

→ neurinoma VIII

- tumores benignos siempre + frecuentes + crecimiento lento
- clínica = fase 2 neurológica = tumor crece - afecta pares craneales ángulo pontocerebeloso = alteraciones sensitivas faciales (VII): hipoestesia en área sensitiva de Ramsay Hunt (representación sensitiva del nervio facial)
- Hª clínica = importante descartar neurinoma ante un paciente con: inestabilidad + hipoacusia unilateral + acúfeno
- Dx definitivo = RM (con/sin contraste) + sin ser necesaria biopsia para confirmar.
- Tto = conducta expectante (tumores pequeños)

*. Paciente con crisis aguda de vértigo, con nistagmo espontáneo izquierdo, con disminución de la ganancia del vHIT en el lado derecho y test de skew negativo. Todo esto orienta el diagnóstico hacia: (2023 diciembre)

- a) VPPB.
- b) Neuritis del nervio vestibular superior del lado izquierdo.
- c) Neurinoma del VII par.
- d) Neuritis vestibular derecha. *
- e) Vértigo central.

→ ChatGPT me dice que el VPPB no suele presentar nistagmo ni disminución de vHIT.

→ neurinoma VIII = hipoacusia

→ test skew negativo = descarta vértigo central.

→ neuritis vestibular derecha xq el nistagmo va hacia el lado sano (hipofuncionante)

*no me resultaría tan difícil si me hablaran de un vértigo prolongado en el tiempo Y audición inalterada.

. ¿Cuál de las afirmaciones sobre la neuritis vestibular es verdadera? (2019 diciembre)

- a) Produce episodios repetidos de vértigo, de minutos de duración.
- b) Suele acompañarse de hipoacusia unilateral fluctuante.

- c) Existe un nistagmus espontáneo, con fase rápida hacia el lado enfermo.
- d) El paciente tiende a caerse hacia el lado enfermo. *
- e) El tratamiento consiste en betahistina y diuréticos por vía oral.

→ neuritis vestibular:

- infección viral 1ª neurona vía vestibular - caracteriza por no afectar la audición
- audición permanecerá inalterada (no se afecta la rama coclear)
- cuadro vértigo rotatorio (periférico) muy intenso
- clínica = hipofunción laberíntica del lado enfermo + sd armónico de Barré (Romberg hacia lado deficitario + nistagmo hacia lado sano)
- único vértigo periférico que puede durar más tiempo (2 característica vértigo central = duración días/semanas/meses + audición inalterada)
- tto = sedantes vestibulares + reposo + corticoterapia

. En relación con los tumores malignos del oído externo, ¿cuál de las siguientes afirmaciones es cierta?: (2022 diciembre)

- a) En el 90% de los casos se trata de carcinomas espinocelulares.
- b) Pueden tener una topografía diferente según el sexo. *
- c) Hay diferencia en la frecuencia entre el oído derecho e izquierdo.
- d) El sol no es un factor desencadenante.
- e) La otorrea crónica no es un factor que lo desencadene.

→ tumores oído externo- malignos = carcinomas

- pabellón auricular = relacionado con exposición sol + hombres en helix o posterior pabellón aurícula / mujeres concha + epidermoides o basocelulares
- CAE = relacionados con superación crónica de largo tiempo de evolución + suelen ser epidermoides

. ¿En cuál de los siguientes tumores de oído externo y medio está desaconsejada la realización de una biopsia para confirmar el diagnóstico? (2019 diciembre)

- a) Carcinoma basocelular.
- b) Quemodectoma. *
- c) Ceruminoma.
- d) Carcinoma epidermoide.
- e) Rabdomiosarcoma.

→ tumores oído medio - benignos = quemodectoma oído medio + golfo yugular

- tumores vasculares derivados (corpúsculo yugular + nervio Jacobson)
- clínica = acúdenos pulsátil + hipoacusia transmisión + hemorragias → si crece hacia dentro = maligniza = afecta pares + conducto semicircular externo y horizontal = vértigos
- Dx = clínica + otoscopia + TC (confirmación) → NO biopsia x posible hemorragia.

13. SEMIOLOGÍA Y EXPLORACIÓN DE FOSAS Y SENOS PARA NAsALES. EXPLORACIÓN OLFACIOn

. Pueden ser causas de síndrome nasal obstructivo: (2021 diciembre)

- a) Hipertrofia adenoidea.
- b) Desviación septal.
- c) Poliposis nasal.
- d) Hipertrofia de cornetes.
- e) Todas son ciertas. *

→ obstrucción nasal - completa - x causas exógenas = hipertrofia adenoides

→ cuando habla de la desviación del tabique nasal

. ¿En qué localización anatómica de las fosas nasales se produce más frecuentemente la epistaxis? (2021 diciembre)

- a) Techo de la fosa.
- b) Seno maxilar.
- c) Cornete medio.
- d) Zona anteroinferior del tabique nasal.
- e) En la región posterior, en relación con la arteria esfenopalatina.

→ epistaxis => anterior: tabique (muy vascularizada)

. La rinomanometría mide: (2022 diciembre)

- a) Mediante onda acústica las paredes laterales nasales.
- b) La resistencia y flujo aéreo nasal. *
- c) El volumen de los cornetes inferiores.
- d) El flujo aéreo a vías aéreas inferiores.
- e) El ciclo nasal.

*. Los cornetes inferiores tienen como función principal: (2022 diciembre)

- a) Facilitar que el flujo aéreo se dirija al epitelio olfatorio.
- b) Facilitar la ventilación del seno esfenoidal.
- c) Regular la ventilación de los senos frontales.
- d) Participar en el ciclo nasal. *
- e) Es donde se produce la capa "gel" más profunda del moco nasal.

*. Sobre el ciclo nasal, es cierto que: (2019 diciembre)

- a) Ocurre sólo en la raza caucásica.
- b) Es típico de la rinitis intrínseca o no alérgica.
- c) Es típico de la rinitis alérgica.
- d) Se ve alterado en ciertas situaciones como ambientes de mucho polvo o aire acondicionado. *
- e) Si se asocia a obstrucción nasal unilateral en pacientes sanos es un dato de alarma.

*. Respecto al ciclo nasal, es FALSO que: (2014 enero)

- a) Está regulado por las ramas motoras del VII y IX par craneal. *
- b) Afecta al volumen de los cornetes inferiores.
- c) Incluye fenómenos de vasodilatación y vasoconstricción.
- d) Está influido por factores externos como el tabaco.
- e) Suele ser imperceptible si no hay enfermedades nasales.

14. PATOLOGÍA DE LA PIRÁMIDE NASAL

. Los quistes dermoides nasales: (2021 diciembre)

- a) Son denominados también probóscide.
- b) Son defectos adquiridos típicos de la adolescencia.
- c) Se pueden fistulizar a la epidermis.
- d) Se asocian con frecuencia a otros defectos, como las hendiduras nasales.
- e) Todas las anteriores son falsas.

. Los quistes dermoides nasales: (2021 diciembre)

- a) Son denominados también probóscide.
 - malformaciones mayores ⇒ probóscide = estructura trompa en posición lateral a pirámide nasal + unida canto interno ojo → asociado: ausencia/hipoplasia fosa nasal + atresia coanas
- b) Son defectos adquiridos típicos de la adolescencia.
 - quistes dermoides = durante desarrollo embrionario existe tejido ectodérmico que debería formar parte de la piel de la pirámide nasal que se queda incluido en el mesénquima → puede quedar aislado, separado de la piel = quiste dermoide
- c) Se pueden fistulizar a la epidermis. *
- si el tejido ectodérmico forma un conducto desde la piel x interior pirámide = fístula
- d) Se asocian con frecuencia a otros defectos, como las hendiduras nasales.
 - malformaciones congénitas de la pirámide nasal = hendiduras nasales
- e) Todas las anteriores son falsas.

. La nariz en silla de montar: (2021 diciembre)

- a) Es debida a una proyección excesiva del dorso nasal.
 - b) Es un defecto adquirido que requiere siempre tratamiento quirúrgico. (*)
 - c) Es consecuencia de un defecto en los cartílagos triangulares.
 - d) Se suele asociar a defectos en los senos paranasales.
 - e) Es característica de ciertas razas.
- retracción nariz / "nariz en silla de montar" = defecto proyección dorso nariz + asocia a infecciones como sífilis + st x iatrogenia en Cx tabique.

. En un niños de 1 a 6 años, con una rinorrea mucopurulenta unilateral nos hará pensar en primer lugar en: (2006 diciembre)

- a) Sinequia nasal.
 - b) Poliposis.
 - c) Cuerpo extraño.
 - d) Imperforación coanal unilateral.
 - e) Desviación de tabique nasal.
- cuerpos extraños = frecuentes en urgencias pediátricas + clínica: rinorrea purulenta unilateral

. La atresia de coanas unilateral: (2023 diciembre)

- a) Es una patología de diagnóstico urgente por afectar a la función respiratoria de forma grave.
- b) Los síntomas ceden al llorar el recién nacido.
- c) Puede dilatarse su tratamiento hasta la edad adulta.
- d) Se realizará exploración con el espejo de Glatzel lo antes posible.
- e) Es poco habitual que se asocie a otras malformaciones nasosinusales.

. La atresia de coanas unilateral: (2023 diciembre)

- a) Es una patología de diagnóstico urgente por afectar a la función respiratoria de forma grave.
 - atresia coanas unilateral = puede pasar desapercibida hasta la vida adulta (compensan con la coana abierta)
 - bilateral = cede al llorar
- b) Los síntomas ceden al llorar el recién nacido.
 - ¡cuidado! Pensabas que esta era la correcta pero los síntomas ceden al llorar en la atresia de coanas bilateral (ya que el RN inspira aire por la boca).
- c) Puede dilatarse su tratamiento hasta la edad adulta. *
- atresia coanas unilateral = puede no tratarse ya que no compromete la vida
- d) Se realizará exploración con el espejo de Glatzel lo antes posible.

→ atresia coanas - dx = fibronoscopia (detección) + TAC (confirmación)

e) Es poco habitual que se asocie a otras malformaciones nasosinusales.

→ atresia coana = puede ser aislada o asociada a otras malformaciones congénitas.

. La atresia de coanas: (2021 diciembre)

a) La unilateral requiere en la mayoría de los casos traqueotomía al nacimiento.

b) Es más frecuente en mujeres. *

c) Tiene siempre un componente óseo y otro membranoso.

d) Es infrecuente que se asocie a alteraciones de desarrollo en fosas y senos paranasales.

e) Todas las anteriores son ciertas.

→ atresia de coanas:

- malformaciones nasosinusales (+) frecuentes

- x2 incidencia mujeres

- puede ser = ósea/membranosa + aislada/asociada a malformaciones congénitas

- unilaterales = pasan desapercibidas / bilaterales = emergencia

- tto = unilaterales pueden no tratarse x no comprometer vida / bilaterales corrección quirúrgica

. En una fractura nasal abierta, en primer lugar, se debe: (2023 diciembre)

a) Suturar la herida con los bordes evertidos.

b) Recolocar los fragmentos óseos desviados.

c) Anestesiarse la herida para su exploración. *

d) Realizar una tomografía computerizada para descartar complicaciones en senos paranasales.

e) Llamar al otorrinolaringólogo de guardia para que descarte un hematoma de tabique.

→ heridas = (+) importante: limpiar y quitar cuerpos extraños.

. En una fractura nasal abierta, en primer lugar, se debe: (2022 diciembre)

a) Suturar la herida.

b) Recolocar los fragmentos óseos desviados.

c) Anestesiarse la herida para su exploración. *

d) Realizar una tomografía computerizada para descartar complicaciones en senos paranasales.

e) Realizar una resonancia magnética para descartar fractura de la lámina papirácea etmoidal.

*. Paciente de 31 años que acude a la consulta después de una agresión física por golpe nasal y que manifiesta inflamación y desviación de la pirámide nasal a la derecha, ¿qué deberíamos de hacer? (2014 enero)

a) Reducción de la fractura con manipulación digital.

b) Reducción de la fractura bajo anestesia local.

c) Reducción de la fractura bajo anestesia general.

d) Tomar antiinflamatorio y esperar a que baje la inflamación para reducir la fractura. *

e) Prescribirle antibióticos y realizar sin prisas una rinoplastia.

. Con respecto a las fracturas nasales, ¿qué es FALSO? (2006 febrero)

a) Son muy comunes.

b) Aguanta mejor los golpes frontales.

c) Se diagnostican por inspección y palpación.

d) Se reducen manualmente.

e) Todas son ciertas. *

→ traumatismos nasales = muy frec

→ fracturas nasales - dx = Rx simple nos confirma existe fractura (pregunta del 2006, tómatelo como quieras).

15. EPISTAXIS

. ¿Cuál de las siguientes respuestas NO es cierta en cuanto a la vascularización nasal? (2013 enero)

- a) La arteria etmoidal anterior y la esfenopalatina forman parte principal de la vascularización nasal.
- b) La arteria esfenopalatina es rama de la arteria oftálmica, rama a su vez de la carótida interna. *
- c) La rama septal de la arteria labial superior es rama de la arteria facial.
- d) La arteria etmoidal posterior es rama de la arteria oftálmica.

→ nariz vascularización:

- carótida externa → maxilar interna → esfenopalatina
- carótida interna → oftálmica → etmoidal anterior + posterior

. ¿En qué localización anatómica de las fosas nasales se produce más frecuentemente la epistaxis? (2023 diciembre)

- a) Techo de la fosa.
- b) Seno maxilar.
- c) Cornete medio.
- d) Zona antero-inferior del tabique. *
- e) Zona media del cornete inferior.

→ epistaxis - localización ⇒ anterior = (+) común → plexo Kiesselbach (punta nariz)

. ¿En qué localización anatómica de las fosas nasales se produce más frecuentemente la epistaxis? (2021 diciembre)

- a) Techo de la fosa.
- b) Seno maxilar.
- c) Cornete medio.
- d) Zona anteroinferior del tabique nasal. *
- e) En la región posterior, en relación con la arteria esfenopalatina.

→ epistaxis - localización ⇒ anterior = (+) común - normalmente sobre plexo Kiesselbach (90%)

*Plexo Kiesselbach = parte (+) anterior tabique, justo punta nariz

. Las epistaxis anteriores se originan habitualmente: (2006 febrero)

- a) En el área de Kiesselbach. *
- b) En la arteria esfenopalatina.
- c) En las arterias etmoidales.
- d) En la arteria maxilar interna.
- e) En relación con coagulopatías.

. Las epistaxis pueden ser facilitadas por las causas citadas a continuación, con excepción de una: (2022 diciembre)

- a) Rinitis vasomotora. *
- b) Diátesis hemorrágica.
- c) Enfermedades vasculares y anomalías anatómicas.
- d) Heridas.
- e) Tumores.

→ epistaxis - causas

- factores locales = trauma nasal (digital más frec) + dismorfias septales + tumores
- factores sistémicos = vasculopatías

. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es habitualmente causa de epistaxis? (2006 febrero)

- a) Hipertensión arterial. (*)
- b) Enfermedad de Rendu-Osler-Weber.
- c) Neoplasias de las fosas nasales y de la rinofaringe.
- d) Traumatismos nasales.
- e) Síndrome de Ramsay-Hunt. *

→ epistaxis causas - factores sistémicos = vasculopatías (enfermedad de Rendu-Osler-Weber: telangiectasias hemorrágicas hereditarias).

→ hipertensión NO causa epistaxis.

. La inflamación es causa de una epistaxis. ¿cuál de los siguientes mecanismos NO participa en su presentación? (2012 febrero)

- a) Enzimas bacterianos.
- b) Aumento de la vascularización y fragilidad de la mucosa.
- c) Uso crónico de corticoides.
- d) Irritantes tóxicos.
- e) Uso de vasoconstrictores.

→ epistaxis - causas - inflamación

- condicionadas x = (+) vascularización + (+) congestión nasal = (+) fragilidad mucosa

- medicaciones tópicas = uso crónico corticoides nasales + exposición irritantes tóxicos → induce hiperemia = hemorragia

. Con respecto a la hipertensión arterial en la epistaxis, ¿qué NO es cierto? (2012 febrero)

- a) Es una causa directa en la persona mayor. *
- b) La aterosclerosis induce a más hemorragia.
- c) Generalmente es posterior.
- d) Su elevación ante una epistaxis es por el stress.
- e) Puede ser causada por un tumor.

→ epistaxis + HTA

- NUNCA es causa epistaxis (pero sí provoca continue)

- cambios ateroscleróticos = debilidad vasos = (+) incidencia epistaxis

- afecta más en las hemorragias post

- ojo cuidado epistaxis unilaterales = tumor

- estrés = [ON] SNSimpático / liberación renina = elevación TA = (+) sangrado

. Todos los siguientes pueden ser posibles tratamientos de una epistaxis, salvo uno. ¿Cuál?: (2022 diciembre)

- a) Cauterización del punto sangrante.
- b) Taponamiento nasal.
- c) Angiografía y embolización.
- d) Perfusión intravenosa de fármaco vasoconstrictores. *
- e) Ligadura de la arteria maxilar interna.

→ epistaxis = NO tto farmacológico → ansiolíticos en HTA x estrés

→ epistaxis - tto = 1. compresión digital → 2. cauterización → 3. taponamiento anterior → 4. taponamiento post → 5. ligadura arterial de arteria maxilar interna → 6. embolización

. Todos los siguientes pueden ser posibles tratamientos de una epistaxis, SALVO uno, ¿cuál? (2006 febrero)

- a) Cauterización del punto sangrante.
- b) Taponamiento nasal.
- c) Angiografía y embolización.
- d) Perfusión intravenosa de fármacos vasoconstrictores. *
- e) Ligadura de la arteria maxilar interna.

. ¿Qué consideración es prioritaria en la epistaxis de un paciente anticoagulado? (2022 diciembre)

- a) Administrar un ansiolítico.
- b) Pinza miento nasal durante 10 minutos.
- c) Taponamiento anterior con material reabsorbible. *
- d) Determinar el INR. (*)
- e) Ingreso en el Hospital.

→ manejo paciente con epistaxis con trastornos coagulación x medicación antitrombótica = antes tomar ninguna decisión terapéutica, se recomienda:

- valorar posible sobre dosis de tto antitrombótico = determinar INR

- valorar riesgo trombosis (para ver si se puede retirar o no).

→ al ppio pensabas la d pero la B sería el segundo paso en el tto (posterior al pinzamiento)

. Paciente de 65 años a tratamiento con Sintrom (acenocumarol) con riesgo de trombosis alto y con un INR de 5.2, que acude con una epistaxis por fosa nasal derecha después de un catarro de vías respiratorias altas. ¿Cuál sería la actuación más adecuada? (2023 diciembre)

- a) Suspender el Sintrom y coagulación con bisturi monopolar de la arteria esfenopalatina.
- b) Suspender el Sintrom.
- c) Suspender el Sintrom, taponamiento nasal y reconversión del tratamiento anticoagulante con vitamina K.
- d) Suspender el Sintrom, taponamiento nasal y transfusión de plaquetas.
- e) Suspender el Sintrom, taponamiento nasal anterior y administrar heparina de bajo peso molecular. *

. Paciente de 65 años a tratamiento con Sintrom (acenocumarol) con alto riesgo de trombosis y con un INR de 5,2, que acude con una epistaxis por FND después de un catarro de vías respiratorias altas. ¿Cuál sería la actuación más adecuada? (2021 diciembre)

- a) Coagulación con bisturí monopolar de la esfenopalatina.
- b) Embolización arterial.
- c) Reconversión del tratamiento con vitamina K.
- d) Transfusión de plaquetas.
- e) Taponamiento nasal anterior y administrar heparina de bajo peso molecular. *

→ control epistaxis pacientes con tto antivitamina K - acenocumarol (Sintrom)

- bajo riesgo = suspendido
- epistaxis = taponamiento nasal no reabsorbible
- alto riesgo = sustituir x heparina bajo peso molecular (= menor riesgo hemorrágico)

16. INSUFICIENCIA RESPIRATORIA NASAL AGUDA, RINITIS ALÉRGICA, RINITIS VASOMOTORA Y RINOSINUSITIS INFECCIOSAS, BACTERIANAS Y VÍRICAS

. Sobre la rinitis atrófica, señala la correcta: (2022 diciembre)

- a) Está mediada por neuroalérgenos.
- b) El principal agente causal es el *Staphylococcus aureus*.
- c) La etiología es siempre unifactorial.
- d) Su principal agente causal es la *Klebsiella Ozaenae*.
- e) No cursa con fetidez nasal y anosmia.

. Sobre la rinitis atrófica, señala la correcta: (2022 diciembre)

- a) Está mediada por neuroalérgenos.
→ origen es desconocido, no tiene una etiopatogenia determinada.
- b) El principal agente causal es el *Staphylococcus aureus*.
→ suele estar causado por *Klebsiella Ozaenae*.
- c) La etiología es siempre unifactorial.
→ pueden influir varios factores, desde infecciosos, endocrinos, inmunitarios, iatrogénicos (por ejemplo, una cirugía abrasiva sobre la fosa nasal).
- d) Su principal agente causal es la *Klebsiella Ozaenae*. *
- e) No cursa con fetidez nasal y anosmia.
→ aparecen: costras + fetidez nasal + anosmia

. Señala la respuesta FALSA: (2019 diciembre)

- a) La rinitis alérgica se caracteriza por rinorrea, obstrucción nasal y estornudos.
 - b) La prevalencia de la rinitis alérgica es de un 20-25% en la población general.
 - c) La incidencia máxima de la rinitis alérgica es en la adolescencia y adulto joven.
 - d) La incidencia de la rinitis alérgica se mantiene estable en los distintos países.
 - e) Los antígenos más implicados en la rinitis alérgica son los neuroalérgenos.
- rinitis alérgica
- inflamación nasal con: rinorrea + obstrucción nasal + estornudos
 - prevalencia 20-25% en población general → incidencia máxima: adolescencia + adultos jóvenes
 - puede variar mucho de unos países a otros (dependiendo clima y alérgeno causal)
 - patogenia = antígenos (+) implicados suelen ser neuroalérgenos

. Sobre la rinitis alérgica, señala la correcta: (2022 diciembre)

- a) Es consecuencia de una reacción alérgica sobre todo tipo II.
- b) La histamina es el principal mediador a través de los receptores H1.
- c) La liberación de las prostaglandinas no produce vasodilatación nasal.
- d) La fase inmediata de la reacción alérgica (5 min) se caracteriza por presentar eosinofilia.
- e) En la fase inmediata de la reacción alérgica se produce rinorrea mucosa intensa.

. Sobre la rinitis alérgica, señala la correcta: (2022 diciembre)

- a) Es consecuencia de una reacción alérgica sobre todo tipo II.
→ rinitis alérgica - patogenia = consecuencia reacción HS tipo I.
- b) La histamina es el principal mediador a través de los receptores H1.
→ rinitis alérgica - patogenia = mediadores: histamina ppl mediador x receptores H1 (se encuentran en las células endotelial es donde inducen permeabilidad vascular e hiperirritación (estornudos y picor nasal).
- c) La liberación de las prostaglandinas no produce vasodilatación nasal.
→ rinitis alérgica - patogenia = mediadores: prostaglandinas (provocan vasodilatación)
- d) La fase inmediata de la reacción alérgica (5 min) se caracteriza por presentar eosinofilia.
→ fase inmediata = estornudos + rinorrea serosa + prurito
→ fase tardía = obstrucción nasal + rinorrea mucosa + eosinofilia en moco nasal
- e) En la fase inmediata de la reacción alérgica se produce rinorrea mucosa intensa.

. En la rinitis alérgica, señala la afirmación correcta: (2023 diciembre)

- a) Es una rinitis vasomotora.
- b) La inmunoterapia es la primera opción de tratamiento.

- c) El tratamiento con corticoides tópicos evita la degranulación de los mastocitos.
 - d) Los síntomas que duran menos de 4 semanas al año orientan hacia una rinitis estacional.
 - e) La clínica típica de la rinitis alérgica son estornudos en salva con los cambios de temperatura.
- . En la rinitis alérgica, señala la afirmación correcta: (2023 diciembre)
- a) Es una rinitis vasomotora.
→
 - b) La inmunoterapia es la primera opción de tratamiento.
→ rinitis alérgica - tto - etiológico = 1. control ambiental 2. inmunoterapia.
→ inmunoterapia = necesita una buena selección de pacientes (solo 50% eficaz) - solo se usa cuando tto médico ha fallado.
 - c) El tratamiento con corticoides tópicos evita la degranulación de los mastocitos.
→ rinitis alérgica - tto sintomático = inhibición liberación mediadores / neutralización efectos mediadores liberados (corticoides vía tópica/sistémica).
 - d) Los síntomas que duran menos de 4 semanas al año orientan hacia una rinitis estacional. *
→ rinitis alérgica intermitente = suele ser rinitis estacional provocada por polen → su intermitencia se debe a que deben dar sintomatología <4 días por semana o <4 semanas.
 - e) La clínica típica de la rinitis alérgica son estornudos en salva con los cambios de temperatura.
→

. Al practicar una rinoscopia anterior en un paciente con rinorrea anterior hialina y obstrucción nasal intermitente edematosa, se orienta a pensar que el problema es: (2022 diciembre)

- a) Alérgico. *
 - b) Poliposis.
 - c) Desviación septal.
 - d) Cuerpo extraño intranasal.
 - e) Infeccioso.
- rinitis alérgica - dx => hª clínica: obstrucción nasal + exploración: moco hialino (típico rinorrea mucoide).
- rinorrea intermitente/persistente

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la rinitis alérgica es FALSA? (2021 diciembre)

- a) Es un cuadro que cursa con síntomas nasales de hipersensibilidad mediados por el sistema inmunitario.
- b) Los anticuerpos implicados son de tipo IgE.
- c) En la rinitis alérgica estacional predominan los estornudos y la rinorrea; en la rinitis alérgica perenne destaca la obstrucción nasal.
- d) La rinorrea es habitualmente mucopurulenta.
- e) La citología nasal y el PRICK-test son pruebas diagnósticas.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la rinitis alérgica es FALSA? (2021 diciembre)

- a) Es un cuadro que cursa con síntomas nasales de hipersensibilidad mediados por el sistema inmunitario.
→ rinitis alérgica = HS I
- b) Los anticuerpos implicados son de tipo IgE.
→ HS I = reconocimiento de antígenos x anticuerpos IgE
- c) En la rinitis alérgica estacional predominan los estornudos y la rinorrea; en la rinitis alérgica perenne destaca la obstrucción nasal.
→ rinitis estacional = síntomas floridos (estornudos, rinorrea acuosa, prurito nasal, conjuntivitis, ...)
→ rinitis perenne = congestión nasal + secreción mucosa
- d) La rinorrea es habitualmente mucopurulenta. *
→ exploración = mucosa nasal aspecto pálido, edematosa, cornetes atróficos, pálido) + tipo moco hialino clarito (típico rinorrea mucoide).
- e) La citología nasal y el PRICK-test son pruebas diagnósticas.
→ pruebas complementarias = prick test + citología nasal

. Señala la respuesta incorrecta: (2022 diciembre)

- a) El primer paso en el tratamiento de la rinitis alérgica es el control ambiental.
- b) La inmunoterapia es el tratamiento de elección en un primer momento en la rinitis alérgica. *
- c) En la rinitis alérgica, como tratamiento sintomático, se utilizan los corticoides tópicos nasales.
- d) Los mapas polínicos son de gran importancia en el tratamiento de la rinitis estacional.

e) Evitar la exposición a animales domésticos es una medida de control ambiental en la rinitis alérgica.

. Señala la respuesta incorrecta: (2022 diciembre)

a) El primer paso en el tratamiento de la rinitis alérgica es el control ambiental.

→ rinitis alérgica - tto - etiológico = 1. control ambiental

b) La inmunoterapia es el tratamiento de elección en un primer momento en la rinitis alérgica. *

→ rinitis alérgica - tto - etiológico = 1. control ambiental 2. inmunoterapia.

→ inmunoterapia = necesita una buena selección de pacientes (solo 50% eficaz) - solo se usa cuando tto médico ha fallado.

c) En la rinitis alérgica, como tratamiento sintomático, se utilizan los corticoides tópicos nasales.

→ rinitis alérgica - tto - sintomático => neutralización efectos mediadores liberados = corticoides (vía tópica o sistémica)

d) Los mapas polínicos son de gran importancia en el tratamiento de la rinitis estacional.

→ si somos alérgicos al polen = hay que conocer los mapas polínicos + no dar paseos en primavera + cerrar las ventanas (tto etiológicos - control ambiental)

e) Evitar la exposición a animales domésticos es una medida de control ambiental en la rinitis alérgica.

→ evitar que tanto el paciente como sus familiares que viven con él se acerquen a animales domésticos

. En cuanto a la inmunoterapia en la rinitis alérgica, señala la respuesta verdadera: (2019 diciembre)

a) Tiene que ser un proceso no mediado por IgE.

b) Se debe valorar aplicarla cuando el control ambiental es deficiente. *

c) Se debe utilizar en rinitis leve-moderada.

d) Es el paso previo al tratamiento médico.

e) Se utiliza sobre todo en pacientes polisensibilizados a distintos alérgenos.

→ inmunoterapia - indicaciones:

- proceso mediado por IgE

- control ambiental deficiente

- rinitis grave e incapacitante

- fracaso tto médico previo

- paciente monosensibilizado

. En la enfermedad sinusal crónica la etiología bacteriana más frecuente es: (2019 diciembre)

a) Pseudomonas aeruginosa y anaerobios.

b) Moraxella catarrhalis.

c) Streptococcus pneumoniae + Haemophilus.

d) Streptococcus pyogenes.

e) Son ciertas a y b.

. En cuanto a la sinusitis aguda, señala la FALSA: (2019 diciembre)

a) La clínica, la exploración física y la fibroscopia pueden ser diagnósticos.

b) El TC no está indicado en la sinusitis unilateral resistente al tratamiento.

c) En la sinusitis aguda, el tratamiento antibiótico se utiliza 7-10 días.

d) El primer paso del tratamiento en la sinusitis aguda es restablecer la ventilación y el correcto drenaje nasosinusal.

e) Los vasoconstrictores nasales en sinusitis aguda no se deben utilizar más de 10 días.

. En cuanto a la sinusitis aguda, señala la FALSA: (2019 diciembre)

a) La clínica, la exploración física y la fibroscopia pueden ser diagnósticos.

→ sinusitis - dx = clínica + exploración + fibroscopia → dx 99%

b) El TC no está indicado en la sinusitis unilateral resistente al tratamiento.

→ TC - pedir cuando = sinusitis unilateral resistente tto (x tumor que produce obstrucción mecánica)

c) En la sinusitis aguda, el tratamiento antibiótico se utiliza 7-10 días.

→ sinusitis tto ATB = aguda 7-10 días / crónica 12-14 días

d) El primer paso del tratamiento en la sinusitis aguda es restablecer la ventilación y el correcto drenaje nasosinusal.

→ sinusitis aguda - tto = primer objetivo es reestablecer ventilación y correcto drenaje nasosinusal.

e) Los vasoconstrictores nasales en sinusitis aguda no se deben utilizar más de 10 días.

→ sinusitis aguda - tto = vasoconstrictores nasales tópicos (no utilizar >10 días).

. Sobre el tratamiento de la sinusitis aguda, señala la correcta: (2022 diciembre)

a) Los vasoconstrictores nasales son primera línea de tratamiento por períodos de 1 ó 2 meses.

- b) El suero fisiológico hipertónico está indicado para lavados nasales de mantenimiento.
- c) Los corticoides nasales tópicos se deben utilizar asociados a un antibiótico.
- d) Está indicado en la mayoría de los casos la punción y el lavado de los senos paranasales.
- e) La terapia antibiótica se indica en períodos de más de 12 días.

. Sobre el tratamiento de la sinusitis aguda, señala la correcta: (2022 diciembre)

- a) Los vasoconstrictores nasales son primera línea de tratamiento por períodos de 1 ó 2 meses.
→ sinusitis aguda - tto = vasoconstrictores nasales tópicos (no se pueden utilizar >10 días consecutivos)
- b) El suero fisiológico hipertónico está indicado para lavados nasales de mantenimiento.
→ suero fisiológico hipertónico = solo se puede utilizar unos días ya que puede producir importantes cambios a nivel de la mucosa de las fosas nasales.
- c) Los corticoides nasales tópicos se deben utilizar asociados a un antibiótico. *
→ corticoides tópicos = siempre asociados a antibióticos para NO diseminar infección
- d) Está indicado en la mayoría de los casos la punción y el lavado de los senos paranasales.
→ sinusitis aguda - tto = 1º reestablecer ventilación y correcto drenaje nasosinusal = 1. vasoconstrictores nasales tópicos 2. corticoides tópicos 3. Aerosolterapia 4. Punción y lavado del seno.
- e) La terapia antibiótica se indica en períodos de más de 12 días.
→ terapia antibiótica = betalactámicos o macrólidos (7-10 días)

. En un paciente con una calcificación en el seno maxilar derecho y bloqueo del ostium de drenaje del mismo, ¿cuál es el diagnóstico más probable? (2023 diciembre)

- a) Mucocele maxilar.
 - b) Sinusitis aguda maxilar.
 - c) Sinusitis bacteriana crónica.
 - d) Micetoma maxilar.
 - e) Rinitis alérgica perenne.
- micetoma = suele ser en pacientes inmunocompetentes + origen dentario → características (+) típicas: calcificaciones dentro seno.

** La rinorrea acuosa es típica de la: (2022 diciembre)

- a) Rinitis medicamentosa sobreinfectada.
 - b) Cuando es unilateral, es un dato de sospecha de lesión neoplásica en un adulto.
 - c) Es típica de la rinitis intrínseca.
 - d) Es el síntoma más característico de un cuerpo extraño intranasal infantil.
 - e) La primera opción diagnóstica es la insuficiencia alar.
- rinitis alérgica intermitente = rinorrea acuosa
→ rinitis intrínseca (rinitis no alérgica)

** ¿Cuál de los siguientes fármacos no suele producir rinitis crónica? (2023 diciembre)

- a) Propranolol.
- b) Alprazolam.
- c) Amitriptilina.
- d) Hidralazina.
- e) Endansetrón. *

17. COMPLICACIONES DE LAS SINUSITIS Y RINOSINUSITIS CRÓNICAS

*. En el tratamiento médico de rinosinusitis crónica, ¿cuál NO suele utilizar? (2012 febrero)

- a) Antibióticos.
- b) Antieméticos. *
- c) Antileucotrienos.
- d) Antihistamínicos.
- e) Corticoides.

. ¿Cuál de los siguientes síntomas es más característico de una poliposis nasal? (2014 enero)

- a) Anosmia. *
- b) Rinorrea acuosa.
- c) Rinorrea mucopurulenta.
- d) Estornudos.
- e) ASMA.

→ RSC - causas = asma (asociadas especialmente con RSCcPN).

→ RSC - clínica = obstrucción nasal (st poliposis) + rinorrea + alteración percepción olfato (hiposmia/anosmia/cacosmia → + común RSCcPN) + dolor/presión facial.

. La celulitis preseptal: (2022 diciembre)

- a) Es la infección de los tejidos orbitarios por detrás del tabique orbitario.
- b) Puede ser causada por un foco externo de infección (herida), por infecciones desde los senos paranasales o los dientes. *
- c) Los síntomas incluyen dolor intenso, fiebre, malestar general, exoftalmía, deterioro de la movilidad ocular y alteraciones visuales.
- d) Son ciertas b y c.
- e) Todas son ciertas.

. La celulitis preseptal: (2022 diciembre)

- a) Es la infección de los tejidos orbitarios por detrás del tabique orbitario.
→ celulitis orbitaria o postseptal = infección/inflamación de tejidos blandos posteriores al tabique orbitario
- b) Puede ser causada por un foco externo de infección (herida), por infecciones desde los senos paranasales o los dientes. *
→
- c) Los síntomas incluyen dolor intenso, fiebre, malestar general, exoftalmía, deterioro de la movilidad ocular y alteraciones visuales.
→ celulitis preseptal = NO dolor (con movimiento ocular) + NO alteración visión + NO parálisis movimiento ojo
→ celulitis postseptal = dolor ocular (aumenta con movimiento) + fiebre elevada + malestar general + pérdida agudeza visual + diplopía.
- d) Son ciertas b y c.
- e) Todas son ciertas.

. La celulitis preseptal: (2019 diciembre)

- a) Constituye el 82-87% de las complicaciones orbitarias. *
- b) En la exploración clínica siempre hay proptosis y alteración de la agudeza visual.
- c) Es más grave que la celulitis orbitaria.
- d) Son ciertas a y b.
- e) Todas son falsas.
→ celulitis preseptal = (+) frecuente + (-) grave → constituye 82-87% de las complicaciones orbitarias → NO produce proptosis
→ celulitis postseptal = (+) grave + proptosis + pérdida agudeza visual.

. ¿Cuál de las siguientes respuestas sobre la celulitis preseptal, complicación orbitaria de las sinusitis, es cierta? (2013 febrero)

- a) Es la más frecuente de las complicaciones orbitarias. *
- b) Suele haber afectación de la musculatura ocular y de la visión.
- c) La infección engloba el contenido orbitario.
- d) Son ciertas a y b.
- e) Solo es cierta la b.

→ celulitis preseptal = (+) frecuente + (-) grave → construye 82-87% de las complicaciones orbitarias + espacio retro orbitario está intacto.

. En cuanto a la osteomielitis frontal, ¿cuál no es cierta? (2023 diciembre)

- a) El germen más frecuente suele ser el *Streptococcus pneumoniae*.
- b) Suele ser una complicación grave de las sinusitis.
- c) Es frecuente encontrar abscesos subperiósticos.
- d) Suele haber cefalea y fiebre elevada.
- e) El tratamiento suele ser drenaje quirúrgico con antibioterapia de amplio espectro.

→ sinusitis - complicaciones craneales = osteomielitis frontal

- secundaria sinusitis maxilares + frontales = asociadas: *S.aureus* + estreptococos
- complicación muy grave
- pacientes pueden presentar abscesos subperiósticos
- tto = drenaje quirúrgico + antibioterapia amplio espectro

18. TUMORES DE FOSAS NAALES Y SENOS PARANAALES

. ¿Cuál de las siguientes características NO corresponde a un papiloma invertido nasosinusal? (2017 diciembre)

- a) Crecimiento endofítico.
- b) Tendencia a malignizar.
- c) Bilateralidad en FFNN. *
- d) Origen en la pared lateral.
- e) Relacionados con el HPV.

→ tumores epiteliales - papilloma invertido:

- relación VPH
- crecimiento epitelio hacia interior mucosa = 3 características → potencial destrucción local + elevada tasa recurrencia + riesgo malignización
- lesiones unilaterales

. La exposición a polvo de madera es un factor de riesgo para el desarrollo de un tumor maligno de fosas nasales y senos paranasales; ¿cuál es? (2023 diciembre)

- a) Carcinoma epidermoide.
- b) Adenocarcinoma de etmoides. *
- c) Carcinoma indiferenciado nasosinusal.
- d) Estesioneuroblastoma o neuroblastoma olfatorio.
- e) Melanoma.

→ tumores fosas nasales + senos para nasales - malignos = adenocarcinoma de etmoides → factores de riesgo: exposición polvo madera.

. Paciente varón que trabaja en un aserradero y que acude a nuestra consulta por insuficiencia respiratoria nasal unilateral derecha y que presenta en la exploración una masa friable en la fosa nasal del mismo lado. ¿Qué es lo que probablemente presenta? (2014 enero)

- a) Poliposis nasosinusal.
- b) Papiloma invertido nasal.
- c) Rinosinusitis crónica.
- d) Adenocarcinoma de etmoides. *

. ¿Cuál es el tumor de FFNN que se asocia a los trabajadores de la madera? (2006 febrero)

- a) Adenocarcinoma. *
- b) Carcinoma epidermoide.
- c) Estesioneuroblastoma.
- d) Papiloma invertido.
- e) Carcinoma adenoide quístico.

. La anosmia puede estar presente en las siguientes afectaciones, EXCEPTO: (2012 febrero)

- a) Poliposis nasosinusal.
- b) Fractura de cráneo.
- c) Enfermedad de Alzheimer.
- d) Catarro nasal.
- e) Osteoma etmoidofrontal. *

. Ante un adulto con obstrucción nasal unilateral y rinorrea sanguinolenta, fétida, crónica de intensidad progresivamente mayor, debemos pensar en: (2022 diciembre)

- a) Un carcinoma nasosinusal. *
- b) Un cuerpo extraño nasal.
- c) Un angiofibroma nasofaríngeo.
- d) Una rinitis crónica bacteriana.
- e) Una rinitis alérgica.

19. EXPLORACIÓN FARINGE. CUERPOS EXTRAÑOS, TRAUMATISMOS. SAHOS

. El lugar más frecuente de localización de un cuerpo extraño a nivel faríngeo es: (2013 enero)

- a) Amígdala faríngea.
- b) Amígdalas palatinas. *
- c) Paredes laterales faríngeas.
- d) Repliegue faringolaríngeo.
- e) En todos por igual.

→ según Soto esto no hay que sabérselo pero en los apuntes viene

→ cuerpos extraños faríngeos ⇒ lugar (+) frecuente = amígdala palatina (y base lengua)

. Una de las siguientes afirmaciones sobre el síndrome de apnea/hipopnea del sueño (SAHS) es falsa. ¿Cuál es? (2023 diciembre)

- a) Una apnea es la ausencia o reducción superior al 90% en la amplitud de la señal de flujo respiratorio de más de cinco segundos de duración. *
- b) Para diagnosticar SAHS, el IAH (índice de apnea/hipopnea) debe ser ≥ 5 .
- c) El SAHS es más frecuente en personas obesas.
- d) Los síntomas nocturnos más llamativos son el ronquido y las apneas.
- e) El síntoma diurno más relevante es la somnolencia.

→ apnea = ausencia/reducción >90% amplitud señal flujo respiratorio >10 segundos duración.

→ SAHS - dx = IAH > 5 + ...

→ SAHS - FR = obesidad

→ SAHS - síntomas:

- nocturnos = ronquido + apneas + agitación nocturna

- diurnos = hipersomnia + cefaleas matutinas + disminución libido e impotencia

. ¿Cuál de las siguientes respuestas es correcta con respecto a la polisomnografía en el SAHOS? (2021 diciembre)

- a) La duración de las hipopneas/apneas debe ser mayor a 5 segundos.
- b) Las hipopneas/apneas registradas pueden ser obstructivas, centrales o mixtas.
- c) El diagnóstico de SAHOS se realiza si el índice IAH es mayor de 5. *
- d) La realización de la polisomnografía no es obligada para el diagnóstico de SAHOS.
- e) Un índice IAH de 20 indica SAHOS severo.

→ SAHOS - criterios diagnósticos = IAH (número apneas/hipoapneas) ≥ 5 (asociado a excesiva somnolencia diurna no explicada x otras causas / 2 o +: crisis asfícticas repetidas durante el sueño + despertares frecuentes + cansancio diurno + sueño no reparador + dificultad concentración.

→ apneas/hipoapneas >10 segundos.

→ IAH >30 = grave

→ good standard = polisomnografía (confirma dx)

. Paciente que realiza una polisomnografía nocturna con un índice IAH=22. ¿Qué gravedad de síndrome de apnea-hipopnea del sueño tiene? (2019 diciembre)

- a) Normal.
- b) Leve.
- c) Moderado. *
- d) Grave.
- e) Muy grave.

→ SAHOS - grados ⇒ IAH = 15-30 = moderado

*. ¿Cuál es el índice de apnea/hipopnea normal (índice A/P)? (2008 febrero)

- a) 0.
- b) 10.
- c) 4. *
- d) 15.
- e) 1.

. ¿Cuál de las siguientes considera un factor de riesgo para desarrollar un síndrome de apnea-hipopnea del sueño? (2019 enero)

- a) Obesidad. *
- b) Diabetes.
- c) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- d) Hipertensión arterial.
- e) Son correctas a y d.

→ SAHOS - etiología:

- obstrucción nasal, nasofaríngea, orofaríngea y laringofaríngea.
- obesidad (una de las causas más frecuentes)
- micrognatia / retrognatia
- potenciada x: tabaco + alcohol + fármacos relajantes/depresores.

. Señale cuál de los siguientes factores NO condiciona una apnea de sueño: (2008 febrero)

- a) Obesidad.
- b) Alcohol.
- c) Antihipertensivos. *
- d) Benzodiacepinas.
- e) Sexo.

→ SAHOS - FR = obesidad + tabaco + alcohol + sexo masculino + fármacos relajantes/depresores (ej: benzodiacepinas)

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos no está indicado en el síndrome de apnea/hipopnea del sueño? (2023 diciembre)

- a) Fármacos relajantes musculares. *
- b) Terapia posicional.
- c) Dispositivos de avance mandibular.
- d) Cirugía del velo del paladar.
- e) Presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

→ AOS - tto

- médico = suprimir fármacos depresores SNC (bezos) + adelgazar + evitar alcohol/tabaco
- terapia posicional = evitar decúbito supino porque se colapsa faringe
- presión positiva continua en vía respiratoria (CPAP)
- dispositivos orales = avance mandibular + retención lingual
- Qx = cirugía Gelo paladar (entre otras).

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO está indicado en el SAHOS? (2021 diciembre)

- a) Relajantes musculares. *
- b) Cirugía del paladar.
- c) CPAP.
- d) Dieta de adelgazamiento.
- e) Dispositivo de avance mandibular.

→ SAHOS - potenciado x = alcohol + tabaco + fármacos relajantes/depresores

→ SAHOS - tto = médico (adelgazamiento + supresión fármacos depresores SNC) + CPAP (presión positiva continua en la vía respiratoria) + dispositivos orales (exención lingual + avance mandibular)

. ¿En cuál de estas patologías está indicada la utilización de la CPAP (continuous positive airway pressure)? (2012 febrero)

- a) En el asma bronquial.
- b) En el síndrome de apnea obstructiva del sueño moderado o grave. *
- c) En la rinitis alérgica.
- d) En la amigdalitis crónica.
- e) En los tumores de laringe.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones a cerca de la apnea obstructiva del sueño es incorrecta? (2012 febrero)

- a) La obesidad es un factor fundamental en esta patología.
- b) El alcohol y los somníferos son favorecedores.
- c) Puede deberse a trastornos endocrinológicos como hipotiroidismo o acromegalia.
- d) El síndrome de Pierre-Robin puede ocasionarla.

e) La traqueotomía no sirve como tratamiento en el SAOS. *

→ SAHOS - FR = obesidad + alcohol + cos relajantes/depresores + endocrinopatías (hipotiroidismo/acromegalia) + malformaciones cráneo-faciales (sd Pierre-Robin = micrognatia).

→ SAHOS - tto Qx = traqueotomía (casos extremos).

*. ¿En qué se diferencian las apneas periférica y central? (2008 febrero)

a) En el índice A/H.

b) En el tiempo de apnea.

c) En el esfuerzo muscular. *

d) En las características físicas del paciente.

e) En todas las anteriores.

→ chatgpt = apnea central no esfuerzo respiratorio xq cerebro no envía señales a músculos respiratorios [vs] apnea obstructiva/periférica esfuerzo respi continuó pero vías respiratorias físicamente bloqueadas.

20. SÍNDROME DISFAGIA Y ODINOFAGIA. ANILLO DE WALDEYER. AMIGDALITIS AGUDAS. FARINGITIS ESPECÍFICAS.

. ¿Cuál es el porcentaje de infecciones bacterianas en las amigdalitis? (2008 febrero)

- a) 70%.
- b) 60%.
- c) 50%.
- d) 100%.
- e) 30%.*

→ amigdalitis = 30-40% producidas x estreptococo betahemolítico grupo A (en niños y 10% adultos)

→ amigdalitis palatina eritampultácea = infección típica x EBHGA = 30-40% de las faringoamigdalitis

. Con respecto al anillo linfático de Waldeyer, ¿qué no es cierto? (2023 diciembre) (2012 febrero)

- a) Producen IgA.
- b) Son parte del sistema inmunológico secundario.
- c) En las criptas se captan los antígenos.
- d) Involuciona a partir de los 8-10 años.
- e) Presenta un sistema linfático aferente y eferente.

. Con respecto al anillo linfático de Waldeyer, ¿qué no es cierto? (2023 diciembre)

- a) Producen IgA.
→ anillo Waldeyer = folículo contacta macrófago con linfocitos Th (llevan antígeno) = [ON] LB = formación inmunoglobulinas = IgA (Ig mucosas) + IgE.
- b) Son parte del sistema inmunológico secundario.
→ anillo Waldeyer = forma parte sistema inmunológico 2º (lugar reacciones antígeno-anticuerpo protectoras organismo)
→ sistema ganglionar que forma parte del sistema inmunitario secundario
- c) En las criptas se captan los antígenos.
→ anillo Waldeyer = capta los antígenos del medio en sus criptas
- d) Involuciona a partir de los 8-10 años.
→ amígdalas activas entre los 4-10 años - después en la pubertad sufren una involución.
- e) Presenta un sistema linfático aferente y eferente.
→ anillo Waldeyer = carente de linfáticos aferentes.

. ¿Qué es falso con respecto a las amígdalas? (2006 febrero)

- a) El EBHA es la bacterias más común.
- b) La función inmunológica es activa durante toda la vida
- c) La hipertrofia que se produce es compensadora.
- d) En las criptas se retienen los antígenos.
- e) Los linfocitos B producen las IgA.

. ¿Qué es falso con respecto a las amígdalas? (2006 febrero)

- a) El EBHA es la bacterias más común.
→ infección/inflamación amígdalas = dentro de, grupo de bacterias, la etiología más frecuente es el Estreptococobeta hemolítico Grupo A
- b) La función inmunológica es activa durante toda la vida.*
→ amígdalas = tienen gran actividad inmunológica sobretudo durante los primeros años de vida, la cual a partir 10a es sustituida x médula huesos largos.
- c) La hipertrofia que se produce es compensadora.
→ aumento tejido linfopitelial infancia se explica como una función activa de rechazo contra Ag medioambientales (HIPERTROFIA COMPENSADORA, se trata de un mecanismo defensor).
- d) En las criptas se retienen los antígenos.
→ anillo Waldeyer = capta los antígenos del medio en sus criptas
- e) Los linfocitos B producen las IgA.
→ anillo Waldeyer = folículo contacta macrófago con linfocitos Th (llevan antígeno) = [ON] LB = formación inmunoglobulinas = IgA (Ig mucosas) + IgE.

. ¿Cuál de los siguientes tratamientos NO lo es de inicio en la faringitis difusa eritematosa? (2017 diciembre)

- a) Amoxicilina + clavulánico.

- b) Paracetamol.
- c) Colutorios.
- d) Complejo vitamínico del grupo C.
- e) Antitérmicos.

→ amigdalitis palatina eritematosa = víricas → tto sintomático (no antibiótico)

. ¿Cuál es el porcentaje de infecciones bacterianas en las amigdalitis? (2008 febrero)

- a) 70%.
- b) 60%.
- c) 50%.
- d) 100%.
- e) 30%. *

→ amigdalitis = 30-40% producidas x estreptococo beta hemolítico grupo A (en niños y 10% adultos)

→ amigdalitis palatina eritematopultácea = infección típica x EBHGA = 30-40% de las faringoamigdalitis

. ¿Cuál es el método más rápido de detección clínica de una amigdalitis eritematopultácea? (2008 febrero)

- a) Monotest.
- b) Test de Paul Bunnell.
- c) Strepto test. *
- d) ASLO.
- e) Cultivo microbiológico del exudado.

→ amigdalitis palatina eritematopultácea - dx ⇒ Streptotest = listo en 20min / ASLO = periodos intercrisis ⇒ confirmación con cultivo.

. ¿Cuál de los siguientes test diagnósticos en la amigdalitis es de determinación inmediata? (2006 febrero)

- a) ASLO.
- b) Serología vírica.
- c) Strepto test. *
- d) Determinación de VCA.
- e) Determinación de EA.

→ test serológico de detección rápida del estreptococo = streptotest

. ¿Qué valor analítico es de utilidad en la faringoamigdalitis recidivante? (2014 enero)

- a) ASLO.
- b) Proteína C reactiva.
- c) VSG.
- d) Anticuerpos anticitoplasmáticos.
- e) Título de anticuerpos antinucleares.

→ amigdalitis eritematopultácea - dx ⇒ ASLO = periodo intercrisis (st pacientes con infecciones repetición).

. ¿Cuál es el tratamiento de elección en una faringoamigdalitis por EBHGA? (2021 diciembre)

- a) Macrólidos.
- b) Cefalosporinas.
- c) Aminopenicilinas. *
- d) Aminoglucósidos.
- e) Antiinflamatorios.

→ amigdalitis palatina - amigdalitis eritemopultácea (infección típica x estreptococo beta hemolítico grupo A) - tto = penicilina benzatínica.

. Una infección otorrinolaringológica con disfasia y odinofagia, disfonía y rinorrea abundantes, y en la exploración faríngea vemos unas amígdalas eritematosas. ¿Cuál sería el tratamiento empírico? (2008 febrero)

- a) Amoxiclavulánico. *
- b) Cefalosporinas de 3ª generación.
- c) Antiinflamatorios.
- d) Corticoides orales.
- e) Sulfamidas.

→ amigdalitis eritemato pultácea

- síntomas = odinofagia + disfagia + leves síntomas nasales
- exploración = enrojecimiento difuso (eritema) de amígdalas con placas blanquecinas o secreción purulenta (exudado)
- tto = penicilina benzatínica/V // amoxicilina con/sin clavulánico (si sospechamos eritemasas) // corticoides

. Señale cuál de los siguientes datos clínico-semiológicos NO son propios de la mononucleosis infecciosa: (2008 febrero)

- a) Adenopatías cervicales.
- b) Esplenomegalia.
- c) Petequias en el paladar.
- d) Amigdalitis eritematosa. *
- e) Hepatomegalia.

→ amigdalitis pseudo membranosa = faringoamigdalitis producida x mononucleosis infecciosa - tetravalente clínica = fiebre + adenopatía cervicales + faringoamigdalitis pseudo membranosa + hepatoesplenomegalia.

. Paciente de 32 años con fiebre, odinofagia y adenopatías y que en un hemograma se detecta una linfocitosis con monocitosis y en la bioquímica están elevados los enzimas hepáticos. ¿Qué cuadro sospecharíamos? (2006 febrero)

- a) Neoplasia amigdalina con etiología hepáticas.
- b) Linfoma MALT y afectación hepática.
- c) Mononucleosis infecciosa. *
- d) Amigdalitis de Plaut-Vicent.
- e) Amigdalitis eritematopultácea.

→ claves = joven + adenopatías + daño hepático

. ¿Cuál de los siguientes test diagnósticos en la amigdalitis es de determinación rápida? (2021 diciembre)

- a) ASLO.
- b) Cultivo bacteriológico.
- c) Monotest. *
- d) Determinación del VCA.
- e) Determinación del EA.

→ amigdalitis - dx - test:

- estreptotest = test serológico de detección rápida del estreptococo → amigdalitis palatina
- ASLO = test de anticuerpos anti-estreptolisina (ASLO) → amigdalitis palatina (periodo de intercrisis)
- monotest = test serológico de determinación rápida → EBV amigdalitis pseudo membranosa
- cultivo = hay que esperar varios días

. Qué prueba es útil para el diagnóstico precoz de la mononucleosis infecciosa? (2017 diciembre)

- a) Monotest. *
- b) Cultivo faríngeo.
- c) Test del aliento.
- d) Test del estreptococo.
- e) Determinación de la VSG.

→ amigdalitis pseudomembranosa = faringoamigdalitis producida x mononucleosis infecciosa → dx = Monotest

. ¿Qué tipo de inmunoglobulinas se detecta con el monotest? (2008 febrero)

- a) G.
- b) A.
- c) M. *
- d) E.
- e) Ig total.

→ Monotest = test serológico de determinación rápida = determinación IgM (eleva muy rápido en infecciones vírica x mononucleosis)

. La asociación bacteriológica de un bacilo y una espiroqueta, ¿de qué cuadro infeccioso es responsable? (2013 enero)

- a) Herpangina.
- b) Angina de Plaut-Vicent. *
- c) Síndrome de Ramsay-Hunt.

d) Fiebre tifoidea.

e) Escarlatina.

→ amigdalitis úlcero-necrótica / de Plaut Vincent = infección x furoespiroqueta (bacilo + espiroqueta)

. ¿Cuál de los siguientes síntomas es más específico de un absceso / flemón periamigdalino?: (2022 diciembre)

a) Disfagia.

b) Odinofagia.

c) Fiebre.

d) Trismus. *

e) Sialorrea.

→ Flemón/absceso perotonsilar/periamigdalino - síntoma (+) importante = trismus (imposibilidad abrir boca x contracción antialgica del músculo masetero).

→ síntomas = fiebre + disfagia + voz apagada + sialorrea + trismus (+imp).

. Paciente de 18 años tratado hace 10 días de una infección amigdalar con azitromicina (tres días), que refiere disfagia y odinofagia intensas, asociadas a trismus. ¿En qué deberíamos pensar? (2021 diciembre)

a) Absceso periamigdalino. *

b) Resistencia al antibiótico.

c) Tratamiento insuficiente.

d) Faringoamigdalitis vírica.

e) Amigdalitis ulceronecrotica.

. Paciente de 18 años tratado hace 10 días de una infección amigdalar con amoxicilina y que refiere disfagia y odinofagia intensa asociado a trismus. ¿Cuál sería la actuación más adecuada? (2014 enero)

a) Tratamiento con corticoterapia.

b) Administración de antibioterapia intensa.

c) Cultivo y antibiograma de exudado faríngeo.

d) Valorar incisión y drenaje por complicación supurada. *

e) Administración de antibióticos de amplio espectro de forma empírica.

→ trismus = absceso peroamigdalino - tto forma aguda = incisión y drenaje.

. ¿Cuál es el tratamiento del flemón periamigdalino? (2013 enero)

a) Tratamiento médico.

b) Drenaje quirúrgico.

c) Adenoidectomía.

d) Sólo "a" es cierta.

e) "a" y "b" son ciertas.

→ absceso peroamigdalino - tto = forma aguda - incisión y drenaje / forma crónica - amigdalectomía

. ¿Cuál de los siguientes síntomas nos debería hacer pensar en un FPAPA? (2023 diciembre)

a) Fiebre periódica

b) Aftas bucales.

c) Faringoamigdalitis.

d) Adenopatías.

e) Todos los síntomas. *

. ¿Cuál de los siguientes síntomas nos debería hacer pensar en un FPAPA? (2021 diciembre)

a) Fiebre.

b) Aftas bucales.

c) Faringoamigdalitis.

d) Adenopatías.

e) Todos los síntomas. *

→ FPAPA = forma especial de amigdalitis aguda recidivante

- PF = fiebre periódica 40°

- A = aftas bucales

- P = faringoamigdalitis (niños de 5a cada 3/4/5sem)

- A = adenopatías

21. FARINGITIS Y AMIGDALITIS CRÓNICAS

. Niño de seis años que padece una insuficiencia respiratoria nasal por hipertrofia de adenoides, sin síntomas de apnea de sueño y/o adenoiditis crónica recidivante, sin fiebre ni dolor. En la exploración se observa un trastorno dentofacial con mordida cruzada. ¿Cuál sería la actuación más correcta? (2014 enero)

- a) Administrar corticoides nasales.
- b) Adenoidectomía.
- c) Ortodoncia pediátrica.
- d) Lavados frecuentes con agua de mar.
- e) Nada, tranquilizar a los padres. *

. ¿Qué valor analítico es de utilidad en la faringoamigdalitis recidivante? (2014 enero)

- a) ASLO. *
- b) Proteína C reactiva.
- c) VSG.
- d) Anticuerpos anticitoplasmáticos.
- e) Título de anticuerpos antinucleares.

. Con respecto a la determinación del ASLO en una faringoamigdalitis crónica, ¿cuál es la respuesta correcta? (2023 diciembre)

- a) Se elevan en el momento de aparición de la infección.
- b) Son de valor en la indicación quirúrgica. *
- c) Valor alto en cualquier amigdalitis bacteriana.
- d) Es un test rápido de infección bacteriana.
- e) Nada de lo anterior es correcto.

→ faringoamigdalitis crónicas - tto Qx = SAOS (única indicación absoluta) + infecciones recidivante x EBHGA

- dx faringitis estreptocócica de repetición en periodos intercrisis = ASLO.

. ¿Cuál de los siguientes cuadros es tributario de amigdalectomía? (2013 enero)

- a) Hipertrofia obstructiva.
- b) Amigdalitis crónica.
- c) Flemón periamigdalino.
- d) Las tres anteriores son ciertas. *
- e) Ninguna de las tres son ciertas.

→ amigdalectomía - indicaciones:

- SAOS (producida x hipertrofia amigdalina) = única indicación absoluta
- >3episodios/año 3años // >5episodios/año 2años // >7episodios/año
- factores crecimiento alterados (el niño no puede comer por la hipertrofia de la amígdala)
- abscesos/flemón periamigdalinos

→ ChatGPT dice que las indicaciones son la siguientes = 1. Infecciones de garganta recurrentes + 2. Amigdalitis crónica + 3. AOS + 4. Dificultad para tragar o respirar + 5. Absceso periamigdalino + 6. Ronquidos severos + 7. Hipertrofia amigdalina + 8. Piedras amigdalinas.

22. TUMORES OROFARINGE, LA CAVIDAD ORAL Y LA RINOFARINGE

. ¿Cuál de las siguientes lesiones precancerosas tiene mayor riesgo de transformación maligna? (2021 diciembre)

- a) Eritroplasia. *
- b) Leucoplasia.
- c) Liquen plano erosivo.
- d) Hiperplasia pseudoepiteliomatosa.
- e) Todas por igual.

→ lesiones preneoplásicas - eritroplasia = tendencia malignización mayor (90%).

. En el cáncer de cavidad oral. ¿Cuál de los siguientes factores histológicos tiene mayor relevancia en el pronóstico? (2014 enero)

- a) Grado de diferenciación.
- b) Crecimiento perineural.
- c) Crecimiento perivascular.
- d) Presencia de P53 mutada. *
- e) Grosor/infiltración de la lesión.

→ p53 mutada = cáncer cavidad oral/orofaringe asociado a tabaco/alcohol = mal pronóstico

→ p53 inactivada = cáncer cavidad oral/orofaringe asociado a HPV = buen pronóstico

. Ante la presencia de una adenopatía cervical no dolorosa de crecimiento progresivo, en un paciente de 50 años, la actitud inicial más correcta es: (2014 enero)

- a) PAAF.
- b) TC cervical.
- c) Biopsia de la adenopatía.
- d) Analítica completa de sangre.
- e) Exploración de la vía aerodigestiva superior. *

→ tumores cavidad oral - exploración = una de las características de este cáncer es la dureza pétreas en el lugar del tumor que no duele a la palpación.

. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el cáncer de cabeza y cuello? (2023 diciembre)

- a) La localización anatómica.
- b) La presencia de parálisis motora.
- c) Las adenopatías. *
- d) La extensión a áreas adyacentes.
- e) El tipo histológico.

→ el factor pronóstico (+) importante en el cáncer de cabeza y cuello es la presencia de adenopatías cervicales.

. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el cáncer de cabeza y cuello? (2019 diciembre)

- a) El grado de diferenciación celular.
- b) La localización del tumor.
- c) El estadije "T".
- d) La presencia de adenopatías. *
- e) El tipo histológico del tumor.

. ¿Cuál es el lugar más frecuente de aparición de un cáncer de orofaringe/cavidad oral HPV+? (2021 diciembre)

- a) Trígono retromolar.
- b) Amígdala palatina. *
- c) Paladar blando.
- d) Paladar duro.
- e) Lengua.

. ¿Cuál es el lugar más frecuente de aparición de un cáncer asociado al VPH? (2023 diciembre)

- a) Amígdala palatina. *
- b) Lengua.
- c) Trígono retromolar.

- d) Suelo de boca.
- e) Región supraglótica.
- carcinoma orofaringe => paladar blando = amígdalas palatinas (fuerte relación virus papiloma humano)
- tumor amígdala => cáncer orofaríngeo y sobretodo el de amígdala palatina, está muy asociado al VPH.
- cáncer HPV => lugar (+) frec = amígdalas palatinas

. ¿Cuál es el serotipo más relacionado con el carcinoma de orofaringe VPH positivo? (2023 diciembre)

- a) 5.
- b) 13.
- c) 16. *
- d) 24.
- e) 10.

→ cáncer VPH => serotipo 16 = (+) frecuente.

. ¿Cuál es el grado de diferenciación más frecuente en el carcinoma de orofaringe de HPV+? (2017 diciembre)

- a) Pobrementemente. *
- b) Moderadamente.
- c) Bien diferenciado.
- d) Estos tumores no influye el grado de diferenciación.
- e) A, b y c son posibles.

→ cáncer VPH - diferenciación = pobrementemente diferenciado (células neoplásicas se distinguen poco del lugar donde se asientan).

. La P53 es una proteína supresora de tumores, ¿cómo se comporta en un carcinoma de orofaringe HPV+? (2017 diciembre)

- a) Está ausente. *
- b) Está inactivada.
- c) Está mutada.
- d) Su presencia es muy baja.
- e) No tiene influencia en este tumor.

→ cáncer VPH => P53 ausente x inactivación x parte HPV

→ HPV = oncoproteína E6+E7 se unen a proteínas supresores p53+pRB, degradándolas + inactivándolas = regulación anormal ciclo celular

. ¿Con qué infección vírica está relacionado el carcinoma indiferenciado de rinofaringe? (2023 diciembre) (2019 diciembre)

- a) EBV. *
- b) HPV.
- c) HIV.
- d) Herpes simple.
- e) Herpes zóster.

→ tumores rinofaringe - malignos = tipo III = carcinoma indiferenciado = EBV positivo

. ¿Cuál de los siguientes síntomas NO es característico en la forma de comienzo de un carcinoma de cavum? (2017 diciembre)

- a) OMS.
- b) Diplopía.
- c) Odinofagia. *
- d) Epistaxis.
- e) Adenopatía en la cadena espinal.

→ cáncer cavum - formas comienzo:

- ganglionar (+ relevante x pronox) = adenopatía cervical
- otológica = OMS (si comprime trompa Eustaquio)
- hemorrágica = epistaxis -> epistaxis unilateral >60a = siempre descartar neoplasia
- neurológica = oftalmoplejia + diplopía + parálisis laringe
- respiratoria = oclusión completa coanas

. ¿Cuál es la forma de comienzo más frecuente en el carcinoma de cavum o rinofaringe? (2017 diciembre)

- a) Ganglionar. *
- b) Otológica.
- c) Neurológica.
- d) Hemorrágica.
- e) Respiratoria.

→ a ver Maribel, en los apuntes yo entiendo que pone que es la más relevante por su pronóstico y la que hace que los pacientes acudan a consulta.

. Paciente de 49 años de raza oriental que acude por hipoacusia u sensación de taponamiento ótico (OI). Obstrucción nasal unilateral y sensación de adormecimiento facial con dolor ocasional. ¿Cuál sería el diagnóstico más probable? (2014 enero)

- a) Pólipos nasales.
- b) Carcinoma indiferenciado de rinofaringe. *
- c) Sinusitis maxilar.
- d) Herpes Zóster.
- e) Neuralgia del trigémino.

. En el despistaje precoz de un carcinoma de rinofaringe, ¿qué determinaciones serológicas son útiles? (2017 diciembre)

- a) ANCA.
- b) ANA.
- c) EA y VCA. *
- d) ASLO.
- e) No hay determinantes antigénicos.

→ tumores rinofaringe - cancer de cavum - dx = biopsia + TAC/RMN + EA/VCA (antígenos precoces de EBV + Ag capsida viral).

*. Ante la presencia de una metástasis quística de un carcinoma epidermoide en un varón de 42 años, hemos de sospechar: (2019 diciembre)

- a) Carcinoma epidermoide de supraglotis.
- b) Carcinoma epidermoide de hipofaringe.
- c) Carcinoma epidermoide de orofaringe HVP+. *
- d) Carcinoma epidermoide de suelo de boca HPV negativo.
- e) Carcinoma de nasofaringe pobremente diferenciado.

*. ¿Cuál de las características histológicas determinan el pronóstico del carcinoma adenoide quístico? (2017 diciembre)

- a) Grado de diferenciación.
- b) Porcentaje de mitosis.
- c) Invasión perineural. *
- d) Presencia de globos córneos.
- e) Todas son ciertas.

23. EXPLORACIÓN Y SEMIOLOGÍA DE LA LARINGE. DISNEAS LARÍNGEAS AGUDAS Y CRÓNICAS. INTUBACIÓN Y TRAQUEOTOMÍA

. ¿Con qué relacionarías el craqueo laríngeo?: (2022 diciembre)

- a) Con el signo de Hitselberguer.
- b) Con el signo de Moure. *
- c) Con el glomus.
- d) Con la epiglottitis.
- e) Con la traqueotomía.

→ exploración cuello - craqueo laríngeo = signo de Moure positivo = sonido/crujido se siente al al mover el cartílago tiroideo x el roce de las astas tiroideas contra los cuerpos vertebrales.

. La luz NBI es muy útil para realizar: (2019 diciembre)

- a) Exploración del nistagmo.
- b) Exploración de la membrana timpánica.
- c) Exploración de la hipofaringe y laringe. *
- d) Rehabilitación con estímulo optecínético.
- e) Es útil en todos los casos.

. ¿Cuál NO es verdad en relación con la disnea laríngea? (2012 febrero)

- a) El tratamiento no siempre es quirúrgico.
- b) Se asocia a estridor.
- c) Se trata de una disnea inspiratoria.
- d) En ocasiones se asocia a aumento de pulso en la inspiración.
- e) Puede asociarse a reflexión cefálica.

→ disnea laríngea - características:

- mayores = disnea inspiratoria + asociada a estridor + cursa con tiraje
- menores = retroflexión cefálica + ingurgitación venosa y cianosis + aleteo nasal + pulso paradójico Kussmaul (pulso se debilita y acaba desapareciendo durante inspiración) + predominio nocturno

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la disnea laríngea NO es cierta? (2008 febrero)

- a) Es una disnea fundamentalmente espiratoria. *
- b) Se acompaña de estridor.
- c) Puede estar causada por tumores de laringe.
- d) Se acompaña de tiraje.
- e) Es una disnea obstructiva.

→ disnea laríngea - característica mayores = disnea INSPIRATORIA

→ disnea laríngea - etiología - causas adquiridas = tumores (causa más frecuente de disnea laríngea)

. ¿Qué afirmación NO es cierta en la laringomalacia? (2013 enero)

- a) Se colapsa la laringe.
- b) En ocasiones se succiona la epiglottis.
- c) Hay estridor y tiraje.
- d) Siempre hay disnea. *
- e) Se debe a una debilidad del esqueleto laríngeo.

→ disnea laríngea - causas congénitas = laringomalacia:

- estridor congénito de la laringe
- debilidad armazón cartilaginoso de la laringe
- colapso laringe durante inspiración (manifiesta en forma estridor)

. ¿Cuál es el tratamiento indicado en la laringomalacia?: (2022 diciembre)

- a) Vitaminas del grupo B.
- b) Clindamicina.
- c) Suplementos de calcio. *
- d) Antiinflamatorios.
- e) Torasemida.

→ laringomalacia - etiología = déficit calcio en esqueleto laríngeo => tto = resolución espontánea + suplementos calcio

. ¿Cuál de las siguientes afecciones NO es causa de una disnea laríngea? (2006 febrero)

- a) Epiglotitis.
- b) Tumor laríngeo.
- c) Parálisis laríngea.
- d) Distonía laríngea. *
- e) Traumas cervicales.

→ disnea laríngea c etiología - causas adquiridas = infecciones (epiglotitis) + papilomatosis laríngea + edema Reinke + cuerpos extraños + traumatismos + tumores + parálisis laríngeas

. ¿Cuál de los siguientes procesos NO es una lesión precancerosa? (2019 diciembre)

- a) Edema de Reinke. *
- b) Laringitis crónica hipertrófica.
- c) Leucoplasia laríngea.
- d) Papilomatosis.
- e) Hiperplasia epitelial con displasia.

→ disnea laríngea - etiología - causas adquiridas = edema de Reinke (no es una lesión premaligna).

. ¿Qué maniobra debemos de utilizar para la expulsión de un cuerpo extraño laríngeo? (2017 diciembre)

- a) Maniobra de Heimlich. *
- b) Maniobra de Semont.
- c) Maniobra de Ramsay Hunt.
- d) Maniobra de Jendrasik.
- e) Todas son útiles.

→ disnea laríngea - etiología - causas adquiridas = cuerpos extraños → con tos puede ser suficiente, si no podemos recurrir a maniobra de Heimlich.

. ¿Cómo se denomina la maniobra que sirve para provocar la expulsión de un cuerpo extraño laríngeo? (2013 enero)

- a) Laringoversión.
- b) Maniobra de Jendrasik.
- c) Maniobra de Heimlich. *
- d) Todas pueden ser válidas
- e) Sólo "b" y "c" son ciertas.

. ¿A qué nivel es la mejor localización para hacer una traqueotomía no urgente? (2022 diciembre)

- a) Entre el primer y segundo anillo traqueal.
- b) Entre el cartilago hioides y cricoides.
- c) En la membrana crico-tiroidea.
- d) Entre el segundo y tercer anillo traqueal. *
- e) Por debajo del cartilago cricoides y primer anillo.

→ traqueotomía = abrimos tráquea entre 2º-3º cartílago.

*. ¿Cuál de los siguientes NO es una indicación de traqueotomía? (2021 diciembre)

- a) Obstrucción laríngea mecánica.
- b) Intubación imposible.
- c) Técnica puente antes del ingreso en UCI. *
- d) Intubación prolongada.
- e) Obstrucción por secreciones o insuficiencia respiratoria (prolongada).

. ¿A qué nivel anatómico es la mejor localización para hacer una traqueotomía urgente? (2023 diciembre)

- a) Entre el primer y el segundo anillo traqueal.
- b) Entre el cartilago tiroides y el hioides.
- c) Entre el cricoides y el tiroides. *
- d) Entre el segundo y el tercer anillo traqueal.
- e) Entre el cartilago cricoides y el primer anillo traqueal.

→ traqueotomía emergencia = circotirotomía = apertura entre cartílagos cricoides y tiroides (laringotomía intercricotiroidea)
→ es el lugar que nos da un acceso más superficial a la laringe.

. En una situación de extrema urgencia, ¿cuál es el mejor acceso para abrir la laringe? (2019 diciembre)

- a) En primer y segundo anillo traqueal.
- b) Entre el tiroides y el primer anillo.
- c) A nivel de la membrana cricotiroidea. *
- d) A nivel del tercer y cuarto anillo traqueal.
- e) Ninguna es correcta.

→ tto emergencia - traqueotomía urgencia = cricotirotomía (/coniotomía) = aperturas nivel membrana cricotiroidea (entre cartílago tiroides y cricoides).

. El tratamiento con menos riesgo de una disnea laríngea aguda en un medio no hospitalario es la apertura laríngea entre: (2017 diciembre)

- a) El primer y el segundo anillo traqueal. *
 - b) Entre el cartílago cricoides y el primer anillo.
 - c) Entre el cartílago hioides y tiroides.
 - d) Por encima del hioides.
 - e) Cualquier abordaje es sencillo.
- estaría mal, sería ente el cartílago cricoides y tiroides

. La traqueotomía de extrema urgencia debe realizarse: (2013 enero)

- a) Entre primer y segundo anillo traqueal.
- b) Entre tercero y cuarto anillo.
- c) En la membrana cricotiroidea. *
- d) En la membrana interaritenoides.
- e) A nivel de la quilla tiroidea.

. ¿Para qué sirve la cricotirotomía? (2012 febrero)

- a) Para tratar el edema de Reinke.
- b) Como tratamiento de la laringitis crónica.
- c) Como traite mentó del quiste bronquial.
- d) Técnica de urgencia ante una obstrucción laríngea. *
- e) Técnica de urgencia en la parálisis recurrencial unilateral.

→ tto emergencia = cricotirotomía

. ¿Cuál de estas NO es una complicación de la traqueotomía? (2012 febrero)

- a) Enfisema alrededor del traqueostoma.
- b) Enfisema cervical.
- c) Hemorragia.
- d) Enfisema mediastino.
- e) Parálisis laríngea. *

→ traqueotomía - complicación = hemorragias + enfisema subcutáneo (notamos cuello crepita) + enfisema mediastínico

24. DISFONÍAS AGUDAS. LARINGITIS AGUDAS Y CRÓNICAS. LARINGITIS INESPECÍFICAS. LESIONES PRECANCEROSAS.

. Todas las siguientes formas de laringitis aguda pueden comprometer la vía aérea de forma aguda, produciendo disnea, salvo una. ¿Cuál es? (2023 diciembre)

- a) Edema angioneurótico.
- b) Laringotraqueobronquitis.
- c) Laringitis supraglótica (epiglotitis) del niño.
- d) Laringitis supraglótica (epiglotitis) del adulto.
- e) Laringitis catarral aguda del adulto. *

→ laringitis aguda

- laringitis catarral aguda del adulto = disfonía
 - laringitis supraglótica / epiglotitis (adulto/niño) = urgencia médica → ingreso hospitalario x obstrucción vía respi (niños más grave xq vía respiratoria menor)
 - laringitis subglótica = con componente de insuficiencia respiratoria con disnea y estridor (cuadro alarmante pero no grave)
 - laringotraqueobronquitis = insuficiencia respiratoria + need hospitalización.
- edema alérgico laríngeo - edema angioneurótico hereditario = puede afectar vía respiratoria

. En un paciente de 40 años, que acude a Urgencias con odinofagia, disfagia, fiebre elevada y dificultad respiratoria de unas horas de evolución, pero con mal estado general, habrá que descartar inicialmente: (2022 diciembre)

- a) Faringitis aguda.
- b) Laringitis catarral aguda.
- c) Asma bronquial.
- d) Epiglotitis. *
- e) Edema laríngeo.

→ laringitis supraglótica / epiglotitis del adulto - cuadro clínica = disfagia y odinofagia intensas + fiebre elevada + disnea

. La vacunación contra el Haemophilus influenzae en la infancia ha supuesto la disminución importante de una de las siguientes patologías: (2021 diciembre)

- a) Laringitis catarral aguda.
- b) Laringotraqueobronquitis.
- c) Amigdalitis aguda.
- d) Epiglotitis aguda. *
- e) Laringitis subglótica.

→ laringitis aguda - supraglótica/epiglotitis - niño ⇒ etiología: Haemophilus influenzae tipo B = incidencia descendido espectacularmente desde que se instauró vacunación frente a él.

. El edema angioneurótico hereditario: (2022 diciembre)

- a) Es una entidad frecuente.
- b) Responde muy bien a los antihistamínicos y corticoides.
- c) Suele cursar con síntomas leves.
- d) Uno de los tratamientos de elección es el Firazyr. *
- e) No afecta nunca a la laringe.

→ edema angioneurótico:

- enfermedad genética autosómica dominante rara
- causada x deficiencia inhibidor C1 esterasa = activación incontrolada de cascada complemento + elevación bradicina
- paciente cursa con edema recurrente que puede afectar a vías respiratorias / digestiva / subcutáneo
- Tto = admin inhibidor C1 esterasa (acetato de icatibant/ Firazyr)
- NO responde a antihistamínicos ni corticoides

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la laringitis crónica inespecífica es cierta? (2023 diciembre)

- a) La localización más habitual es la epiglotis.
- b) El principal factor de riesgo es el hábito tabáquico. *
- c) Nunca se transforma en una lesión maligna.
- d) Se trata con corticoides por vía oral.
- e) La laringoestroboscopia es útil para el diagnóstico, pero no para el seguimiento.

- laringitis crónicas inespecíficas
- localización preferente = cuerdas vocales
- etiología = agentes irritantes → tabaco
- laringoetroboscopia = buen instrumento para seguimiento al visualizar onda vocal → buen seguimiento lesión maligna (seguimiento lesión maligna que puede malignizar = onda conservada - benigno / onda ausente = maligno).
- tto = eliminar FR (tabaco) + vigilancia clínica (de las lesiones benignas con riesgo de malignizar) + microcirugía

. Para visualizar la onda vocal durante la fonación, la exploración adecuada será: (2021 diciembre)

- a) Fibroscopia mediante luz blanca.
- b) Fibroscopia con NBI (narrow band imaging).
- c) Laringoscopia con luz estroboscópica. *
- d) Exploración radioscópica laríngea.
- e) Ninguna de las anteriores.

→ laringitis crónicas inespecíficas - dx = laringoestroboscopia (la luz estroboscópica son pulsos de luz y nos permite visualizar la onda vocal).

. La exploración laríngea mediante luz estroboscópica: (2017 diciembre)

- a) Muestra mediante un filtro de luz la vascularización de la cuerda vocal.
- b) Confirma la malignización de una lesión premaligna laríngea.
- c) Permite visualizar la onda vocal durante la fonación. *
- d) Requiere anestesia general para su realización.
- e) No es una exploración útil en el seguimiento clínico de las laringitis crónicas.

. La luz NBI es muy útil para realizar: (2019 diciembre)

- a) Exploración del nistagmo.
- b) Exploración de la membrana timpánica.
- c) Exploración de la hipofaringe y laringe. *
- d) Rehabilitación con estímulo optecinéctico.
- e) Es útil en todos los casos.

→ laringitis crónicas inespecíficas - dx = laringoscopia con luz NBI

. ¿Cuál de estos hallazgos anatomopatológicos en el estudio de una biopsia laríngea indica riesgo elevado de malignización? (2021 diciembre)

- a) Hiperqueratosis.
- b) Acantosis.
- c) Displasia. *
- d) Paraqueratosis.
- e) Hiperplasia epitelial.

→ lesiones precancerosas = 1. Epitelio normal → 2. Hiperplasia (Acantosis) → 3. Hiperqueratosis sin atipia (paraqueratosis) → 4. Hiperqueratosis con atipia = displasia → 5. Carcinoma in situ → 6. Carcinoma microinvasor

25. DISFONÍAS CRÓNICAS

. ¿Cuál de las siguientes medidas terapéuticas NO es de primera elección en una paciente con nódulos vocales? (2019 diciembre)

- a) Reposo vocal.
- b) Microcirugía laríngea. *
- c) Higiene vocal.
- d) Logopedia.
- e) Técnicas de relajación.

→ nódulos vocales - tto 1ª elección = higiene vocal + logopedia + reposo
2ª elección = Cx

. Señale la respuesta verdadera respecto a los pólipos vocales: (2022 diciembre)

- a) Suelen ser bilaterales.
- b) Se producen por hemorragias epiteliales.
- c) Aparecen con predominio en adultos varones.
- d) El abuso vocal suele ser continuado.
- e) Se tratan fundamentalmente mediante logopedia.

. Señale la respuesta verdadera respecto a los pólipos vocales: (2022 diciembre)

- a) Suelen ser bilaterales.
→ pólipos = lesiones unilaterales
- b) Se producen por hemorragias epiteliales.
→ abuso puntual voz (grito) = hemorragia subepitelial = reorganiza forma hialina = pólipo
- c) Aparecen con predominio en adultos varones.
→ pólipo = sobretodo en varones adultos. *
- d) El abuso vocal suele ser continuado.
→ pólipo = x abuso puntual
- e) Se tratan fundamentalmente mediante logopedia.
→ pólipo - tto = Cx (fonocirugía) => ¡recuerda! tto logopedia = nódulos

. Paciente de 45 años, fumador, muy hablador y con hábito de gritar, que consulta por disfonía no progresiva desde hace años; el diagnóstico más probable será: (2021 diciembre)

- a) Pólipo en cuerda vocal. *
- b) Cáncer de faringe.
- c) Tuberculosis laríngea.
- d) Reflujo gastroesofágico.
- e) Faringitis crónica.

→ pseudo tumor laríngeo - pólipo = lesiones unilaterales + st varones adultos + causa abuso puntual voz como grito.

. ¿Cuál de las siguientes lesiones benignas laríngeas NO se produce por afectación de la glotis membranosa? (2021 diciembre)

- a) Nódulos de los cantantes.
- b) Edema de Reinke.
- c) Granuloma posterior. *
- d) Quiste mucoso.
- e) Pólipo vocal.

→ pseudo tumor laríngeo = localizan en unión 2/3 anteriores cuerdas vocales (glotis membranosa) ¡EXCEPTO! granulomas post = única lesión localiza en 1/3 post cuerdas vocales (glotis/cuerda cartilaginosa).

	QUISTE SACULAR	LARINGOCELE
Comunicación con ventrículo	no	sí
Contenido	moco	aire
Frecuencia	muy frecuentes	muy raros

Clínica	- disfonía (x peso sobre cuerda) - sensación cuerpo extraño	- disfonía progresiva - dolor
Recomendación	TAC	TAC
Tto	Cx endoscopia con láser CO2	- interno = Cx endoscopia láser CO2 - externo = cervicotomía

. ¿Cuál es el tipo de papiloma más típicamente relacionado con la papilomatosis laríngea? (2022 diciembre)

- a) 1.
- b) 16.
- c) 18.
- d) 6.*
- e) 52.

→ papilomatosis respiratoria recurrente = enfermedad vírica x VPH st x serotipos 6 + 11.

. Señale la FALSA en relación con el reflujo faringolaríngeo: (2021 diciembre)

- a) Engloba una serie de manifestaciones atípicas del reflujo gastroesofágico.
- b) Es una entidad poco frecuente, aunque de clínica altamente específica.
- c) Se trata con pautas dietéticas y con inhibidores de la bomba de potasio.
- d) El empedrado faríngeo, la barra interaritenoides y el pseudosulcus son algunos de los signos apreciables mediante exploración.
- e) En ocasiones, para su diagnóstico es necesaria la realización de una endoscopia digestiva alta.

→ Reflujo faríngeo-laríngeo

- clínica extraesofágica o atípica
- aparece en 15% pacientes con clínica voz pero es totalmente inespecífica
- signos = hiperplasia linfoides posterior (empedrado) + estenosis subglótica (pseudosulcus)
- dx = clínica + endoscopia digestiva alta (si persiste clínica tras tto)
- tto = IBP + higiene reflujo (alimentos evitar)

26. TUMORES MALIGNOS DE LARINGE E HIPOFARNGE

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es errónea?: (2022 diciembre)

- a) El cáncer de laringe más frecuente es el epidermoide.
- b) Los tumores subglóticos son los de localización más frecuente y sintomatología más precoz.
- c) En los tumores de seno piriforme, el primer síntoma puede ser una adenopatía en la región laterocervical del cuello.
- d) En los tumores glóticos, el primer síntoma suele ser la disfonía.
- e) En los tumores supraglóticos, la disnea puede presentarse antes que la disfonía.

. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es errónea?: (2022 diciembre)

- a) El cáncer de laringe más frecuente es el epidermoide.
→ vías aéreo-digestivas = epitelio mucosa es estratificado NO queratinizado <- sufre acción directa tóxicos = carcinoma epidermoide (predomina 94%)
- b) Los tumores subglóticos son los de localización más frecuente y sintomatología más precoz.
→ cáncer laríngeo (+) frecuente = glotis // origen subglóticos raro
→ cáncer glótico = síntoma 1º disfonía que se manifiesta con lesiones pequeñas lo que hace que el paciente vaya a la consulta de forma temprana = indentufyca en estadios precoces
- c) En los tumores de seno piriforme, el primer síntoma puede ser una adenopatía en la región laterocervical del cuello.
→ cáncer seno periforme = muy frecuentemente aparecen adenopatías cervicales (aunque dice que pueden debutar con disfonía y con disfagia u odinofagia). (No sabría decir cuál es el primero).
- d) En los tumores glóticos, el primer síntoma suele ser la disfonía.
→ cáncer glotis = 1er síntoma disfonía
- e) En los tumores supraglóticos, la disnea puede presentarse antes que la disfonía.
→ no he leído que pueda presentar antes disnea que disfonía, es más, dice que raramente el cáncer supraglóticos invade cuerdas vocales y es esto lo que produce la disfonía y la disnea.

. ¿Cuál de los siguientes síntomas se manifiesta de forma inicial en un carcinoma supraglótico? (2021 diciembre)

- a) Disfonía.
- b) Adenopatías.
- c) Sensación de cuerpo extraño. *
- d) Disnea.
- e) Todas son ciertas.

→ cáncer supraglótico = sensación cuerpo extraño.

. La disnea es un síntoma fundamental en el inicio del cáncer de: (2023 diciembre)

- a) Seno piriforme.
 - b) Región supraglótica.
 - c) Región subglótica. *
 - d) Cuerdas vocales.
 - e) Banda ventricular.
- cáncer subglóticos- clínica (+) frec = disnea (típica cáncer laringe - inspiratoria)

. ¿Cuál es la característica esencial en una ecografía de las metástasis cervicales? (2023 diciembre)

- a) Múltiples.
 - b) Mayores de 2 cm.
 - c) Contenido quístico.
 - d) Ausencia de hilio. *
 - e) Con ecografía es imposible decretar ganglios metastatizados.
- ecografía = diferencias ganglios benignos y malignos → malignos = esféricos + NO pedículo

. ¿Cuál es el factor pronóstico más importante en el cáncer de cabeza y cuello? (2023 diciembre)

- a) La localización anatómica.
 - b) La presencia de parálisis motora.
 - c) Las adenopatías. *
 - d) La extensión a áreas adyacentes.
 - e) El tipo histológico.
- el factor pronóstico más importante en el cáncer de cabeza y cuello es la presencia de adenopatías cervicales

. Cuando un TC de un cáncer de laringe demuestra la afectación del cartílago tiroideo, ¿cuál sería el tratamiento? (2023 diciembre)

- a) Radioterapia.
- b) Radioterapia y quimioterapia.
- c) Laringectomía parcial más radioterapia.
- d) Tratamiento paliativo.
- e) Laringectomía total más radioterapia. *

→ TAC determina invasión cartílago = T4 → extirpar todo con Cx y no dar RT/QT.

→ elección entre laringectomía total o protocolo preservación órganos del de invasión cartílago tiroides confirmado x TAC = si hay invasión se plantea Cx total/radical.

→ en clase se insistió mucho que el uso de RT tp dependerá de la edad del paciente por la elevada capacidad de inducción cancerígena de la misma.

. Paciente de 51 años, fumador y bebedor, que acude a la consulta por disfonía y en la exploración se aprecia un carcinoma epidermoide de CVD con cuerda vocal fija y que en un TAC se aprecia infiltración del cartílago tiroideo. ¿Cuál sería la mejor opción de tratamiento inicial? (2021 diciembre)

- a) Laringectomía total. *
- b) Laringectomía parcial.
- c) Quimioterapia.
- d) Radioterapia.
- e) Quimio/radioterapia como protocolo de preservación de órganos.

→ TAC = invasión cartílago tiroides = T4 = Cx total/radical

→ cuerda vocal fija (cancer ha infiltrado espacio paraglótico = cancer (+) avanzado = NO posible realizar técnicas parciales = tto: Cx radical.

27. PARÁLISIS LARÍNGEA

. Paciente que acude a consulta por disfonía de un mes de evolución. En la exploración presenta una parálisis de CVI en posición paramedia y la exploración cervical y endoscópica es normal. ¿En qué proceso de los siguientes deberíamos pensar? (2021 diciembre)

- a) Cáncer de CVI.
 - b) Cáncer supraglótico.
 - c) Cáncer subglótico.
 - d) Tumor de origen broncogénico. *
 - e) Paraganglioma yugulotimpánico.
- parálisis unilateral nervio recurrente
- (+) frecuente nervio lado izq (trayecto + largo al rodear arco aorta)
 - síntoma fundamental = disfonía
 - parálisis todos músculos excepto cricotiroides (inevad x nervio laríngeo sup)
 - cuerda vocal = posición paramediana.

. Sólo uno de los siguientes hallazgos clínicos no está producido por el hiato glótico característico de las parálisis laríngicas unilaterales: (2022 diciembre)

- a) Fonastenia.
 - b) Voz aérea.
 - c) Disfagia para sólidos. *
 - d) TMF acortado.
 - e) Falsete paralítico.
- parálisis unilateral nervio recurrente = síntoma disfonía o incluso asintomático

. Un varón de 52 años acude a consulta por disfonía. En la exploración, se objetiva una parálisis laríngea unilateral izquierda, con una parálisis de la hemilengua del mismo lado, sin otras alteraciones en la exploración de pares craneales. ¿Cuál es el diagnóstico? (2023 diciembre)

- a) Síndrome de Villaret.
 - b) Síndrome de Collet-Sicard.
 - c) Síndrome de Avellis.
 - d) Síndrome de Tapia. *
 - e) Síndrome de Jackson.
- Sd Tapia = X + XII (lengua nueva) = parálisis: recurrencial unilateral + hemilengua

. Señale qué técnica quirúrgica no se utiliza en la corrección de la parálisis unilateral de cuerda vocal: (2022 diciembre)

- a) Laringoplastia con hidroxipatita.
 - b) Aritenoidectomía parcial. *
 - c) Aducción aritenoidea.
 - d) Reinervación laríngea.
 - e) Tiroplastia tipo I.
- tto
- parálisis unilateral = expectante + si repercusión importante = inyección intracordal + tiroplastia tipo I
 - parálisis bilaterales = traqueotomía + aritenoidectomía + cordectomía

28. TRASTORNOS DEL LENGUAJE HABLADO Y ALTERACIONES DE LA PALABRA

. Señala la respuesta falsa en relación con el trastorno específico del lenguaje (TEL): (2021 diciembre)

- a) Es un retraso cronológico o madurativo. *
- b) Puede afectar a una o más facetas del lenguaje.
- c) Suele estar afectada la comprensión del lenguaje.
- d) No se relaciona con hipoacusia.
- e) No se afecta la dimensión social.

→ retraso simple del lenguaje (RSL) = retraso cronológico y madurativo.

→ trastorno específico del lenguaje (TEL) = trastorno grave y duradero + puede implicar a una o más facetas del lenguaje + puede ser de predominio expresivo o también afectar a la comprensión.

→ trastorno del espectro autista (TEA) ⇒ dx dif TEL = TEL (afectación lingüística) / TEA (afectación lingüística y social).

. Señala la respuesta correcta con respecto a un niño de 4 años que consulta por dificultades para la articulación de fonema /R/ y que presenta un frenillo lingual corto: (2021 diciembre)

- a) Es un tipo de dislalia llamada rotacismo. *
- b) Es una disglosia.
- c) El diagnóstico más probable es trastorno específico del lenguaje (TEL).
- d) Suele corregirse espontáneamente a los 6 años.
- e) Las respuestas a y b son ciertas.

→ trastornos habla - trastornos articulación - dislalias:

- alteración fonética/fonológica sin causa orgánica o neurológica

- (+) común en niños

- /R/ = rotacismo (dificultad para pronunciar R)

- tto = apoyo logopedico + familiar + escolar

→ mi chocho moreno puso primero lo anterior con la respuesta de que era rotacismo pero la clave está en la dificultad del fonema viene por un frenillo lingual corto (siendo esta una causa orgánica).

→ trastornos habla - trastornos articulación - disglosias:

- alteración orgánica de los órganos articuladores del lenguaje

- tipo lingual = anquiloglosia (frenillo corto y anterior provocará rotacismo)

. ¿Cuál de las siguientes alteraciones anatómicas puede producir dificultad en la articulación del fonema /r/? (2022 diciembre)

- a) Paladar hendido.
- b) Prognatismo.
- c) Retrognatia.
- d) Paladar ojival.
- e) Anquiloglosia. *

→ trastornos habla - articulación = disglosias - linguales = anquiloglosia = frenillo corto + anterior = rotacismo

. En un niño de 3 años que comienza su educación infantil, pero solo emite palabras sueltas y se comunica básicamente por gestos con sus compañeros de clase, sin aparente problema de comprensión, habrá que descartar: (2022 diciembre)

- a) Trastorno del espectro autista.
- b) Retraso madurativo del lenguaje.
- c) Hipertrofia adenoidea.
- d) Trastorno específico del lenguaje expresivo.
- e) Mutismo.

→ descartaría trastorno específico del lenguaje (TEL) ya que la comprensión no está alterada y Trastorno espectro autista (TEA) xq se comunica con sus compañeros (a través de gestos porque no puede/sabe hablar)

29. ADENOPATÍAS Y TUMORES CERVICALES

. ¿Cuál es la característica esencial en una ecografía de las metástasis cervicales? (2023 diciembre)

- a) Múltiples.
- b) Mayores de 2 cm.
- c) Contenido quístico.
- d) Ausencia de hilio. *
- e) Con ecografía es imposible decretar ganglios metastatizados.

→ ecografía = diferencias ganglios benignos y malignos → malignos = esféricos + NO pedículo

. En cuanto a las anomalías branquiales, señala la correcta: (2021 diciembre)

- a) Todas las anomalías branquiales son profundas al platisma.
- b) La mayoría proceden de la 1ª hendidura branquial.
- c) La fístula branquial es una comunicación de la disontogenia solo con el exterior.
- d) La fístula branquial es más frecuente que el quiste branquial.
- e) La anomalía de la 2ª hendidura tipo II es la más común y está en contacto con los grandes vasos cervicales. *

→ tumores congénitos cervicales

- centrales = pertenecen fundamentalmente a gl tiroidea (quiste tirogloso)
- laterales = proceden arcos braquiales → (+) común 2º arco.

. En la cirugía del quiste tirogloso (Sistrunk), señala la correcta: (2021 diciembre)

- a) Se realiza disecando los grandes vasos cervicales.
- b) Se sigue el conducto tirogloso hasta el hueso hioides y se liga a este nivel.
- c) Los quistes suelen estar entre el hueso hioides y la base de la lengua.
- d) En la cirugía se debe incluir en la resección el cuerpo del hioides. *
- e) Los quistes tiroglosos son las disontogenias menos frecuentes.

→ en clase sólo se dijo que los tumores congénitos centrales suelen derivar de la gl tiroidea, como el quiste tirogloso, que está alrededor del hueso hioides y su tto es siempre Qx.

30. PATOLOGÍA GLÁNDULAS SALIVARES

. La edad avanzada, la diabetes, la deshidratación y la desnutrición son factores de riesgo para la aparición de una de las siguientes entidades. ¿Cuál? (2023 diciembre)

- a) Sialoadenitis aguda bacteriana. *
- b) Sialolitiasis de la glándula submaxilar.
- c) Ránula.
- d) Sialoadenitis aguda vírica epidémica.
- e) Sialolitiasis de la glándula parótida.

→ patología inflamatoria gl salivares - infecciones = sialoadenitis → bacteriana = favorecido x factores: prematuros + ancianos + inmunodeprimidos + bocas sépticas + deshidratados + malnutridos.

. ¿Cuál de los siguientes no es factor favorecedor de la sialoadenitis aguda bacteriana? (2022 diciembre)

- a) Edad avanzada.
- b) Sexo femenino.
- c) Deshidratación.
- d) Boca séptica.
- e) Diabetes.

. Las siguientes afirmaciones sobre los tumores de las glándulas salivales son falsas, salvo una. ¿Cuál es la verdadera? (2023 diciembre)

- a) El adenoma pleomorfo con frecuencia es bilateral.
- b) El tratamiento del tumor de Warthin exige la extirpación de toda la glándula.
- c) El carcinoma adenoide quístico es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales.
- d) La radioterapia es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma adenoide quístico.
- e) El adenoma pleomorfo es un tumor benigno que en algunas ocasiones se puede malignizar.

. Las siguientes afirmaciones sobre los tumores de las glándulas salivales son falsas, salvo una. ¿Cuál es la verdadera? (2023 diciembre)

- a) El adenoma pleomorfo con frecuencia es bilateral.
→ tumor Warthin = bilaterales
- b) El tratamiento del tumor de Warthin exige la extirpación de toda la glándula.
→ adenoma pleomorfo - tto = extirpación toda glándula
→ tumor Warthin - tto = extirpación - enucleación
- c) El carcinoma adenoide quístico es el tumor maligno más frecuente de las glándulas salivales.
→ carcinoma mucoepidermoide = (+) frecuente
→ carcinoma adenoide quístico = (+) frecuente entre los tumores malignos de la glándula submaxilar (no hay que saberlo ni es relevante)
- d) La radioterapia es un factor de riesgo para el desarrollo de carcinoma adenoide quístico.
→ carcinoma mucoepidermoide ⇒ factor desencadenante = RT previa.
- e) El adenoma pleomorfo es un tumor benigno que en algunas ocasiones se puede malignizar.
→ adenoma pleomorfo = 5-10% maligniza = carcinoma exadenoma pleomorfo

. Solo una de las siguientes afirmaciones sobre los tumores de las glándulas salivales es verdadera. ¿Cuál es? (2022 diciembre)

- a) La mayor parte de los tumores asientan en la glándula submaxilar.
- b) La mayoría de los tumores de parótida son malignos.
- c) El tumor de Warthin es el más frecuente en la parótida.
- d) El adenoma pleomorfo es un tumor benigno que en ocasiones se maligniza.
- e) El carcinoma adenoide quístico da metástasis a distancia solo excepcionalmente.

. Solo una de las siguientes afirmaciones sobre los tumores de las glándulas salivales es verdadera. ¿Cuál es? (2022 diciembre)

- a) La mayor parte de los tumores asientan en la glándula submaxilar.
→ tumores glándulas salivares mayores = (+) frecuentes en glándula parótida
- b) La mayoría de los tumores de parótida son malignos.
→ (+) tamaño glándula = (+) probable benigno ⇒ tumores parótida 80% benignos
- c) El tumor de Warthin es el más frecuente en la parótida.

- adenoma pleomorfo = (+) frec → 80% son tumores glándula parótida
- d) El adenoma pleomorfo es un tumor benigno que en ocasiones se maligniza.
- adenoma pleomorfo ⇒ 80% se presentan en la parótida → 80% tumores parótida = benignos → 80% tumores benignos gl parótida = adenomas pleomorfos
- adenoma pleomorfo ⇒ 2-10% malignizar
- e) El carcinoma adenoide quístico da metástasis a distancia solo excepcionalmente.
- carcinoma adenoide quístico = metástasis a distancia 45% - st pulmón (incluso años después)

. ¿Qué característica NO es cierta en los tumores de glándulas salivales? (2021 diciembre)

- a) El tumor mixto es el más frecuente. *
- b) Son más frecuentes los tumores benignos que los malignos en las glándulas salivales menores.
- c) Los tumores benignos pueden malignizarse.
- d) La glándula parótida es el lugar de asiento más frecuente.
- e) Todas son ciertas.