

PRIMER PARCIAL

1. Mujer de 56 años, que presenta en los últimos años clínica de vértigo rotatorio, recurrente, en forma de episodios que se inician con sensación de plenitud ótica derecha, que duran entre 2 y 3 horas y que posteriormente durante unos días cursa con inestabilidad. Asimismo, la paciente refiere acúfenos en oído derecho e hipoacusia fluctuante. A la paciente se le ha practicado una RM craneal informada como normal y una audiometría que evidencia una hipoacusia neurosensorial moderada en oído derecho.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Vértigo de origen central.
2. Enfermedad de Ménière.
3. Vértigo posicional paroxístico benigno.
4. Neuritis vestibular.
5. Schwannoma del nervio vestibular.

2. ¿Cuál de la siguiente es falsa?:

1. La Migraña vestibular es una causa muy poco frecuente de vértigo.
2. Para el diagnóstico del vértigo posicional paroxístico benigno se utiliza la maniobra de Dix-Hallpike.
3. La enfermedad de Ménière suele cursar con hipoacusia y acúfeno.
4. En la neuronitis vestibular la audición está normal.
5. La lesión anatomopatológica típica de la Enfermedad de Ménière es un Hidrops endolinfático.

3. ¿Cuál de las siguientes características no es típica de un vértigo periférico?:

1. Inicio brusco.
2. Hipoacusia y o acúfeno asociados.
3. Cortejo vegetativo acompañante.
4. Evolución en forma de crisis.
5. Presencia de nistagmo vertical.

4. Mujer de 34 años, madre de 3 hijos, que acude a su consulta presentando una hipoacusia derecha, con Rinne negativo derecho y positivo izquierdo y Weber con lateralización al lado derecho. La otoscopia es normal en ambos oídos, audiométricamente tiene una hipoacusia de transmisión derecha y el reflejo estapediano es negativo. Su sospecha inicial será:

1. Otitis serosa.
2. Timpanoesclerosis.
3. Hipoacusia súbita.
4. Otosclerosis.
5. Neuronitis vestibular.

5. Si hacemos fijar la vista en un punto a un paciente con vértigo y nistagmo de origen periférico, observaremos que el nistagmo:

1. No se modifica.
2. Disminuye o desaparece.
3. Aumenta.
4. Cambia de dirección.
5. Es de dirección vertical.

6. La hipoacusia de conducción por otosclerosis está producida por la aparición de un foco de hueso neoformado en:

1. Articulación incudomaleolar.
2. Márgenes de ventana oval.
3. Capa hiliar del oído medio.
4. Ligamento espiral.
5. Membrana timpánica.

7. El Síndrome de Ramsay Hunt se caracteriza por parálisis facial que acompaña a:

1. Otitis media colestomatosa.
2. Parálisis yatrogénica.
3. Parálisis por traumatismo craneal.
4. Neurinoma del facial.
5. Herpes zóster.

8. Ante un cuadro de hipoacusia neurosensorial unilateral que se acompaña de hipoestesia corneal y signo de Hitselberger positivo, el diagnóstico más probable será:

1. Laberintitis aguda.
2. Neurinoma del VIII par craneal.
3. Enfermedad de Ménière.
4. Colesteatoma complicado de oído medio.
5. Neuronitis vestibular.

9. Señale, de lo siguiente, lo más importante en el diagnóstico de los trastornos del equilibrio:

1. Audiometría.
2. Impedanciometría.
3. Videonistagmografía.
4. Anamnesis y exploración clínica.
5. Resonancia nuclear magnética.

10. Paciente de 67 años de edad que presenta dolor de oído derecho de 48 horas de evolución con cefalea, síndrome febril y mal estado general. ¿Qué es lo hay que descartar?:

1. Una meningitis.
2. Una petrositis.
3. Una otitis externa.
4. Una laberintitis serosa.
5. Una laberintitis supurada.

11. Señale la respuesta falsa en relación a la pericondritis:

1. Es frecuente el antecedente traumático.
2. El tratamiento antibiótico debe ser sistémico.
3. Hay riesgo de necrosis del cartilago.
4. El Estafilococo aureus es el germen más frecuentemente aislado.
5. La infección cursa sin afectación del lóbulo de la oreja.

12. Un paciente refiere que todo le da vueltas al acostarse en la cama sobre el lado derecho que le dura unos 20 segundos, a veces con sensación nauseosa, desde hace 6 meses. Indique la medida terapéutica más eficaz:

1. Cinarizina oral.
2. Corticoides orales.
3. Cirugía.
4. Inyección intratimpánica de gentamicina.
5. Maniobra de Epley.

13. Paciente de 63 años de edad con otorrea purulenta de oído izquierdo de 2 meses de evolución que consulta por vértigo intenso, náuseas, vómitos e hipoacusia profunda de dicho oído. En la exploración aparte de la otorrea en el conducto se objetiva un nistagmo horizonte-rotatorio hacia la derecha. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Neuronitis vestibular.
2. Laberintitis purulenta o supurada.
3. Enfermedad de Meniere de oído izquierdo.
4. Migraña vestibular.
5. Vértigo paroxístico benigno.

14. Paciente de 48 años de edad que presenta una hipoacusia crónica de oído izquierdo y episodios frecuentes de otorrea del mismo oído. En la otoscopia presenta otorrea y escamas blanquecinas en la pars flácida. Al intentar aspirar el oído presenta un brote intenso de vértigo. ¿Qué debemos descartar?:

1. Fístula del canal semicircular horizontal.
2. Vértigo paroxístico benigno.
3. Neuronitis vestibular.
4. Síndrome de dehiscencia del canal semicircular superior.
5. Enfermedad de Meniere.

15. Paciente, sordomudo, de 40 años de edad, que consulta por una sinusitis que no cede al tratamiento con augmentine. Se le pauta ciprofloxacino oral 7 días. En la revisión acude a consulta un familiar acusándole de haber matado a su hijo. ¿Qué puede haber pasado?:

1. Lo más probable es que no tenga nada que ver con lo que ha hecho el médico.
2. Quizás tuviese un Síndrome Lange-Nielsen.
3. Es probable que le haya dado un Ictus isquémico.
4. Era alérgico al ciprofloxacino.
5. Es probable que haya hecho una hemorragia subaracnoidea.

16. Le consulta un reumatólogo porque está tratando a un paciente con antibióticos endovenosos por una osteomielitis por gérmenes gram negativos, y tras los primeros 15 días del inicio de la medicación presenta una inestabilidad importante que se acentúa por la noche, con una exploración neurológica normal. ¿Cuál de las siguientes respuestas le parece más razonable?:

1. Para que quiere un otorrino si el paciente no tiene vértigo
2. Habría que descartar que no esté relacionado con el tratamiento antibiótico
3. Lo mejor es que consulte con un neurólogo antes de hacer nada
4. Lo primero le pediría un scanner urgente
5. Una electromiografía nos podría dar mucha información.

17. Mujer de 63 años de edad que presenta un cuadro de vértigo recurrente de más de 20 minutos de duración, hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva y acúfenos. En la exploración presenta una queratitis intersticial no sifilítica. El cuadro auditivo mejora con corticoides. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Neuronitis vestibular.
2. Síndrome de Cogan.
3. Enfermedad de Meniere.
4. Hipoacusia súbita.
5. Vértigo paroxístico benigno.

18. Paciente de 8 años de edad que en el contexto de una otitis media aguda derecha con tímpano íntegro, presenta una parálisis facial ipsilateral. ¿Cuál es el tratamiento más indicado?:

1. Miríngotomía, corticoides y antibióticos.
2. Corticoides y antibióticos.
3. Antibióticos exclusivamente.
4. Vasodilatadores, antibióticos y corticoides.
5. Cirugía de urgencia.

19. Un paciente de 68 años consulta por hipoacusia bilateral que ha ido progresando en los últimos años. La audiometría tonal muestra una hipoacusia neurosensorial bilateral y casi simétrica para ambos oídos por afectación de los tonos agudos. Se comprueba una disminución de la inteligibilidad en el audiograma verbal. ¿Cuál es, de los siguientes, el diagnóstico más probable?:

1. Enfermedad de Ménière bilateral.
2. Presbiacusia.
3. Laberintitis bilateral.
4. Colesteatoma bilateral.
5. Insuficiencia vertebrobasilar.

20. ¿Cuál de las siguientes entidades NO es causa de parálisis facial periférica?:

1. Otitis media crónica colestomatosa.
2. Otitis media aguda.
3. Otitis media secretora.
4. Otitis externa maligna.
5. Herpes zoster ótico.

21. Paciente de 53 años, que tras la administración de dos dosis de estreptomina por tuberculosis resistente presenta una hipoacusia profunda bilateral. ¿Cuál de las siguientes cuestiones considera más importantes?:

1. Antes de iniciar el tratamiento habría que haberle preguntado si tenía antecedentes familiares de hipoacusia por vía materna.
2. Era inevitable. La ototoxicidad por estreptomina es siempre imprevisible.
3. Lo normal es que al retirar el tratamiento antibiótico le desaparezca la hipoacusia.
4. No creo que tenga nada que ver con el tratamiento, es un efecto secundario que puede aparecer en la tuberculosis.
5. Hay que ingresar urgentemente al paciente y poner vasodilatadores endovenosos durante al menos 10 días.

22. ¿Cuál de los siguientes es el diagnóstico más probable en un paciente adulto que presenta una hipoacusia de oído derecho desde hace años con episodios ocasionales de otorrea purulenta, no dolorosos del mismo oído?:

1. Laberintitis recurrente.
2. Otitis media crónica.
3. Miringitis crónica.
4. Otitis media aguda recidivante.
5. Otitis externa crónica.

23. Varón de 35 años, sin antecedentes de interés, que tras una infección de vías aéreas superiores, sufre un síndrome clínico caracterizado por vértigo de inicio súbito, náuseas y vómitos, sin alteración de la audición. El brote dura varias horas con inestabilidad posterior. El diagnóstico más probable es:

1. Enfermedad de Ménière.
2. Neuronitis vestibular.
3. Oclusión de la rama laberíntica de la arteria auditiva interna.
4. Vértigo paroxístico benigno.
5. Neurinoma del acústico.

24. En un paciente de 62 años, con el antecedente de haber trabajado durante cerca de 40 años como ebanista, que desarrolla progresivamente en el curso de 4 meses un cuadro de obstrucción nasal unilateral, rinorrea sanguinolenta y cierto grado de proptosis con desviación del globo ocular hacia afuera y abajo. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Carcinoma epidermoide de seno maxilar.
2. Neuroestesioblastoma olfatorio.
3. Poliposis nasoesfínoidal.
4. Adenocarcinoma de etmoides.
5. Mucocele frontoesfínoidal.

25. El bromuro de ipratropio se utiliza en el tratamiento de:

1. Poliposis nasosinusal.
2. Rinitis vasomotora.
3. Rinitis alérgica estacional.
4. Rinitis alérgica perenne.
5. Rinitis medicamentosa.

26. Paciente varón de 47 años remitido a consulta de ORL por presentar una hipoacusia derecha de 3 meses de evolución a la que se ha asociado recientemente una adenopatía yugulodigástrica ipsilateral. Señale el diagnóstico más probable:

1. Carcinoma parotídeo con extensión a oído externo.
2. Carcinoma parafaríngeo.
3. Carcinoma nasofaríngeo.
4. Otitis externa maligna.
5. Angiofibroma nasofaríngeo.

27. Un niño de 4 años de edad presenta una obstrucción nasal severa. En la rinoscopia anterior se objetivan múltiples neoformaciones bilaterales de aspecto blanquecino/transparente. ¿Qué debemos descartar?:

1. Pólipo solitario de Killian
2. Fibrosis quística
3. Enfermedad maligna
4. Poliposis alérgica
5. Papiloma invertido.

28. Paciente de 60 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por obstrucción nasal unilateral derecha de 6 meses de evolución. En la exploración se objetiva una tumoración de aspecto poliposo. No hay destrucción ósea en el TC ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Pólipo solitario de Killian
2. Papiloma invertido
3. Linfoma
4. Adenocarcinoma etmoidal
5. Sinusitis aguda

29. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA en relación con la otitis media secretoria?:

1. Los niños con paladar hendido son más susceptibles a padecerla.
2. En casos unilaterales en adultos, es obligada la inspección del cavum.
3. Su período de mayor incidencia en climas templados, es de junio a septiembre, coincidiendo con la época de baños.
4. En algunos casos los cultivos de las muestras obtenidas por miringocentesis presentan bacterias.
5. La otoscopia puede mostrar niveles líquidos o burbujas de aire tras el tímpano íntegro.

30. Sobre la atresia de coanas que es falso:

1. Es la malformación nasosinusal más frecuente.
2. En la unilateral hay riesgo para la vida del recién nacido.
3. El síndrome en el que más frecuentemente la encontramos es el CHARGE.
4. En la mayor parte de los casos es membranosa.
5. El tratamiento es quirúrgico.

31. En un paciente de 40 años que tras un traumatismo craneoencefálico hace 15 días presenta una rinorrea acuosa unilateral derecha persistente que no mejora con corticoides tópicos. ¿Qué prueba no es útil para su diagnóstico?:

1. Cisteno-TC con metrizamida.
2. Test de Beta 2 transferrina del líquido de la rinorrea.
3. Resonancia magnética.
4. Ecografía.
5. Cisternografía isotópica.

32. Paciente de 53 años de edad que consulta por anosmia y cefaleas de 4 meses de evolución. Presenta una neoformación en el techo de fosa nasal derecha. En una TC se objetiva una tumoración destructiva de hueso centrada en la lámina cribosa del etmoides. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Carcinoma adenoide quístico.
2. Carcinoma indiferenciado.
3. Rbdomiosarcoma.
4. Papiloma invertido.
5. Estesioneuroblastoma.

33. ¿Cuál es el diagnóstico más probable de un paciente que consulta porque tras la entrada de agua en el CAE mientras se ducha nota hipoacusia de oído derecho?:

1. Una hipoacusia neurosensorial idiopática (sordera súbita).
2. Un tapón de cerumen.
3. Una otitis serosa.
4. Una otitis media aguda.
5. Una otitis externa.

34. Ante un niño de 2 años de edad que presenta un intenso dolor de oído derecho, que ha cedido tras el comienzo de una otorrea ¿Qué tratamiento que le administraría?:

1. Timpanocentesis, analgésicos y antibióticos orales.
2. Antibióticos orales y analgésicos.
3. Antibióticos tópicos y analgésicos.
4. Antibióticos tópicos.
5. No lo trataría.

35. A una paciente de 40 años de edad con una hipoacusia neurosensorial unilateral derecha de 2 años de evolución ¿qué prueba diagnóstica le pediría?:

1. Unos potenciales de estado estable.
2. Un TAC con contraste.
3. Una resonancia magnética.
4. Unas otoemisiones acústicas evocadas.
5. Una tomografía de emisión de positrones.

36. Un paciente de 53 años de edad sin antecedentes de interés que presenta un taponamiento de oído derecho, con una otoscopia en la que se ve un tímpano amarillento (con rinne negativo derecho y weber derecho) que prueba es imprescindible realizar en primer lugar?:

1. Una resonancia magnética.
2. Una endoscopia nasal y faríngea.
3. Unos potenciales evocados auditivos.
4. Unos potenciales de estado estable.
5. Un TAC.

37. ¿Qué germen cree que está implicado en la infección de un niño que tiene un intenso dolor de oído, abombamiento timpánico en la otoscopia y una conjuntivitis purulenta?:

1. Neumococo.
2. St aureus.
3. Hemófilus influenza.
4. B. Catarralis.
5. Cándida.

38. Acuden unos padres con un niño de 5 años de edad porque le notan que no oye bien desde hace 3 meses. ¿Cuál es la causa más probable de su hipoacusia?:

1. La hipoacusia hereditaria.
2. La otitis seromucosa.
3. La otosclerosis.
4. la ototoxicidad.
5. La otitis externa.

39. Mujer de 50 años de edad, sin antecedentes otológicos previos, que consulta porque al levantarse por la mañana presenta una hipoacusia severa de oído derecho y ligera inestabilidad. Tiene una otoscopia normal. ¿Qué tratamiento le recomendaría?:

1. Antibióticos y analgésicos.
2. Cirugía.
3. Corticoides.
4. Audioprótesis.
5. Antimicóticos.

40. Varón de 40 años de edad que en una audiometría le han visto una caída bilateral en ambos oídos en 4000 Hz. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Presbiacusia.
2. Otosclerosis.
3. Trauma acústico crónico.
4. Hipoacusia súbita idiopática.
5. Ototoxicidad.

41. Niño nacido en Santander, de un año de edad, sin antecedentes de interés. Sus padres le notan que no responde a estímulos externos, es decir, que creen que no oye bien. Al nacer pasó las pruebas de screening neonatal de hipoacusia. Tiene un tímpanograma normal. Al hacer otoemisiones acústicas automáticas tiene un “pasa”. En los potenciales evocados de tronco auditivos no hay respuestas a 90 db. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Audición normal.
2. Otitis serosa bilateral.
3. Neuropatía auditiva.
4. Otosclerosis.
5. Mutación del gen de la conexina 26.

42. ¿Qué es falso respecto al implante coclear?:

1. Habitualmente no es útil en pacientes con neurofibromatosis tipo II.
2. En adultos está indicado en hipoacusias neurosensoriales a partir de 50 dB.
3. Se puede poner en niños menores de 1 año de edad.
4. No está indicado en hipoacusias de transmisión puras.
5. Se obtiene peores resultados en pacientes sordomudos.

43. En un niño con una hipoacusia neurosensorial congénita ¿qué prueba tiene más posibilidades de darnos un diagnóstico etiológico de la misma?:

1. Una resonancia magnética.
2. Un TC de hueso temporal.
3. Unos potenciales evocados auditivos.
4. Un estudio del genético.
5. Unos potenciales de estado estable.

44. En un paciente de 18 años de edad que tras un catarro común presenta una sensación de taponamiento de oído derecho. ¿Qué es más probable que encontremos en la exploración?:

1. Un tímpano normal.
2. Un tímpanograma tipo C.
3. Una perforación timpánica.
4. Otorrea.
5. Una hipoacusia neurosensorial unilateral.

45. Señale la estructura que drena a nivel del meato inferior:

1. Seno maxilar.
2. Seno maxilar y celdas etmoidales anteriores.
3. Seno frontal, maxilar y celdas etmoidales inferiores.
4. Conducto lacrimonasal.
5. Seno maxilar y celdas etmoidales posteriores.

46. Paciente de 27 años de edad que consulta por dolor facial derecho, cefalea, obstrucción nasal y rinorrea purulenta del mismo lado de 24 horas de evolución. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Sinusitis aguda.
2. Carcinoma nasal.
3. Rabdomiosarcoma nasal.
4. Poliposis nasal.
5. Granuomatosis de Wegener.

47. Paciente de 46 años de edad que consulta por obstrucción nasal severa de larga evolución, con rinorrea acuosa frecuente. Tiene antecedentes de asma. En la exploración presenta tejido compatible con poliposis bilateral. ¿Cuál de las siguientes es cierta?:

1. Debe evitar los antiinflamatorios no esteroideos.
2. El tratamiento siempre es quirúrgico.
3. Da complicaciones intracraneales frecuentes.
4. Es una sinusitis que desaparece con tratamiento antibiótico.
5. Suele aparecer en el contexto de una micosis.

48. Respecto al tratamiento de las sinusitis aguda, indique la respuesta falsa:

1. Habitualmente se prescriben analgésicos orales.
2. El tratamiento antibiótico suele recomendarse durante 10 días.
3. Los macrólidos son los antibióticos de elección.
4. El tratamiento antibiótico generalmente es empírico.
5. Un tercio de los casos se resuelven espontáneamente.

49. ¿Cuál de las siguientes patologías NO es causa de hipoacusia de transmisión?:

1. Colesteatoma.
2. Otosclerosis.
3. Presbiacusia.
4. Otitis externa.
5. Perforación timpánica.

50. Paciente de 78 años de edad, con una diabetes tipo 2, consulta por dolor intenso de oído derecho de 1 mes de evolución que no ha cedido con tratamiento tópico o sistémico con antibióticos. En la exploración se ve un conducto auditivo externo con pólipos y secreción, no se ve la membrana del tímpano. ¿Qué sospechas que puede tener?:

1. Otitis externa maligna.
2. Colesteatoma.
3. Otitis media necrótica aguda.
4. Granuloma de eosinófilos (histiocitosis X).
5. Otitis media crónica.

51. Mujer de 26 años de edad que acude a urgencias por su pareja le ha dado un bofetón en la oreja derecha hace una hora. Nota taponamiento de dicho oído, sensación de que le retumba la voz en ese lado y ha tenido restos de sangrado que salían por el conducto auditivo externo. ¿Qué esperas encontrar en la otoscopia?:

1. Secreción purulenta.
2. Perforación timpánica.
3. Un signo de Battle.
4. Un tímpano mate.
5. Un otohematoma.

52. Estudiante de medicina de 22 años de edad, que a pesar de que su profesor de otorrino le ha insistido en que no utilice bastoncillos lo sigue haciendo, refiere intenso dolor de oído derecho de 4 horas de evolución. Al intentar hacer la otoscopia nota intenso dolor al tirar del pabellón y empezar a meter el otoscopio. No nos deja hacer otro intento por el daño que le hemos hecho. ¿Qué sospechas que tiene?:

1. Una otitis media crónica activa.
2. Una otitis externa.
3. Una pericondritis.
4. Una otomicosis.
5. Una otitis media aguda.

53. Acude una madre con su hijo de 7 años de edad muy asustada porque su hijo está sangrando por el lado derecho de la nariz desde hace un mes. A veces se despierta con un pequeño charco de sangre en la cama. No tiene antecedentes familiares de sangrados o hematomas. No tiene sangrados a otros niveles ni se le forman hematomas con facilidad. ¿Qué te parece falso?:

1. Lo más probable es que sea una epistaxis banal de los niños.
2. Seguramente el sangrado viene de un vaso del área de Kiesselbach.
3. Seguramente se pueda cauterizar el punto sangrante con facilidad.
4. Es probable que tenga una coagulopatía subyacente.
5. No normal es no encontrar ninguna patología subyacente.

54. ¿Por qué cuando hacemos, a algunos pacientes, una otoscopia, tosen de forma reiterada al meter el otoscopio?:

1. Suelen ser gente muy nerviosa la que lo hace.
2. Por estimulación de la zona de inervación del X par.
3. Por estimulación de la parte ósea del conducto.
4. Por la existencia de un tapón de cera.
5. Por la existencia de un Síndrome de Costen.

55. Paciente de 55 años de edad que consulta porque oye mal por ambos oídos desde hace años, pero ha presentado una empeoramiento brusco del oído derecho tras un cuadro catarral. En la otoscopia el oído izquierdo parece normal; el izquierdo quizás también es normal pero no estamos seguros. No tenemos diapason, lo han robado. ¿Cuáles son las dos pruebas básicas a realizar en la exploración?:

1. Timpanograma, y potenciales evocados.
2. Timpanograma y audiometría tonal.
3. Potenciales evocados y audiometría.
4. Otoemisiones y potenciales de estado estable.
5. Audiometría y otoemisiones.

56. Paciente de 27 años de edad que consulta por brotes recurrentes de congestión nasal y rinorrea acuosa que le dura horas, y que relaciona con los cambios de temperatura bruscos, entre otros desencadenantes. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Rinitis alérgica.
2. Rinitis eosinofílica no alérgica.
3. Rinitis hipertrofica.
4. Rinitis vasomotora.
5. Rinitis sistémica.

57. Paciente con obstrucción nasal perenne, rinorrea acuosa, estornudos y picor nasal. ¿Qué tratamiento le administraríamos?:

1. Corticoides tópicos nasales y antibióticos.
2. Corticoides sistémicos y antihistamínicos.
3. Antihistamínicos y corticoides tópicos nasales.
4. Antihistamínicos y antibióticos.
5. Aines y antihistamínicos.

58. Señale la respuesta falsa en relación con las otomicosis:

1. El eccema es un factor predisponente.
2. La limpieza del CAE es una parte fundamental del tratamiento.
3. Es típico el signo del trago positivo.
4. Los hongos más frecuentemente aislados son Aspergillus y Cándida.
5. Son más frecuentes en nadadores.

59. En una audiometría observamos que la gráfica de la vía aérea está por debajo de la de la vía ósea (gap aire-hueso), lo que se corresponde con:

1. Hipoacusia de transmisión.
2. Hipoacusia de percepción.
3. Hipoacusia mixta.
4. Normoacusia.
5. Paracusia.

60. Señale la respuesta falsa respecto a la parálisis facial:

1. La mayoría de los casos son idiopáticos.
2. La electromiografía es la prueba más útil en la fase aguda para determinar el grado de afectación del nervio.
3. Las periféricas son más frecuentes que las centrales.
4. El reflejo estapediano puede ser negativo.
5. El test de Schirmer tiene valor para el diagnóstico topográfico.

Examen de ORL

SEGUNDO PARCIAL

1. Neonato que presenta un estridor inspiratorio que aumenta con el llanto, desde el nacimiento, sin disnea. ¿Cuál es la causa más probable?:

1. Parálisis bilateral de cuerdas vocales.
2. Estenosis subglótica.
3. Laringomalacia.
4. Hemangioma subglótico.
5. Papilomatosis infantil.

2. Respecto a los tumores sincrónicos de cabeza y cuello es falso que:

1. Suelen ser tabaco dependientes.
2. No son raros por ej. pulmón-boca.
3. No son tampoco raros por ej nasofaringe-laringe.
4. El PET puede ser útil.
5. Suelen ser carcinomas epidermoides.

3. ¿Con que tipo de tumor tiene más relación el virus del papiloma humano?:

1. Carcinoma de nasofaringe.
2. Carcinoma de boca.
3. Carcinoma de hipofaringe.
4. Carcinoma de laringe.
5. Carcinoma de orofaringe.

4. Paciente de 63 años de edad que ha sido tratado de un carcinoma de hipofaringe con quimio-radioterapia hace 1 año que consulta por odinofagia. En la exploración solo vemos una hipofaringe y laringe muy edematosas sin identificarse bien los senos piriformes. Tiene un TC de cuello/faringe hecho pero no nos saca de dudas por el gran edema. ¿Qué prueba cree que nos aportaría más información para diferenciar una recidiva de una radionecrosis?:

1. Resonancia magnética.
2. PET-TC.
3. Ecografía.
4. Gammagrafía con Galio.
5. AngioTAC.

5. Ante un paciente de 5 años de edad que 72 horas después de realizársele una adenoidectomía presenta una tortícolis dolorosa, odinofagia y un síndrome febril debemos descartar:

1. Un amigdalitis aguda.
2. Nada especial, es frecuente en el postoperatorio de una adenoidectomía.
3. Un síndrome de Lemiere.
4. Un síndrome de Grisel.
5. Un absceso cerebral.

6. Paciente de 7 años de edad, de peso normal y sin patología asociada, que consulta por roncopatía, dificultad respiratoria nasal y pausas frecuentes de apnea desde hace 3 años . ¿Qué tratamiento es más probable que precise?:

1. Cpap.
2. Antibioticoterapia.
3. Adenoamigdalectomía.
4. Corticoides sistémicos y tópicos.
5. Observación.

7. Paciente de 6 años de edad, con cardiopatía congénita, que tras serle realizada una adenoidectomía por obstrucción nasal a los 3 años de edad, presenta una rinolalia abierta severa. En la exploración llama la atención sus rasgos faciales “algo diferentes a la normalidad”. ¿Cómo cree que se puede realizar el diagnóstico en este paciente?:

1. Una analítica básica.
2. Una resonancia magnética.
3. Un cariotipo.
4. Una ecografía.
5. Un angiotac.

8. Paciente de 58 años de edad que acude a urgencias por dolor severo de garganta, disfonía y fiebre de 2 días de evolución. En el examen físico no se objetiva estridor o distress respiratorio. El examen de la orofaringe es normal. Se realiza una radiografía lateral de partes blandas de cuello objetivándose un “signo del pulgar”. ¿Cuál de la siguientes le parece falsa respecto a lo que tiene el paciente?:

1. Es relativamente frecuente en niños Cantabria.
2. Hay riesgo de obstrucción de vías aéreas superiores.
3. El tratamiento se realiza con antibióticos e.v.
4. La endoscopia puede confirmar la sospecha diagnóstica.
5. A veces es necesario hacer una traqueotomía.

9. Niño de 1 año de edad que es llevado a la Residencia Cantabria por sus padres porque presenta un cuadro de 3 días de evolución con fiebre, tos perruna y disfonía. En la exploración se objetiva una adenopatía cervical y estridor. No tiene distress respiratorio ni babeo. La orofaringe es normal. ¿Cuál es su mayor sospecha?:

1. Epiglotitis.
2. Laringitis subglótica.
3. Traqueitis bacteriana.
4. Difteria.
5. Parálisis de cuerdas vocales.

10. Paciente de 65 años de edad, muy fumador, y sin otros antecedentes de interés que consulta por disfonía de 1 mes de evolución. En la exploración física lo único que se objetiva una parálisis de cuerda vocal izquierda, sin lesiones laríngeas. ¿Qué le harías en primer lugar?:

1. Le daría corticoides orales y le revisaría al mes.
2. Le pediría una ecografía de cuello.
3. Le pediría una Rx de tórax.
4. Le daría antibióticos orales y le revisaría a la semana.
5. Haría una interconsulta con endocrino.

11. Paciente de 45 años de edad, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por la aparición súbita de disfagia severa, disfonía, dolor de oído y acúfeno pulsátil izquierdos. En el examen físico presenta una desviación de la lengua hacia el lado izquierdo, rinolalia abierta y desviación del velo del paladar. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Mononucleosis infecciosa.
2. Absceso parafaríngeo.
3. Disección de carótida interna.
4. Esclerosis múltiple.
5. Carcinoma de nasofaringe con invasión de base de cráneo.

12. En un paciente de 77 años de edad que tras una cirugía de columna cervical presenta en el inmediato postoperatorio un enfisema subcutáneo cervical ¿qué puede haber pasado?:

1. Una parálisis de cuerdas vocales.
2. Una perforación de hipofaringe.
3. Una infección cervical.
4. Un síndrome de Ortner.
5. Un angioedema.

13. Paciente de 67 años de edad que consulta por disfonía y disnea con pequeños esfuerzos de 3 meses de evolución. No tiene hábitos tóxicos. Presenta una lesión benigna que estenosa la subglotis y parte de la tráquea. ¿Cuál de las siguientes tiene más probabilidades de ayudarnos en el diagnóstico?:

1. Un test para detectar cANCA.
2. Preguntar por antecedentes de intubación prolongada.
3. Buscar antecedentes familiares de tuberculosis.
4. Descartar una amiloidosis.
5. Realizar un test de VIH.

14. Mujer de 60 años de edad con antecedentes de un tumor maligno que consulta por la aparición de un hinchazón progresivo del lado izquierdo de la cara de 48 horas de evolución. Está deshidratada y con signos claros de enfermedad. Tiene 37.8 de temperatura. La zona preauricular izquierda está hinchada y de color rojizo. ¿Cuál de las siguientes respuestas le parece más adecuada?:

1. Tiene una probable metástasis tumoral.
2. Probablemente salga pus por la mejilla a nivel del segundo molar superior izquierdo.
3. Lo que tiene es una litiasis submandibular.
4. Lo más probable es que tenga un adenoma pleomorfo de parótida.
5. Hay que descartar que no esté tomando iecas.

15. Paciente de 42 años de edad que consulta por parálisis facial derecha. Refiere que desde hace un mes se le han hinchado ambos lados de la cara en la zona preauricular sobre todo. Tiene además artralgias, sensación subjetiva de fiebre, xerostomía, y molestias oculares por una uveítis anterior. ¿Cuál es su probable diagnóstico?:

1. Sarcoidosis.
2. Síndrome de Sjögren.
3. Tuberculosis.
4. Toxoplasmosis.
5. Infección por VIH.

16. Mujer de 73 años con historia de xerostomía y xeroftamia que consulta por la aparición de una tumoración cervical. En la exploración física se objetiva un aumento de tamaño de las glándulas lagrimales y submandibulares. Un test de Shirmer estaba alterado y un estudio serológico demostraba la presencia de anticuerpos anti-SSA. En un TC se objetiva un aumento de ambas glándulas submandibulares y una tumoración de 4 cm en la base de la lengua. ¿Cuál es su diagnóstico más probable?:

1. Tuberculosis.
2. Toxoplasmosis.
3. Sarcoidosis.
4. Linfoma.
5. Infección por VIH.

17. Paciente de 35 años de edad con diagnóstico previo de bocio multinodular que consulta porque mientras veía la televisión presenta un hinchazón agudo cervical bajo ligeramente desplazado hacia la izquierda. ¿Cuál es su más probable diagnóstico?:

1. Carcinoma papilar de tiroides.
2. Linfangioma cervical.
3. Sangrado de nódulo tiroideo.
4. Carcinoma anaplásico de tiroides.
5. Laringocele.

18. ¿Cuál de las siguientes es falsa respecto a los signos de Chvostek y Trousseau?:

1. El signo de Chvostek se realiza sobre el área del nervio facial.
2. El signo de Trousseau se explora con presión sobre el brazo.
3. Ambos sirven para evaluación en postoperatorio de tiroidectomía total.
4. El signo de Chvostek es más sensible y específico.
5. Ambos se vuelven negativos, habitualmente, tras tratamiento con gluconato cálcico.

19. Paciente de 77 años de edad que presenta un bocio multinodular de larga evolución y consulta por un gran crecimiento del mismo en el último mes. Durante la entrevista se le nota con cierto estridor y dificultar respiratoria. ¿En qué pensaría en primer lugar?:

1. Un carcinoma papilar de tiroides.
2. Un sangrado intratiroideo.
3. Un carcinoma anaplásico de tiroides.
4. Un carcinoma medular de tiroides.
5. Una metástasis intratiroidea.

20. Acude a consulta un padre con su hijo de 5 años de edad porque está babeando y tiene odinofagia. El padre sospecha que se ha tragado una pila de botón que le falta de su PDA. ¿Cuál de las siguientes es incorrecta?:

1. Para diferenciarlo de una moneda nos sirve el signo del halo en una radiografía.
2. Lo más probable es que se haya quedado en el esfínter esofágico superior.
3. Probablemente precise una extracción bajo anestesia general.
4. Lo mejor es dejarle en observación 12 horas para ver si pasa espontáneamente.
5. Puede dejar secuelas graves si no se extrae de forma temprana.

21. Paciente de 49 años de edad, sin antecedentes de interés, que fue evaluado por una odontalgia de 2 días de evolución y tratado con penicilina y AINES, y citado para extracción dentaria. Acudió a consulta 24 horas después por hinchazón severo del cuello, sobre todo en el área submandibular bilateralmente, odinofagia, fiebre y dolor torácico. En la exploración se objetivaba un cuello hinchado y enrojecido induración submandibular y en la exploración de la cavidad oral dolor a la palpación del suelo de la boca. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Absceso perimigdalino.
2. Absceso parafaríngeo.
3. Síndrome de Lemiere.
4. Tuberculosis de suelo de boca.
5. Angina de Ludwig.

22. Paciente de 37 años que tras la extirpación de una tumoración cervical profunda izquierda comenta en el inmediato postoperatorio que tiene el párpado izquierdo caído y la pupila del mismo ojo más pequeña. Es probable que tenga una lesión de:

1. Glossofaríngeo.
2. X par.
3. XI par.
4. XII par.
5. Simpático cervical.

23. Una paciente de 28 años de edad, sin antecedentes de interés, presenta odinofagia izquierda de 4 meses de evolución y en la exploración se ve un desplazamiento de la amígdala (esta tiene la superficie de aspecto normal) hacia la línea media. Se realiza un TC y se objetiva una tumoración del espacio parafaríngeo izquierdo. ¿Cuál su diagnóstico más probable?:

1. Adenoma pleomorfo de parótida.
2. Neurinoma del IX par.
3. Adenopatía metastásica por carcinoma de faringe.
4. Carcinoma de pared lateral faríngea.
5. Carcinoma de células de Merckel.

24. La presencia de una otitis secretora unilateral en un adulto en el que aparece una adenopatía cervical alta ipsilateral dura, de 2,5 cm. diámetro, obliga a realizar inicialmente:

1. Biopsia de la adenopatía.
2. Vacunación anticatarral.
3. Exploración del cavum.
4. Estudio alérgico.
5. Timpanometría e impedanciometría.

25. ¿Qué es falso en el Síndrome de Lemiere?:

1. El germen más frecuentemente implicado es el fusobacterium necrophorum.
2. Puede responder bien a metronidazol y clindamicina.
3. Se caracteriza por abscesos diseminados.
4. Aparece una tromboflebitis de la yugular.
5. Se asocia a mononucleosis infecciosa.

26. Paciente de 26 años de edad que acudió a urgencias por dolor de garganta y fiebre de 24 horas de evolución. En el examen físico se objetivaba un exudado blanquecino punteado en ambas amígdalas y adenopatías cervicales. ¿Cuál es su probable diagnóstico?:

1. Mononucleosis infecciosa.
2. Infección por Clamidia.
3. Infección vírica.
4. Toxoplasmosis.
5. Faringitis estreptocócica.

27. Mujer de 20 años, con antecedentes de cuadro febril con astenia y odinofagia de una semana de evolución, que acudió a urgencias por aparición de un exantema cutáneo de pocas horas de evolución tras la toma de un comprimido de amoxicilina de 500 mg. A la exploración presentaba fiebre de 39 °C, adenopatías cervicales e inguinales de características inflamatorias, exantema petequial faríngeo y aumento de tamaño de las amígdalas con depósitos de fibrina en su superficie. Junto a estos signos, se observó un exantema maculopapular rosado, morbiliforme, de predominio troncular y en raíz de extremidades, con afectación del área facial. ¿Cuál es su probable diagnóstico?:

1. Amigdalitis bacteriana.
2. Mononucleosis infecciosa.
3. Síndrome de Lemiere.
4. Absceso de cuello.
5. Síndrome KID.

28. La claudicación mandibular es característica de:

1. Enfermedad de Rendu-Osler.
2. Arteritis de células gigantes.
3. Síndrome de Lemiere.
4. Mucormicosis.
5. Angina de Ludwig.

29. Paciente de 70 años que consulta por halitosis y dolor mandibular. Se objetiva una osteonecrosis mandibular en la exploración. ¿Cuál de las siguientes NO le parece una causa posible de la misma?:

1. Ingesta de bifosfonatos.
2. Osteopetrosis.
3. Sickle cell disease (drepanocitosis).
4. Trastornos inmunológicos.
5. Telangiectasia hemorrágica hereditaria.

30. Paciente de 43 años de edad que ha sido tratado de un carcinoma de nasofaringe (T1N0M0) hace 1 año, que consulta por hipoacusia bilateral desde hace varios meses. Se defiende regular en ambientes ruidosos. En la audiometría tiene una hipoacusia neurosensorial con predominio en frecuencias agudas ¿Cuál de las siguientes le parece más razonable?:

1. Es probable que haya hecho una ototoxicidad por cisplatino.
2. Probablemente su hipoacusia no tenga nada que ver con su tumoración o con el tratamiento de la misma.
3. Lo más probable es que tenga una persistencia tumoral.
4. Precisa la petición de un PET-TC.
5. Lo más probable es que precise un implante coclear.

31. Paciente de 16 años de edad que consulta por epistaxis de repetición, e insuficiencia ventilatoria nasal bilateral de varios meses de evolución. En la exploración de cavum se observa una tumoración de aspecto vascular. ¿Qué prueba es la más importante en el diagnóstico y tratamiento final?:

1. Ecografía de cavun.
2. Microcirugía laríngea diagnóstica.
3. TAC de cavun sin contraste.
4. Tomografía de emisión de positrones.
5. Arteriografía.

32. ¿En cuál de los siguientes pacientes no tendríamos que tratar el cuello?:

1. Paciente con T1 de epiglotis.
2. Paciente con T1 de nasofaringe.
3. Paciente con T2 de glotis.
4. Paciente con T2 de orofaringe.
5. Paciente con T2 de seno piriforme.

33. ¿Cuál es la complicación más frecuente de una laringectomía total?:

1. Fístula faringo-cutáneo.
2. Fístula de quilo.
3. Parálisis de XII par.
4. Lesión de vena yugular.
5. Hemorragia postoperatoria que precisa reintervención.

34. Paciente de 57 años, sin otros antecedentes de interés que trabajar en la isla de Murano en Venecia haciendo objetos decorativos de vidrio, que consulta porque desde hace 3 meses, de forma recurrente se le hincha el lado izquierdo del cuello en la zona del tercio superior del esternocleidomastoideo, sin dolor, ni fiebre. El hinchazón dura unas horas y poco a poco disminuye, aunque últimamente se le ha quedado bastante hinchado y no disminuye. ¿Cuál es su primera sospecha diagnóstica?:

1. Un quiste branquial.
2. Un quiste tirogloso.
3. Una metástasis por carcinoma epidermoide.
4. Un laringocele.
5. Una submaxilitis.

35. Paciente de 57 años de edad, fumador de 1 paquete/día, que tras una infección de vías aéreas de vías aéreas superiores presenta una disfonía de 3 días de evolución. Lo más probable es que tenga:

1. Un edema de Reinke.
2. Unos nódulos laríngeos.
3. Una leucoplasia de cuerdas vocales.
4. Un carcinoma de cuerda vocal.
5. Una laringitis aguda.

36. Paciente de 26 años de edad, diagnosticada de una amigdalitis aguda y en tratamiento con amoxicilina, que acude a urgencias porque ha pasado una noche fatal con intenso dolor en el lado derecho de la garganta que se irradia hacia el oído del mismo lado. Lo más probable es que en la exploración veamos:

1. Un exudado amigdalar severo.
2. Un abombamiento del paladar blando del lado derecho con desplazamiento de la úvula al lado izquierdo.
3. Un abombamiento de la pared faríngeo posterior.
4. Un hematoma faríngeo.
5. Un Síndrome de Lemiere.

37. Paciente de 35 años de edad, sin antecedentes de interés salvo que es monitora de aeróbic, que consulta por disfonía recurrente que ha empeorado en los últimos meses ¿qué es más probable que encuentre en la exploración?:

1. Un edema de Reinke.
2. Una papilomatosis.
3. Unos nódulos vocales.
4. Un carcinoma de laringe.
5. Un granuloma de cuerdas vocales.

38. Un paciente de 58 años de edad con antecedentes de haber sido tratado de un carcinoma de laringe con quimioradioterapia, consulta por molestias de garganta y ligera odinofagia. En la exploración presenta unas lesiones blanquecinas punteadas en las amígdalas y paladar blando que se desprenden con facilidad con un depresor. ¿Cuál es su diagnóstico?:

1. Una faringoamigdalitis estreptocócica.
2. Una candidiasis.
3. Una aftosis.
4. Un síndrome de Becet.
5. Un síndrome de Sjögren.

39. Paciente de 63 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta porque desde hace 3 meses tiene un dolor intenso, como si le clavaran un cuchillo, en el lado izquierdo de la garganta, a nivel de la amígdala palatina, irradiado hacia el oído izquierdo, de segundos de duración, desencadenado al tragar comida por el lado izquierdo. La exploración ORL y las pruebas de imagen (TC y RM) son normales. ¿Cuál es su probable diagnóstico?:

1. Neuralgia del V par.
2. Tumor parafaríngeo.
3. Neuralgia del IX par.
4. Carcinoma de nasofaringe.
5. Carcinoma de amígdala.

40. Paciente de 37 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por una tumoración preauricular de 4 meses de evolución (no afecta a la piel). ¿Cuál es su probable diagnóstico?:

1. Carcinoma metastásico.
2. Tumor de Wharthin.
3. Carcinoma adenoide quístico.
4. Adenocarcinoma.
5. Adenoma pleomorfo.

41. Mujer de 32 años de edad, sin antecedentes de interés, que consulta por una tumoración cervical derecha a nivel del tercio medio del esternocleidomastoideo, sin otra sintomatología asociada en la actualidad. Refiere que le apareció hace 1 mes coincidiendo con un cuadro que asociada fiebre, malestar general y sudores nocturnos que mejoró con tratamiento antiinflamatorio persistiendo la adenopatía ¿Cuál de los siguientes puede ser su diagnóstico?:

1. Quiste branquial.
2. Quiste tirogloso.
3. Enfermedad de Kikuchi Fujimoto.
4. Metástasis de carcinoma epidermoide.
5. Nódulo tiroideo.

42. Un paciente de 17 años de edad, sin antecedentes personales de interés, consulta por presentar disfagia, odinofagia de 7 días de evolución y fiebre elevada. Ha sido tratado con amoxicilina sin mejoría. En la exploración se aprecian unas amígdalas recubiertas por abundante exudado fibrinoide, y llama la atención que presenta adenopatías cervicales muy voluminosas. ¿Cuál de los siguientes métodos diagnósticos emplearía primero?:

1. Punción-aspiración del pilar amigdalino.
2. Cultivo del exudado amigdalino.
3. TAC cervical.
4. Test de Paul-Bunell.
5. Biopsia de la amígdala.

43. En la paciente del caso anterior ¿Qué actitud inicial sería más razonable?:

1. Antibiótico de amplio espectro por vía intravenosa.
2. Reposo, medicación sintomática (analgésico-antitérmico), medidas de hidratación.
3. Solicitar de Urgencia un estudio por imagen mediante TAC cervical.
4. Realizar una amigdalectomía.
5. Todas las anteriores.

44. Cuando hay que realizar un acceso urgente a la vía aérea superior, el lugar de elección para la realización de la misma generalmente es:

1. En la zona media de la región cervical lo más abajo posible.
2. En el segundo o tercer anillo traqueal.
3. En el primer anillo traqueal.
4. En la membrana cricotiroides.
5. Entre el cricoides y el primer anillo traqueal.

45. El síntoma principal en las parálisis recurrenciales bilaterales suele ser:

1. Disfonía y diplofonía.
2. Aspiración de alimentos.
3. Odinofagia.
4. Disnea.
5. Disfagia.

46. ¿Cuál de las siguientes es correcta respecto al labio leporino y paladar hendido?:

1. Se trata de una malformación congénita con una incidencia de 1/700 nacidos vivos.
2. Los pacientes con esta malformación tienen una mayor tendencia a padecer de procesos otológicos.
3. La malformación puede ser unilateral o bilateral.
4. Todas las anteriores son ciertas.
5. Sólo la primera y la segunda son ciertas.

47. Niño de cuatro años que presenta síntomas continuados de obstrucción nasal, rinorrea abundante y otitis medias de repetición. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?:

1. Adenoiditis.
2. Mononucleosis infecciosa.
3. Amigdalitis bacteriana.
4. Sinusitis crónica.
5. Rinitis alérgica.

48. Paciente de 45 años y sexo femenino sin antecedentes de interés que desde hace unos meses tiene dolor frecuente en ambos oídos, más intenso en el lado derecho, a veces acompañado de sensación de presión en dicho oído. No refiere hipoacusia y la otoscopia de ambos oídos es normal. ¿En qué proceso patológico pensaría como primera opción?:

1. Otitis media secretora.
2. Otitis externa.
3. Faringoamigdalitis.
4. Disfunción de la articulación temporomandibular.
5. Proceso neoplásico de faringe.

49. Señale la respuesta falsa en relación a los pólipos de cuerda vocal:

1. Generalmente son lesiones bilaterales.
2. El abuso vocal y los factores irritantes intervienen en su etiopatogenia.
3. La cirugía es el tratamiento de elección.
4. Son lesiones benignas.
5. El síntoma característico es la disfonía.

50. El laringocele se origina en:

1. Ventrículo laríngeo.
2. Cuerda vocal.
3. Subglotis.
4. Restos embrionarios laterocervicales.
5. Glándula tiroides.

51. Señale la lesión de cuerdas vocales más probable secundaria a una intubación orotraqueal prolongada:

1. Pólipo.
2. Nódulo.
3. Edema de Reinke.
4. Quiste.
5. Granuloma.

52. Señale la respuesta correcta en relación al edema de Reinke:

1. Suelen asociar un carcinoma de cuerda vocal.
2. El tabaco no interviene en su etiopatogenia.
3. La cirugía se basa en la cordectomía bilateral por microcirugía.
4. Generalmente son lesiones bilaterales.
5. Son lesiones precancerosas.

53. Indique la respuesta correcta respecto a la patología de las cuerdas vocales:

1. Los nódulos son lesiones generalmente bilaterales.
2. Los pólipos producen disnea frecuentemente.
3. La foniatría resuelve la mayoría de los casos de edema de Reinke.
4. Los quistes son las lesiones benignas más frecuentes.
5. El edema de Reinke frecuentemente cursa con disnea.

54. ¿En qué patología no estará indicado el abordaje por microcirugía endolaríngea?:

1. Sinequia glótica.
2. Quiste vocal.
3. Quiste de banda ventricular.
4. Quiste branquial.
5. Quiste de epiglotis.

55. Señale la respuesta correcta:

1. Las litiasis salivares son más frecuentes en la glándula parótida.
2. La ránula se debe a obstrucción del conducto excretor de la glándula submaxilar.
3. Las sialoadenitis agudas bacterianas suelen ser unilaterales.
4. Los antidepresivos suelen producir sialorrea.
5. El síndrome de Frey es una secuela postsubmaxilectomía.

56. Respecto a los tumores de glándulas salivares señale la respuesta falsa:

1. El 95% se dan en adultos.
2. Son más frecuentemente benignos y en parótida.
3. El adenoma es el tumor benigno más frecuente.
4. Cuanto mayor sea la glándula mayor riesgo de malignización.
5. En niños predominan los hemangiomas.

57. La causa más frecuente de parálisis recurrencial se produce como consecuencia de:

1. Enfermedades cardiacas que cursan con cardiomegalia.
2. Tumores pulmonares.
3. Traumatismos cervicales.
4. Traumatismos torácicos.
5. Cirugía en la región cervical, especialmente sobre la glándula tiroidea.

58. Acude a la consulta de un centro de salud un chico de 17 años refiriendo fiebre de 39°C de 48 horas de evolución con dolor de garganta. El médico de familia consulta la historia del paciente donde no consta ninguna enfermedad previa. El paciente no refiere tos y la exploración realizada por su médico revela presencia de exudado amigdalor blanquecino bilateral y adenopatías cervicales anteriores aumentadas de tamaño y dolorosas a la palpación. ¿Cuál sería el tratamiento de elección de este paciente?:

1. Vancomicina.
2. Antibiótico betalactámico.
3. Doxiciclina.
4. Ciprofloxacino.
5. Metronidazol.

59. Paciente de 60 años de edad que consulta por carraspera y sensación de cuerpo extraño desde hace 2 años, que mejora con las comidas. Lo más probable es que encontremos en la exploración:

1. Nada, tinene una faringitis crónica.
2. Un carcinoma de orofaringe.
3. Un carcinoma de hipofaringe.
4. Un síndrome de Sjögren.
5. Una laringitis crónica.

60. Una metástasis de carcinoma en una adenopatía cervical, en la que se demuestra la presencia del virus Epstein-Barr, es muy sugestiva de:

1. Mononucleosis infecciosa.
2. Asociación con enfermedad de Hodgkin.
3. Carcinoma nasofaríngeo.
4. Estado de inmunodepresión.
5. Infección por el VIH.

61. ¿Cuál de las siguientes le parece falsa respecto a las metástasis de carcinoma de cabeza y cuello?:

1. Las metástasis a distancia aparecen entre un 4.3-30% de pacientes con carcinomas de cabeza y cuello
2. La metástasis cutáneas de tumores de cabeza y cuello son muy raras (0.8-1.3%)
3. El tumor que más frecuentemente da metástasis cutáneas en el hombre es el de pulmón
4. Aunque el pronóstico de las metástasis cutáneas de carcinomas de cabeza y cuello es malo se obtiene un porcentaje de curación de un 20%
5. El carcinoma de mama en mujeres es la causa más frecuente de metástasis cutáneas y mucho más frecuentes que los de cabeza y cuello.

62. En un paciente de 65 años consulta por tos seca persistente de varios meses de evolución. Ha sido visto por neumología sin encontrar patología pulmonar. ¿Qué pregunta le parece más importante realizarle?:

1. Si ha viajado recientemente al extranjero.
2. Si es hipertenso.
3. Si tiene contacto con animales en casa.
4. Si le ha sido diagnosticada una poliposis nasal.
5. Si ha tenido alguna vez vértigo.

63. La lesión del nervio laríngeo superior provoca principalmente:

1. Parálisis de la movilidad de la cuerda vocal homolateral al lado de la lesión.
2. Parálisis de la movilidad de la cuerda vocal contralateral al lado de la lesión.
3. Disminución en la sensibilidad de la mucosa laríngea.
4. Disnea intensa.
5. No produce ningún tipo de síntoma.