Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MÉDICO/A OTORRINOLARINGOLOGÍA

PREGUNTAS

1. **El estribo deriva embriológicamente del:**

   a) Primer arco branquial.
   b) Segundo arco branquial.
   c) Tercer arco branquial.
   d) Primera hendidura faríngea.

2. **El origen embriológico de la capa medial de la membrana timpánica es:**

   a) Ectodermo.
   b) Encondral.
   c) Mesodermo.
   d) Endodermo.

3. **¿El desarrollo embrionario de la Trompa de Eustaquio procede de?**

   a) La porción proximal del conducto tubotipánico.
   b) La porción distal del conducto tubotipánico.
   c) De la hendidura del segundo arco branquial.
   d) Del segundo arco branquial.

4. **De las capas embrionarias que dan origen a la membrana timpánica cual de ellas se relaciona íntimamente con el mango del martillo.**

   a) Epitelial.
   b) Mesodérmica.
   c) Endodérmica.
   d) Ectodérmica.

5. **La arteria timpánica anterior es rama de:**

   a) La arteria Maxilar Interna.
   b) La arteria Maxilar Externa.
   c) La arteria Faríngea Ascendente.
   d) La arteria Meníngea Media.

6. **¿Cuál de las siguientes lesiones pueden aparecer en el conducto auditivo externo?**

   a) Paraganglioma/Schwanoma.
   b) Granuloma eosinófilo.
   c) Displasia fibrosa.
   d) Todos ellos.

7. **Un tubo de ventilación transtimpánico (drenaje) colocado pegado al martillo puede producir:**

   a) Una necrosis del martillo.
   b) Un acúfeno pulsátil.
   c) Una hipoacusia importante.
   d) Todos los anteriores.

8. **El tratamiento estándar del carcinoma T1–T2 del conducto auditivo externo es:**

   a) Resección lateral del hueso temporal.
   b) Radioterapia exclusiva.
   c) Quimioterapia.
   d) Observación.

9. **La relación de superficies entre la membrana timpánica y la platina del estribo es aproximadamente de:**

   a) 4:1.
   b) 12:1.
   c) 20:1.
   d) 43:1.

10. **¿Cuál de estas correlaciones es correcta?**

    a) Membrana timpánica-Yunque.
    b) Ventana oval- Rampa vestibular.
    c) Ventana oval- Rampa timpánica.
    d) Ventana redonda- Rampa vestibular.

11. **Si la persona facultativa de cirugía prevé una intervención en la que puede ser necesario ampliar el campo operatorio durante la cirugía, el abordaje inicialmente más versátil suele ser:**

    a) El transcanalar, por su máximo control de la mastoides.
    b) El transtimpánico, por su amplitud posterior.
    c) El retroauricular, por permitir una exposición amplia y adaptable.
    d) El endaural, porque evita toda disección adicional.

12. **En la atresia total del conducto auditivo externo, ¿qué repercusión auditiva es la más característica en población neonata?**

    a) Hipoacusia neurosensorial profunda bilateral de 90 dB.
    b) Sordera de conducción aproximada de 60 dB.
    c) Pérdida auditiva fluctuante limitada a frecuencias graves.
    d) Normoacusia inicial con deterioro rápido en el primer año.

13. Indique cuáles son las estaciones de la vía auditiva en el ser humano:

a) Núcleos cocleares dorsales y medial > complejo olivar superior > lemnisco lateral > colículo inferior > cuerpo geniculado medial > corteza auditiva.
b) Núcleos cocleares dorsales y medial > complejo olivar inferior > lemnisco lateral > colículo inferior > cuerpo geniculado medial > corteza auditiva.
c) Núcleos cocleares dorsales y medial > complejo olivar inferior > lemnisco medial > colículo inferior > cuerpo geniculado medial > corteza auditiva.
d) Núcleos cocleares dorsales y medial > complejo olivar superior > lemnisco lateral > colículo superior > cuerpo geniculado medial > corteza auditiva.

14. En relación a las terminaciones nerviosas del nervio vestibular, indique cuál es la incorrecta:

a) Las células tipo I son globulares o en forma de botella o ánfora, y están rodeadas de un cáliz nervioso grande que las abraza.
b) Las células tipo II son cilíndrica, y tienen numerosas terminaciones sinápticas tanto aferentes como eferentes.
c) Las fibras aferentes que inervan las células ciliadas tipo I están entre las más pequeñas del SNC.
d) El número total de neuronas es aproximadamente de 1.900 en cada cresta y 4.300 en cada mácula, con un total aproximado de 14.300 neuronas.

15. Sobre la endolinfa y perilinfa, señale la FALSA:

a) La perilinfa; es un líquido de composición similar a los líquidos extracelulares (alta concentración de Na+, 140-150 mEq/l, y baja en K+, 3,5-7 mEq/l, proteínas 1-1,5 g/l) y Cl– 110 mEq/l).
b) La endolinfa es un líquido muy especial, único en todo el organismo, de características comunes con los líquidos intracelulares.
c) La endolinfa tiene una concentración alta de K+(110-145 mEq/l) y muy baja de Na+ (1- 5 mEq/l) y de proteínas (0,3-0,6 g/l), y con una concentración de Cl– de 130 mEq/l.
d) La endolinfa es hipo-osmótica (290 mOsm por kg) con respecto a la perilinfa (330 mOsm/kg).

16. Sobre la fisiología del receptor auditivo, señale la FALSA:

a) La onda de presión transmitida a la perilinfa utiliza la membrana basilar como plano de avance desde la base coclear al ápex.
b) El sistema auditivo humano percibe un amplio espectro de sonidos de frecuencia comprendida entre 20 y 20.000 Hz (Hz, hertzios = ciclos/s), para una intensidad inferior a 130 dB (decibelios).
c) El receptor auditivo realiza un primer análisis de la frecuencia y de la intensidad del sonido, con una discriminación temporal de 1 milisegundo.
d) Las células ciliadas son transductores mecanoeléctricos muy sensibles, capaces de transformar la energía bioeléctrica de la onda sonora, que reciben de la membrana basilar, en energía mecánica que, a través del nervio auditivo, llega al SNC.

17. El tratamiento intratimpánico con corticoides es útil en la sordera súbita. Señale la FALSA:

a) Se utiliza metilprednisolona o dexametasona.
b) Permite una única dosis.
c) Se asocia a tratamientos sistémicos.
d) Logra la destrucción de células ciliadas del órgano de Corti.

18. El receptor que detecta las aceleraciones lineales se encuentra en:

a) Órgano de Corti.
b) Crestas ampulares de los conductos semicirculares.
c) Máculas del utrículo y sáculo.
d) Estría vascular.

19. La descompresión del saco endolinfático en la enfermedad de Meniere es CIERTO que:

a) Los resultados en cuanto a la eliminación del vértigo no superan el 60%.
b) El saco endolinfático de distingue de la meninge por una menor vascularización.
c) La descompresión implica la eliminación de restos oseos 1mm por fuera del saco.
d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

20. Durante una aceleración angular súbita hacia la izquierda, en una persona sana, ¿qué combinación describe mejor la respuesta inicial de las crestas ampollares de los canales semicirculares horizontales?

a) Despolarización de las células ciliadas del canal horizontal derecho y disminución de descarga del izquierdo, por desplazamiento ampulífugo bilateral de la endolinfa.
b) Despolarización de las células ciliadas del canal horizontal izquierdo y disminución de descarga del derecho, porque en el canal horizontal la corriente endolinfática ampulopeta es excitadora.
c) Despolarización bilateral, porque ambos canales horizontales detectan simultáneamente la misma aceleración angular con igual signo.
d) Inhibición bilateral transitoria, seguida de rebote excitatorio al detenerse el giro.

21. Respecto a la transducción mecanoeléctrica en las células ciliadas del canal semicircular horizontal ¿cuál de las siguientes afirmaciones es correcta?

a) La deflexión del haz ciliar hacia el cinocilio hiperpolariza la célula.
b) La deflexión del haz ciliar hacia el lado contrario al cinocilio despolariza la célula.
c) El Haz ciliar en reposo da lugar a una actividad espontanea de descarga.
d) Todos son ciertos.

22. Indica cuál de las siguientes afirmaciones respecto al sáculo es FALSA:

a) Es un poco más grande que el utrículo.
b) De su parte anterior sale la rama sacular del acueducto vestibular.

c) En su parte posterior se abre el conducto que lo comunica con la cóclea.
d) En pared interna está la mácula sacular.

23. ¿Cuál de las siguientes estructuras NO ESTÁ INERVADA por el nervio vestibular superior?

a) Crestas del conducto semicircular horizontal.
b) Crestas del conducto semicircular posterior.
c) Crestas del conducto semicircular superior.
d) La mácula del utrículo.

24. Las otoconias son:

a) Cristales de glicerol.
b) Cristales de hidroxiapatita.
c) Cristales de calcio.
d) Cristales de magnesio.

25. La Displasia de Scheibe es:

a) Es una displasia cocleosacular.
b) Es una displasia cocleoutricular.
c) Es una displasia utriculosacular.
d) Es una displasia de los conductos semicirculares.

26. En relación con las máculas del utrículo y del sáculo, ¿qué afirmación es correcta?

a) En ambas máculas, todos los cinocilios están orientados en la misma dirección para maximizar la sensibilidad vectorial global.
b) La estriola divide cada mácula en dos regiones de polaridad opuesta; en el utrículo los cinocilios se orientan hacia la estriola y en el sáculo se alejan de ella.
c) La estriola divide cada mácula en dos regiones de polaridad opuesta; en el utrículo los cinocilios están implantados en el lado de la célula más próxima a la estriola y en el sáculo en el lado más lejano de la estriola.
d) Utrículo y sáculo solo codifican aceleraciones lineales dinámicas, pero no la inclinación estática de la cabeza respecto a la gravedad.

27. Uno de estos NO es un síntoma habitual del barotrauma. Señálelo:

a) Otalgia.
b) Hiperacusia.
c) Autofonía.
d) Vértigo periférico.

28. Uno de los siguientes NO es criterio diagnóstico de una otitis externa maligna. Señálelo:

a) Otalgia intensa a pesar del tratamiento.
b) Hipoacusia neurosensorial.
c) Osteolisis en la gammagrafía.
d) Cultivo positivo para Pseudomona auriginosa.

29. Varón de 23 años que tras una pelea presenta hematoma en el pabellón auricular derecho y otalgia. La conducta terapéutica más correcta consiste en:

a) Pautar analgesia y esperar reabsorción del hematoma.
b) Pautar antibióticos y analgesia, y esperar reabsorción del hematoma.
c) Drenar el hematoma.
d) Drenar el hematoma, pautar antibióticos y poner vendaje compresivo.

30. En el absceso periamigdalino, ¿cuál de los siguientes hallazgos orienta más al diagnóstico?

a) Hipoacusia conductiva con otorrea.
b) Trismus, voz "de patata caliente" y desviación uvular contralateral.
c) Vértigo posicional desencadenado por giros cefálicos.
d) Rinorrea acuosa unilateral con cefalea ortostática.

31. ¿Cuál es un criterio para realizar miringotomía con inserción de drenajes transtimpánicos?

a) Otitis aguda o secretora de 30 días y audición normal.
b) Otitis aguda o secretora de 60 días con pérdida de 10 dB.
c) Otitis aguda o secretora de 90 días con pérdidas superiores a 20 dB.
d) Cualquier otalgia de menos de una semana.

32. ¿Cuál de los siguientes cuadros clínicos es más característico de la hipoacusia neurosensorial inmunomediada?

a) Hipoacusia neurosensorial bilateral, de instauración súbita, irreversible, sin fluctuaciones y sin respuesta al tratamiento corticoideo.
b) Hipoacusia conductiva unilateral lentamente progresiva, asociada a otorrea crónica y perforación timpánica.
c) Hipoacusia neurosensorial progresiva y fluctuante, habitualmente bilateral, que puede asociarse a síntomas vestibulares y mostrar respuesta a corticoides.
d) Hipoacusia neurosensorial unilateral estable desde la infancia, no progresiva, relacionada con malformaciones congénitas del oído interno.

33. ¿La otodinia es el dolor?

a) Con origen intrinsecamente otológico.
b) Dolor reflejo con causa extraótica.

c) Producido por ruidos intensos.
d) Producido por cambios de presión atmosférica.

34. ¿Cuál es el síntoma principal de la otitis media crónica activa?

a) El dolor.
b) La fiebre.
c) Malestar general.
d) Otorrea.

35. Si ejercemos presiones positivas con el otoscopio neumático y aparece un nistagmo hacia el lado contrario al explorado, sospecharemos que existe:

a) Fístula en conducto semicircular horizontal.
b) Dehiscencia del conducto semicircular superior.
c) Erosión del laberinto a nivel del promontorio.
d) Ninguno de los anteriores.

36. Un enfermo de 65 años, con factores de riesgo vascular, presenta una pérdida de audición brusca de dos días de evolución en el OD. Además, tiene ruido y vértigo. La otoscopia es normal. NO existe antecedente catarral. Si sospechamos una sordera súbita, la prueba de Weber tendrá el siguiente resultado:

a) Lateralizado al lado izquierdo.
b) Lateralizado al lado derecho.
c) Positivo a la izquierda.
d) Negativo a la derecha.

37. Varón de 56 años que acude a urgencias por pérdida brusca de audición por OI desde hace 2 días. Presenta ruido y algo de mareo. La otoscopia es normal y el Weber está lateralizado al OD. El tratamiento más eficaz consiste en:

a) Aerosolterapia domiciliaria.
b) Corticoides nasales.
c) Corticoides orales.
d) Antibióticos orales.

38. Mujer de 52 años que acude a consulta por crisis de vértigo cuando se gira en la cama a la derecha. Esto le pasa desde hace dos meses. Refiere oír bien. La otoscopia es normal. El diagnóstico más probable es de un vértigo posicional periférico. La conducta más lógica es:

a) Maniobra de Dix-Hallpike y maniobra liberadora de Epley al mismo tiempo.
b) Maniobra de Dix-Hallpike y maniobra liberadora de Epley una semana después del diagnóstico.
c) Maniobra liberadora de Epley directamente.
d) Solicitar una resonancia magnética.

39. La prueba que compara la transmisión ósea con diapasones con el CAE obstruido o con él libre se llama:

a) Prueba de Gellé.
b) Prueba de Bonnier.
c) Prueba de Bing.
d) Prueba de Schwabach.

40. El ruido de banda estrecha (NBN) utilizado para el enmascaramiento al realizar una audiometría se compone de:

a) Una banda frecuencial centrada en el tono estudiado.
b) Una banda frecuencial centrada en el tono estudiado con frecuencias añadidas más altas y más bajas.
c) Una banda frecuencial centrada en el tono estudiado con frecuencias más bajas añadidas.
d) Una banda frecuencial centrada en el tono estudiado con frecuencias más altas añadidas.

41. En general, puede esperarse que las lesiones retrococleares presentes las siguientes alteraciones en los PEATC:

a) Aumentos de la diferencia interaural de la latencia de la onda V o del intervalo I-V.
b) Prolongación del intervalo I-V.
c) Cambios morfológicos de la respuesta con ausencia de componentes.
d) Todas las anteriores.

42. ¿Cuál de las siguientes pruebas NO se verá alterada en una lesión del VII par craneal inmediatamente distal al ganglio geniculado?

a) Test Schirmen.
b) Reflejo estapedial.
c) Gustometría.
d) Sialometría.

43. Sobre los potenciales evocados del tronco cerebral, señale la FALSA:

a) Los potenciales tempranos aparecen en los primeros 10 milisegundos (ms) que siguen a la estimulación.
b) Los potenciales de latencia media entre 12 y 50 ms.
c) Los potenciales evocados corticales aparecen a los 50-250 ms.
d) Los potenciales evocados de latencia media son los llamados de tronco cerebral (PEATC o en inglés BERA, Brainstem Evoked Responses Audiogram).

44. Sobre los potenciales de estado estable (PEAee), señale la FALSA:

a) El estímulo acústico consiste en un tono continuo, modulado en amplitud, es decir, un sonido con una determinada frecuencia que aumenta y disminuye en intensidad.

b) La detección de la respuesta se basa en la identificación de una onda con una determinada frecuencia de entre la totalidad de la actividad eléctrica cerebral.
c) Una ventaja de los PEAee es que permiten la estimulación simultánea de varias frecuencias.
d) El inconveniente de los PEAee es que dependen de la subjetividad de la persona paciente.

45. Sobre la hiperreactividad nasal, señale la FALSA:

a) El principal aporte simpático de la mucosa nasal procede del nervio vidiano.
b) La estimulación parasimpática produce vasodilatación e incremento de la secreción, en tanto que la estimulación simpática produce preferentemente vasoconstricción.
c) La acetilcolina es el más potente vasodilatador nasal y se libera constantemente en las terminaciones nerviosas parasimpáticas, siendo destruida rápidamente por la acetilcolinesterasa.
d) El equilibrio entre la producción y la destrucción de la acetilcolina está regulado por el hipotalamo.

46. La prueba inicial en el screening auditivo neonatal es habitualmente:

a) Timpanometría.
b) Audiometría conductual y del juego.
c) Otoemisiones acústicas transitorias.
d) Potenciales evocados auditivos automáticos.

47. El fenómeno de Tullio consiste en:

a) Acúfeno por presiones altas.
b) Nistagmo por miradas hacia arriba.
c) Vértigo por presión sobre el oído.
d) Vértigo por sonidos intensos.

48. ¿Dónde se encuentra el origen de los acufenos subjetivos?

a) Oido Externo.
b) Oido Interno.
c) Vía auditiva.
d) En cualquier alteración de la vía auditiva entre CAE y Corteza Cerebral.

49. ¿El vértigo posicional se caracteriza por?

a) Hipoacusia.
b) Acúfeno.
c) Relación con movimientos de la cabeza.
d) Cortejo vegetativo.



50. Los acufenos son más frecuentes en.

a) Los hombres.
b) Las mujeres.
c) En personas adultas a partir de los 35 años.
d) En pacientes con hipoacusia.

51. En un VPPB del Canal Semicircular Anterior el nistagmo (fase rápida) explorado será:

a) Torsional ipsilateral con batida hacia arriba.
b) Torsional ipsilateral con batida hacia abajo.
c) Horizonte rotatorio unidireccional.
d) Horizonte rotatorio unidireccional.

52. Una de estas NO es una característica del nistagmo periférico. Señálela:

a) Horizontorrotatorio.
b) Aumenta con la fijación.
c) Latencia y agotamiento.
d) Dirección fija.

53. Sobre la maniobra de McClure, señale la FALSA:

a) Es útil en el diagnóstico del VPPB del CSS.
b) Tras un giro cefálico en decúbito supino, aparición de un nistagmo horizontal que se dirige, fase rápida, hacia el oído más declive, oído afectado (nistagmo geotrópico).
c) Si se gira la cabeza hacia el lado contralateral, las partículas se desplazan hacia el extremo no ampular del conducto, corriente ampulífuga y, por tanto, inhibidora, que provoca un nistagmo que bate hacia el oído sano que en este giro se sitúa inferiormente.
d) La mayor intensidad del nistagmo al girar la cabeza hacia el lado afectado permite conocer cuál es el oído patológico.

54. La ley de Alexander define que en el vértigo periférico:

a) El nistagmo incrementa al mirar hacia el lado de la fase lenta.
b) El nistagmo incrementa al mirar hacia el lado de la fase rápida.
c) El nistagmo se anula al estimular con un diapasón.
d) El nistagmo es más intenso al mirar al centro.

55. ¿Los registros de electronistagmografia registra las variaciones?

a) Del potencial de acción del músculo ocular externo.
b) Del campo eléctrico periorbitario.
c) Del potencial rama oftálmica del N Facial.
d) Del potencial de Nervio Petroso.

56. ¿La dirección del Nistagmus se define por?

a) La dirección de la fase lenta.
b) La dirección de la fase rápida.
c) Por el ojo al que afecta.
d) Por el lado al que gira la cabeza.

57. ¿Dentro de los nistagmus fisiológicos el nistagmo optocinético se generan siempre por?

a) Movimientos rotatorios de la cabeza.
b) Estímulos calóricos del CAE.
c) Movimiento continuo de una escena visual grande.
d) Estímulos visuales.

58. La prueba de Unterberger de estudio de la disfunción vestíbulo espinal consiste en:

a) Colocar a la persona paciente firme con los ojos cerrados y se le solicita que mantenga esa posición 30 segundos.
b) Colocar a la persona paciente sentada con los brazos estirados y apuntando a los índices de la persona que realiza el examen, que sentada enfrente tiene la misma postura, e indicarle (a la persona paciente) que cierre los ojos.
c) Indicar a la persona paciente, que se encuentra de pie y con los ojos cerrados, que marque el paso durante 30 segundos.
d) Que la persona paciente, con los ojos cerrados, camine adelante y atrás cuatro pasos varias veces.

59. A la falta de despegamiento del polo superior del pabellón del cráneo se le conoce como:

a) Pabellón en copa.
b) Coloboma transverso del pabellón.
c) Criptotia.
d) Displasia tipo I.

60. En el diagnóstico por imagen de malformaciones del oído externo y medio en población infantil, ¿qué planteamiento es más correcto?

a) Las microtias se asocian siempre a malformaciones de oído interno.
b) La TC está contraindicada en toda malformación congénita del oído.
c) La imagen no aporta información relevante en aplasia o hipoplasia del CAE.
d) Las malformaciones del pabellón y del oído medio derivan del primer y segundo arco branquial y pueden no acompañarse de malformaciones del oído interno.

61. ¿Cuál es el objetivo fundamental de la timpanoplastia en población infantil con otitis media crónica?

a) Mejorar la estética del pabellón auricular.



b) Colocar siempre un implante coclear.
c) Controlar la infección o lesión y, si es posible, reconstruir para recuperar función auditiva.
d) Evitar toda exploración radiológica previa.

62. ¿Qué afirmación es correcta sobre las orejas en asa?

a) Suelen presentarse de forma familiar, con herencia autosómica dominante de penetrancia variable, afectando alrededor del 5% de la población siempre consecuencia de traumatismo neonatal.
b) Pérdida auditiva media entre 0,5 y 2 kHz superior a 90 dB HL y, como dato complementario, umbral a 2.000 Hz con audífono superior a 55 dB HL.
c) Son una malformación letal si no se corrigen antes del año.
d) Sólo se corrigen por indicación auditiva, nunca estética o psicosocial.

63. ¿Cuál es la clave del tratamiento conservador precoz de displasias tipo I del pabellón auricular?

a) Esperar hasta la adolescencia para decidir cualquier intervención.
b) Aplicar moldeado o vendaje en los primeros días de vida, cuando aún es posible la corrección conservadora.
c) Realizar amputación parcial del hélix en todos los casos.
d) Indicar radioterapia local para fijar el cartílago.

64. ¿Cuál de las siguientes descripciones corresponde a una displasia de tercer grado del pabellón auricular?

a) Existen casi todas las estructuras normales y no se precisa tejido suplementario.
b) Existen algunas estructuras y se requiere tejido suplementario parcial.
c) No se reconocen estructuras normales del pabellón y se precisa reconstrucción completa con piel y cartílago.
d) Se limita a una macrotia sin repercusión reconstructiva.

65. Ante una herida del pabellón auricular en un niño/una niña, ¿qué debe recordarse?

a) La rica vascularización auricular permite en muchos casos sutura directa con bajo riesgo de necrosis, incluso en lesiones parciales.
b) Siempre debe resecarse ampliamente el borde de la herida.
c) Nunca debe suturarse.
d) Debido a la escasa vascularización obliga a pequeñas amputaciones parciales.

66. ¿El síndrome de detención del desarrollo del oído interno más frecuente es?

a) La Aplasia de Michel.
b) El Mondini.
c) El Scheibe.
d) Alexander.



67. ¿Cuál de las siguientes malformaciones del oído externo NO es una displasia de Grado I?

a) Macrotia.
b) Microtia.
c) Coloboma transverso del pabellón Anotia.
d) Pabellón en copa sin distopia.

68. De entre los siguientes, ¿cuál NO se considera un factor predisponente en la Otitis Externa Difusa?

a) Humedad ambiental.
b) Sudoración excesiva.
c) Presencia de cerumen.
d) Ausencia de manto ácido.

69. Sobre el cerumen, señale la FALSA:

a) Tapiza la superficie de la piel del CAE.
b) Forma un manto lipófilo.
c) Tiene pH ácido.
d) Debe eliminarse la delgada capa que recubre el CAE ara evitar la aparición de infecciones.

70. Sobre otomicosis, señale la FALSA:

a) Se relaciona con climas húmedos.
b) La toma de cultivo no es necesaria para el diagnóstico clínico.
c) La esencia del tratamiento son los corticoides tópicos.
d) La limpieza de secreciones es útil.

71. ¿Cuál de las siguientes NO es causa de parálisis laríngea?

a) Cirugía tiroidea.
b) Tumor mediastínico.
c) Ictus.
d) Otitis externa.

72. La otitis externa difusa.

a) Generalmente no se da sobre conductos sanos.
b) Es producida por estafilococo aureus.
c) Nunca precisa tratamiento vía general.
d) No debe ser tratada con gotas óticas.



73. ¿El antibiótico de elección ante una otitis externa maligna a la espera del cultivo y antibiograma es?

a) Amoxicilina/clavulánico.
b) Macrólidos como azitromicina o claritromicina.
c) Ciprofloxacino.
d) Doxiciclina.

74. La otomicosis en el CAE se puede tratar tópicamente con instilaciones en el CAE de:

a) Alcohol boricado.
b) Violeta de Genciana.
c) Antimicóticos.
d) Todos los anteriores.

75. El agente implicado con mayor frecuencia en la otitis necrosante maligna es:

a) Streptococcus pneumonia.
b) Pseudomonas aeruginosa.
c) Haemophilus influenzae.
d) Candida albicans.

76. La diabetes favorece la siguiente o siguientes manifestaciones clínicas en el pabellón auditivo.

a) Otitis externa localizada.
b) Otitis externa Maligna o necrosante.
c) Infección fúngica.
d) Todas las anteriores.

77. El eczema del oído externo es una dermatitis.

a) Eritemato-vesiculosa.
b) Pruriginosa.
c) Recidivante.
d) Las tres anteriores son ciertas.

78. Como medida preventiva en pacientes con mutación A1555G, debe evitarse prescribir:

a) Ibuprofeno.
b) Amoxicilina.
c) Aminoglucósidos.
d) Paracetamol.

79. ¿La otitis secretoria se diferencia de la otitis media aguda activa además de la integridad del tímpano por?

a) No tener síntomas de infección.
b) No presentar hipoacusia.
c) No presentar fluidos tras el tímpano.
d) Ninguna de las anteriores.

80. ¿Cuál es el agente etiológico más frecuente en la otitis media aguda?

a) Estafilococo aureus.
b) Moraxela catarrhalis.
c) Estreptococo pneumoniae.
d) Pseudomona aeruginosa.

81. ¿Cuál es el tratamiento de primera línea de la otitis aguda en pacientes con alergia a betalactámicos?

a) Amoxicilina.
b) Eritromicina.
c) Penicilina G.
d) Cefalosporina de primera generación.

82. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre la otitis media aguda la define mejor?

a) Toda OMA implica participación de estructuras óseas desde el inicio.
b) Toda OMA debe evolucionar necesariamente a fase supurativa.
c) En la OMA habitual la restitución tisular es ad integrum y no hay participación ósea.
d) La participación mastoidea excluye el diagnóstico de OMA.

83. ¿Cuál de los siguientes criterios justifica la indicación de audioprótesis en una niña/un niño hipoacúsico?

a) Cualquier pérdida unilateral de 10 dB, aunque no afecte la comunicación.
b) Hipoacusia bilateral mayor de 30 dB con dificultades comunicativas, trastornos de reconocimiento del habla susceptibles de mejorar y tratamiento médico o quirúrgico excluido, insuficiente o rechazado.
c) Sólo hipoacusias profundas, nunca moderadas.
d) Únicamente pérdidas transmisivas con otitis media aguda activa.

84. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones define correctamente la otitis media aguda?

a) Proceso infeccioso-inflamatorio del revestimiento de la caja del oído medio, de evolución limitada a días o semanas, sin afectación ósea habitual.
b) Enfermedad crónica del hueso temporal con destrucción mastoidea obligada.
c) Derrame estéril persistente del oído medio durante más de 12 semanas.
d) Inflamación exclusiva del conducto auditivo externo.

85. En relación con la etiopatogenia de la otitis media aguda, señale la opción correcta:

a) Se produce habitualmente por diseminación hematógena desde focos cutáneos.
b) Suele originarse tras una infección vírica de vías respiratorias altas que provoca edema y disfunción de la trompa de Eustaquio, favoreciendo la infección del oído medio.
c) Su mecanismo principal es la perforación traumática de la membrana timpánica.
d) Se debe en la mayoría de los casos a una infección fúngica primaria del oído medio.

86. En cuál de las siguientes fases de la Otitis Media Aguda cesa la Otodinia.

a) Congestión.
b) Colección.
c) Abierta.
d) Reparación.

87. Se define la otitis media secretoria como la acumulación de secreción detrás de la membrana timpánica intacta. La otitis media secretora es una enfermedad fundamentalmente de la primera infancia y su número disminuye significativamente según aumenta la edad. De entre las siguientes, señale cuál de las siguientes características NO se corresponde con la trompa de Eustaquio de una niña/un niño:

a) Longitud más corta que en la persona adulta.
b) Ángulo con el plano horizontal de 10º.
c) Elasticidad de la porción ístmica mayor.
d) Almohadillado de Oastmann más ancho que en la persona adulta.

88. En relación a la epiglotitis aguda infantil podemos afirmar que:

a) El agente implicado más frecuentemente es el Haemophilus Influenzae tipo b.
b) Cursa con odinofagia y disfagia severas.
c) Se acompaña de disfonía.
d) a) y b) son ciertas.

89. Un paciente diabético insulinodependiente mal controlado acude a urgencias por presentar un cuadro de instauración brusca de con fiebre, estupor, edema palpebral bilateral, alteración oculomotora y disminución de la agudeza visual. Probablemente, el paciente padece:

a) Meningitis por Haemophilus influenzae tipo B.
b) Mucormicosis que requiere anfotericina B liposómica y cirugía urgente.
c) Absceso epidural que requiere tratamiento neuroquirúrgico.
d) Mucormicosis que requiere sólo tratamiento quirúrgico.

90. ¿Qué implicación pronóstica se atribuye a un primer episodio de otitis serosa muy precoz?

a) Si aparece antes de los 2 meses, multiplica por seis la probabilidad de otitis de repetición respecto a un debut a los 18 meses.
b) Si aparece antes de los 6 meses, reduce a la mitad la recurrencia posterior.
c) Si aparece en el primer año, sólo predice secuelas neurosensoriales.
d) Si aparece antes de los 2 meses, se asocia casi siempre a resolución completa sin recurrencias.

91. ¿Cuál de las siguientes situaciones se considera una contraindicación o factor de especial precaución antes de adenoidectomía?

a) Insuficiencia velofaríngea o riesgo de insuficiencia velopalatina.
b) Hipertrofia adenoidea sintomática.
c) Obstrucción nasal crónica con clínica.
d) Otitis serosa asociada a hipertrofia adenoidea.

92. En un niño con derrame crónico del oído medio, ¿qué antecedente orienta más a una base estructural/congénita de disfunción tubárica que a una causa inflamatoria mucosa?

a) Samter triad.
b) Fisura palatina submucosa.
c) Reflujo gastroesofágico.
d) Infección reciente de vías respiratorias altas.

93. ¿Qué tratamiento se ha demostrado INEFICAZ en la otitis serosa?

a) Antiinflamatorioa.
b) Antibioticos.
c) Antihistaminicos y decongestionantes.
d) Insuflaciones de la Trompa.

94. ¿Cuál es la causa que más lleva al desarrollo de una otitis Media Crónica Simple?

a) Otitis agudas de repetición.
b) Perforación timpánica persistente.
c) Traumatismos Timpánicos.
d) Timpanoesclerosis.

95. La alteración del proceso de migración epitelial en el CAE puede originar:

a) Colesteatomas de CAE.
b) Tapones cerumino-epidérmicos.
c) Queratosis obturans.
d) Todos son correctos.

96. Señale de entre los siguientes el mecanismo etiopatogénico más aceptado del colesteatoma congénito:

a) Metaplasia del epitelio del oído medio debido a procesos infecciosos crónicos.
b) Invasión/inmigración epitelial a través de una perforación timpánica.
c) Restos embrionarios de tejido epitelial al tímpano intacto sin previa historia cínica de infección o cirugía ótica.
d) Bolsa de retracción e invaginación de la membrana timpánica secundarias a la malfunción tubárica o a la alteración de intercambio de gases.

97. En la cirugía del colesteatoma, señale la respuesta correcta:

a) La técnica abierta tiene que hacerse con obliteración de la trompa de Eustaquio.
b) El segundo tiempo quirúrgico se suele llevar a cabo a los 18 meses en la población infantil y a los 9 meses en la persona adulta.
c) La reconstrucción del mecanismo de transmisión es un objetivo secundario en el tratamiento del colesteatoma.
d) Todas las respuestas anteriores son falsas.

98. Sobre el granuloma de colesterol, señale la FALSA:

a) Una lesión erosiva ocupante de espacio que puede afectar al oído medio, la mastoides o el vértice del peñasco.
b) Se trata de una reacción de células gigantes de tipo cuerpo extraño frente a los depósitos de colesterol que aparecen en las celdillas aéreas rellenas de líquido por obstrucción en el hueso temporal.
c) A nivel microscópico, se observan múltiples hendiduras de cristales de colesterol rodeadas de células inflamatorias.
d) Están revestidos de tejido conjuntivo fibroso, con epitelio estratificado escamoso queratinizado, como los colesteatomas.

99. Sobre el origen del colesteatoma, señale la FALSA:

a) Deriva de la migración epitelial por una perforación marginal.
b) Se desarrolla a través de una bolsa de retracción atical.
c) Se forma por la inclusión de fragmentos de epitelio tras fractura el temporal.
d) Deriva del granuloma de colesterol.

100. La laberintitis suele deberse a compresión del colesteatoma sobre:

a) El receso facial.
b) La fosa oval.
c) El acueducto de Falopio.
d) El canal semicircular horizontal.

101. Mujer de 65 años que acude a la consulta por supuración persistente de OI de 2 años de duración. Ha sido tratada con gotas, pero en cuanto las deja el oído vuelve a supurar. Hipoacusia de OI. Sospechamos que tenga un colesteatoma del OI. La exploración más rentable para el diagnóstico es:

a) Acumetría.
b) Otoscopia.
c) Audiometría tonal liminar.
d) TAC de peñasco.

102. La complicación más frecuente de la otitis media colesteatomatosa suele ser:

a) Parálisis facial.
b) Absceso subdural.
c) Absceso cerebral.
d) Meningitis otógena.

103. ¿Qué enunciado refleja mejor la posición de la otitis serosa dentro de la patología del oído medio infantil?

a) Es una entidad aislada, sin continuidad fisiopatológica con otras otitis.
b) Se define exclusivamente por exudado purulento con destrucción ósea.
c) Forma parte de un continuum que puede ir desde la otitis aguda y de repetición hasta secuelas y colesteatoma.
d) Aparece casi sólo en adolescentes y rara vez en niños y niñas pequeñas.

104. Cuando en el contexto de una mastoiditis aguda el proceso infeccioso se extiende a través de la corteza interna de la mastoides hacia el espacio digástrico pasa entonces a llamarse mastoiditis o absceso de:

a) Jacques.
b) Bezold.
c) Nigro.
d) Moure.

105. Sospecharemos síndrome de Gradenigo si hay:

a) Diplopía por parálisis del músculo recto externo por afectación del VI par craneal y dolor retroocular por afectación de la rama oftálmica del V par craneal.
b) Diplopía por parálisis del músculo recto interno por afectación del III par craneal y dolor retroocular por afectación de la rama oftálmica del V par craneal.
c) Diplopía por parálisis del músculo oblicuo superior por afectación del IV par craneal y dolor retroocular por afectación de la rama oftálmica del V par craneal.
d) Diplopía por parálisis del músculo recto superior por afectación del VI par craneal y dolor retroocular por afectación de la rama oftálmica del V par craneal.

106. La complicación más frecuente de una otitis media aguda en nuestro medio es:

a) Meningitis otógena.
b) Otomastoiditis.
c) Trombosis del seno lateral.
d) Parálisis facial ipsilateral.

107. Señale la correcta:

a) La mastoiditis aguda no tiene indicación quirúrgica, su tratamiento es antibiótico intravenoso de forma exclusiva.
b) La laberintitis cursa sin pérdida auditiva.
c) La extensión de la inflamación hacia el ápex petroso puede generar afectación de V y VI par en el llamado síndrome de Graderingo.
d) Tanto en la paramastoiditis de Bezold y pseudobezold encontramos progresión de la inflamación a las celdillas cigomáticas.

108. En el síndrome de Lemierre, señale la opción correcta:

a) Se caracteriza por trombosis séptica del seno cavernoso secundaria a sinusitis maxilar.
b) Se trata de una complicación de infecciones orofaríngeas con tromboflebitis séptica de la vena yugular interna.
c) Su germen causal típico es Streptococcus pneumoniae y no produce embolias sépticas.
d) El tratamiento habitual es conservador, sin antibioterapia intravenosa.

109. ¿Cuál es la complicación más frecuente de la prótesis fonatoria?

a) Hemorragia masiva.
b) Fuga periprotésica.
c) Neumotórax.
d) Otitis media.

110. ¿Cuál es la complicación más frecuente tras laringectomía?

a) Fístula faringocutánea.
b) Neumotórax.
c) Epistaxis.
d) Otitis.

111. En las mastoiditis, ocasionalmente, puede haber diseminación de la infección de la cortical de la punta de la mastoides por dentro de la ranura digástrica lo que se conoce como absceso de Bezold. ¿Qué espacio anatómico se invade?

a) El espacio periamigdalino.
b) El espacio parafaringeo.



c) El espacio paratraqueal.
d) El espacio retrofaríngeo.

112. Sobre los esteroides, señale la FALSA:

a) La dexametasona tiene mayor vida media que la hidrocortisona.
b) La necrosis avascular de cadera es un efecto secundario dosis dependiente.
c) La actividad antinflamatoria del deflazacort es menor que la de la dexametasona.
d) Inhiben la síntesis de IL-1.

113. La manipulación o compresión excesiva del lóbulo temporal en la cirugía del neurinoma por fosa media puede producir:

a) Disfasia.
b) Crisis comiciales.
c) Lesiones cerebrales, sobre todo en el lado izdo.
d) Todas las anteriores son ciertas.

114. La vía de elección para la sección del nervio vestibular en pacientes con audición útil es:

a) Retrosigmoidea.
b) Translaberíntica.
c) Fosa media.
d) Endoscópica.

115. El problema de las reintervenciones de las timpanoplastias es.

a) La gran cantidad de tejido cicatricial.
b) La mayor fragilidad de la membrana timpánica.
c) La disminución de la vascularización local.
d) La pérdida de referencias anatómicas.

116. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre las técnicas de timpanoplastia es correcta?

a) La incisión retroauricular ofrece un amplio campo quirúrgico y facilita la obtención de injertos y la realización de un colgajo perióstico.
b) La timpanotomía posterior se utiliza exclusivamente para cerrar perforaciones timpánicas simples, sin acceso al oído medio.
c) El colgajo perióstico no tiene utilidad en la reconstrucción y debe evitarse en cirugía otológica.
d) El abordaje endoaural siempre proporciona mejor exposición que la vía retroauricular en todos los casos.

117. Los indicadores principales para realizar una intervención quirúrgica en las fracturas del hueso temporal son:

a) Parálisis facial completa con indicadores de mal pronóstico.
b) Fístulas de LCR persistentes.
c) Vértigo persistente.
d) Solo a y b son correctas.

118. En relación con las fracturas del hueso temporal, señale la respuesta correcta:

a) El 20 % de las fracturas transversales presentan afectación del facial generalmente en la segunda porción del ganglio geniculado.
b) Las fracturas transversales son las más frecuentes representado entre el 70-80 %.
c) En las fracturas transversales es frecuente apreciar tímpano íntegro con CAE no afectado.
d) Las fracturas longitudinales se acompañan en un 50 % de hipoacusia neurosensorial.

119. La aparición de una otorragia tras un traumatismo craneal, sin sintomatología laberíntica ni afectación del nervio facial, nos debe hacer pensar en:

a) Fractura longitudinal del hueso temporal.
b) Fractura transversa del hueso temporal.
c) Conmoción laberíntica postraumática.
d) Neuritis vestibular postraumática.

120. ¿Qué tipo de fractura del hueso temporal tiene mayor riesgo de producir parálisis facial?

a) Fractura con afectación del ápex del peñasco.
b) Fractura con afectación de la cápsula ótica.
c) Fractura limitada al conducto auditivo externo.
d) Con rotura timpánica.

121. ¿En un otohematoma la colección hemática se sitúa?

a) Entre las capas de las fibras elásticas del cartílago.
b) Entre la piel y pericondrio.
c) Entre el pericondrio y el cartílago.
d) En el tejido celular subcutáneo del lóbulo auricular.

122. Dentro de los schwannomas del foramen yugular, el más frecuente es el que afecta al par craneal:

a) IX.
b) X.
c) XI.
d) XII.

123. ¿Cuál de las siguientes circunstancias se presenta raramente en la neurofibromatosis tipo 2?

a) Manchas café con leche.
b) Alteración de ambos cromosomas 22.
c) Schwannomas vestibulares bilaterales.
d) Asociación con meningiomas.

124. Dentro de los tumores glómicos del oído, la frecuencia de glomus secretores es:

a) Menor del 5%.
b) Entre el 5 y el 20%.
c) Entre el 20 y el 50%.
d) Mayor del 50%.

125. ¿Cuáles son las características de la RM que nos sirven para diferenciar entre un granuloma de colesterol y un tumor epidermoide congénito en la punta del peñasco?

a) En T1 el granuloma de colesterol es hipointenso y el tumor epidermoide hiperintenso.
b) En T1 el granuloma de colesterol es hiperintenso y el tumor epidermoide hipointenso.
c) En T2 el granuloma de colesterol es hipointenso y el tumor epidermoide hiperintenso.
d) En T2 el granuloma de colesterol es hiperintenso y el tumor epidermoide hipointenso.

126. ¿Cuál de los siguientes pasos forma parte de la estapedectomía convencional?

a) Sección del tendón del estribo.
b) Separación incudoestapedial.
c) Fenestración de la platina.
d) Todas son correctas.

127. En relación con la Otoesclerosis, indique cuál de las siguientes entidades NO se corresponde con su definición:

a) Paracusia de Willis: situación paradójica por la que la persona paciente oye mejor en circunstancias como al lado de un tractor con el motor en marcha, cuando conduce su automóvil, en la sala de máquinas de su empresa o en ambientes ruidosos.
b) Escotoma de Carhart: caída selectiva de la vía ósea en la frecuencia 2000 Hz.
c) Mancha de Schwartze: foco otoscleroso de color rosa intenso perceptibles macroscópicamente por transparencia a través de la membrana timpánica.
d) Otosclerosis coclear de Manasse: forma clínica en la que desde el comienzo la hipoacusia es de percepción posiblemente por invasión coclear de un amplio foco otoscleroso.

128. En relación con la cirugía láser de la estapedotomia, señale la respuesta correcta:

a) La principal aportación del láser es el traumatismo mecánico que provoca.
b) La dispersión del calor que producen ciertos tipos de laser puede resultar dañina.
c) El tendón del estribo no puede ser cortado con el láser.
d) La crura posterior no puede ser cortada con el láser.

129. En la Otoesclerosis de Lermoyez:

a) En el periodo de comienzo existe una hipoacusia mixta, en etapas finales la hipoacusia es neurosensorial.
b) Se manifiesta desde el comienzo por una hipoacusia de percepción ocasionada por invasión coclear de un foco de otosclerosis.
c) La hipoacusia es siempre de transmisión pura por mucho que evoluciona la enfermedad.
d) En el primer periodo la hipoacusia es de transmisión, en el segundo la hipoacusia es mixta, en el periodo final es neurosensorial con umbrales de la vía aérea y ósea comprendidos entre 60-80 dB.

130. En una persona paciente con sospecha de otosclerosis, ¿qué prueba de imagen realizaría para despistar una dehiscencia del canal semicircular superior?

a) RM de fosa posterior.
b) Tomografía computarizada.
c) VEMPs.
d) vHIT.

131. ¿Para cuál de estas enfermedades es útil la RM con gadolinio intratimpánico?

a) Otosclerosis.
b) Enfermedad de Ménière.
c) Dehiscencia del canal semicircular superior.
d) Neurinoma del acústico.

132. Mujer de 42 años que acude a consulta por hipoacusia progresiva bilateral de 4 años de evolución. Lo relaciona con sus embarazos. NO presenta antecedentes familiares. La otoscopia es normal. El diagnóstico más probable es la otosclerosis. ¿Cuál es la prueba que orientará el diagnóstico?

a) Acumetría: Weber y Rinne.
b) Timpanometría.
c) Audiometría verbal.
d) Potenciales evocados auditivos.

133. En la otosclerosis la hipoacusia se produce por:

a) Fijación del martillo.
b) Fijación de la membrana timpánica.
c) Obstrucción de la trompa de Eustaquio.
d) Fijación de la platina del estribo.

134. ¿Cuál de los siguientes procedimientos NO debe realizarse en la estapedetomia?

a) Desarticulación del Yunque de la cabezuela del estribo.
b) Desarticulación del Martillo del cuerpo del Yunque.
c) Fractura de las cruras del estribo.
d) Sección del tendón del músculo del estribo.

135. ¿Para considerar una hipoacusia neurosensorial como de posible etiología autoinmune debe o deben considerarse como criterio de sospecha?

a) Hipoacusia neurosensorial bilateral progresiva.
b) Respuesta al tratamiento con corticoides.
c) Anticuerpos Antinucleares ANA +.
d) Todas ellas son criterios de sospecha.

136. ¿Cuál es la causa más importante de hipoacusia prenatal congénita adquirida por embriopatía?

a) Citomegalovirus.
b) Herpes Zoster.
c) Rubeola.
d) Varicela.

137. Todos son factores de riesgo para hipoacusia neonatal EXCEPTO uno. Señálelo:

a) Ingreso en UCI neonatal.
b) Infección por citomegalovirus.
c) Antecedentes familiares de sordera en la infancia.
d) Parto por vía vaginal.

138. Un paciente de 47 años consulta por tumoración en celda amigdalar derecha con dolor leve y presencia de una adenopatía cervical de 2 cm a nivel de área II-III. La lesión está sobreelevada levemente ulcerada. Se realiza PAAF de la adenopatía y muestran presencia de carcinoma. ¿Qué solicitaría a los patólogos?

a) PCR de Virus de Epstein Barr.
b) p16 de VPH.
c) Serología de citomegalovirus.
d) Estudio de microscopía electrónica.



139. En relación con el VIH en el aérea ORL cuál de estas afirmaciones es cierta:

a) La hipertrofia adenoidea es frecuente y obliga a descartar un linfoma mediante biopsia.
b) La infección por Epstein Bar es muy frecuente y característica del VIH, más que la infección por citomegalovirus.
c) El sarcoma de Kaposi es producido por micobacterias TBC.
d) El tratamiento del sarcoma de Kaposi es quirúrgico.

140. ¿Qué tipo de hipoacusia puede producir la hiperbilirrubinemia NO genética?

a) Hipoacusia conductiva pura.
b) Hipoacusia retrococlear.
c) Hipoacusia por lesión exclusiva coclear.
d) Hipoacusia Mixta.

141. ¿Cuál de las siguientes es una lesión precancerosa hereditaria que puede ocasionar un carcinoma espinocelular?

a) Carcinoma esclerosante.
b) Carcinoma basocelular pìgmentado.
c) Fibroepitelioma.
d) Xeroderma pigmentoso.

142. Cuál de estas aseveraciones es cierta en el cáncer de tiroides infantil:

a) El carcinoma papilar es el segundo más frecuente siendo raras las metástasis ganglionares como primer signo de la enfermedad.
b) El carcinoma folicular es poco frecuente y se manifiesta con metástasis ganglionares en el 90 %.
c) El carcinoma medular de tiroides en la edad pediátrica tiene una base hereditaria en el 25 % de los casos.
d) B y C son ciertas.

143. En la sordera NO sindrómica de causa genética, ¿cuál es la más frecuente según distribución de los principales patrones de herencia?

a) Autosómica dominante.
b) Autosómica recesiva.
c) Ligada al Cromosoma X.
d) Mitocondrial.

144. ¿Cuál es la etiológica más frecuente de la sordera infantil?

a) Metabólica.
b) Genética.
c) Idiopática.

d) Traumática.

145. En el síndrome de Pendred (MIM 2748600) ¿La hipoacusia se asocia con?

a) Bocio tiroideo.
b) Glomerulonefritis.
c) Alteraciones oftálmicas.
d) Anomalías pigmentarias de la piel y el pelo.

146. En las hipoacusias hereditarias ligadas a mutaciones del ADN mitocondrial, Síndrome CPEO o MELES (MIM540000), si la madre presenta la mutación, ¿cuál es el patrón de transmisión a su descendencia?

a) La transmite únicamente a los hijos varones.
b) La transmite únicamente a las hijas mujeres.
c) La transmite a la totalidad de su descendencia, independientemente del sexo.
d) No la transmite, salvo si el padre también es portador.

147. ¿Qué distribución de herencia tiene la sordera hereditaria NO sindrómica?

a) Autosómica dominante 80%, recesiva 18% y ligada al X 2%.
b) Ligada al X 80%, mitocondrial 18% y autosómica dominante 2%.
c) Autosómica recesiva 80%, autosómica dominante 18% y ligada al X 2%.
d) Todas las formas hereditarias son mitocondriales.

148. Tras una inyección con gentamicina intratimpánica, pueden tener mejor capacidad para compensar la pérdida vestibular resultante:

a) Las personas pacientes con escasa visión.
b) Las personas pacientes con una neuropatía periférica.
c) Las personas ancianas.
d) Todas ellas.

149. Se define la Sordera Súbita Neurosensorial por las siguientes características EXCEPTO:

a) Pérdida neurosensorial superior o igual a 30 dB.
b) 3 o más frecuencias consecutivas.
c) Instauración en menos de 72 horas.
d) Puede estar asociada a clínica vestibular.

150. ¿Cuál de los siguientes fármacos NO es ototóxico?

a) Ácido etacrínico.
b) Furosemida.
c) Mostazas nitrogenadas.
d) Todos los anteriores son fármacos ototóxicos.



151. Uno de los siguientes fármacos NO es ototóxico. Señálelo.

a) Vancomicina.
b) Corticoides.
c) Estreptomicina.
d) Cisplatino.

152. ¿Cuál de las siguientes combinaciones resume correctamente los criterios de pase del cribado auditivo indicado?

a) ABR con Onda V a 40 dB y otoemisiones con reproductibilidad del 70% en 3 frecuencias.
b) ABR con Onda V y otoemisiones con reproductivilidad al 50% en 2 frecuencias.
c) ABR con Onda V a 20 dB y otoemisiones al 90% en 1 frecuencia.
d) ABR con intercalo I-V medible a 40 dB y otoemisiones al 60% en 4 frecuencias.

153. ¿Cuál es el objetivo principal del screening auditivo neonatal según el tema señalado?

a) Detectar solo hipoacusias bilaterales.
b) Detectar hipoacusias bilaterales o unilaterales iguales o superiores a 40 dB.
c) Detectar exclusivamente sordera profunda bilateral.
d) Detectar únicamente alteraciones de oído medio susceptibles de tratamiento quirúrgico.

154. Dentro de los requisitos dependientes del método para un programa de screening auditivo, ¿qué combinación es la correcta?

a) Alta sensibilidad y especificidad, bajo coste y fácil utilización.
b) Capacidad para diagnosticar etiología, pronóstico y lateralidad en una sola sesión.
c) Necesidad de sedación breve y alto valor predictivo positivo únicamente.
d) Exploración bilateral invasiva con interpretación médica inmediata.

155. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones resume correctamente criterios de pase del cribado auditivo neonatal con pruebas clínicas?

a) PTC/ABR con onda V a 40 dB y TEOAE con reproductibilidad superior al 70% en 3 frecuencias.
b) PTC/ABR con onda I a 80 dB y TEOAE con reproductibilidad inferior al 40%.
c) TEOAE positiva sólo si existe respuesta en 1 kHz aislado y PTC a 70 dB.
d) El cribado universal debe realizarse siempre antes de las primeras 24 horas con OA, sin repetirlo.

156. ¿Qué afirmación describe correctamente la parálisis recurrencial pediátrica?

a) Es una causa excepcional de estridor neonatal sin relación con malformaciones.
b) Se diagnostica siempre en la adolescencia.

c) Afecta sólo a adultos tras cirugía tiroidea.
d) Representa una causa importante de estridor neonatal y puede asociarse a patología neurológica, cardiaca o pulmonar.

157. ¿Qué utilidad clínica tiene el registro de las otoemisiones acústicas provocadas o transitorias?

a) Monitorización objetiva de la audición.
b) Diagnostico topográfico.
c) Screening auditivo.
d) Todas ellas.

158. Sospecharemos una carencia de la alimentación retroauditiva cuando la aparición del balbuceo canónico se retrasa más allá de los:

a) 9 meses.
b) 10 meses.
c) 11 meses.
d) 12 meses.

159. En el desarrollo lingüístico hasta los cuatro años, ¿en qué momento comienza la mielinización del córtex auditivo primario?

a) 6º mes de gestación.
b) Neonatos al mes.
c) Neonatos a los dos meses.
d) Neonatos a los tres meses.

160. En lactante sin antecedentes clásicos de riesgo, ¿qué dato evolutivo obliga a sospechar una carencia de retroalimentación auditiva por posible hipoacusia importante?

a) Ausencia de sonrisa social al segundo mes.
b) Balbuceo canónico normal antes del sexto mes.
c) Retraso del balbuceo canónico más allá de los 12 meses.
d) Predominio del llanto sobre la vocalización en el primer trimestre.

161. ¿Qué criterio audiométrico apoya la indicación de implante coclear frente a audífono en población infantil según el capítulo?

a) Pérdida media conversacional bilateral menor de 30 dB HL.
b) Pérdida auditiva media entre 0,5 y 2 kHz superior a 90 dB HL y, como dato complementario, umbral a 2.000 Hz con audífono superior a 55 dB HL.
c) Hipoacusia unilateral moderada con discriminación normal.
d) Pérdida auditiva media entre 0,5 y 2 kHz superior a 60 dB HL y, como dato complementario, umbral a 2.000 Hz con audífono superior a 30dB HL.



162. En la neuropatía auditiva:

a) Los potenciales provocados auditivos del tronco son normales.
b) La lesión asienta en la corteza cerebral.
c) La sordera afecta poco a la comprensión de la palabra.
d) Las otoemisiones acústicas son normales.

163. Respecto a la evolución tecnológica de los implantes cocleares pediátricos, ¿qué afirmación es la más correcta?

a) Los implantes extracocleares siguen siendo los de elección por su mejor comprensión del habla.
b) La estimulación monocanal intracoclear supera al multicanal en comprensión verbal.
c) Los implantes extracocleares han caído en desuso y la estimulación multicanal intracoclear ha mostrado superior comprensión de la palabra hablada.
d) La clasificación actual depende sólo del tipo de anestesia utilizado.

164. El fenómeno de Tullio positivo consiste en:

a) Vértigo inducido por el sonido.
b) Vértigo al hacer una maniobra de Valsalva.
c) Vértigo al toser.
d) Vértigo con los movimientos bruscos.

165. El síndrome de Lindsay-Hemenway, descrito en 1956, se caracteriza por:

a) Isquemia de la arteria vestibular anterior.
b) Desprendimiento de otolitos de la mácula utricular como consecuencia de un traumatismo.
c) VPPB tras cirugía de la otoesclerosis.
d) Canalitiasis del conducto semicircular superior.

166. Respecto a la neuritis vestibular es FALSO que:

a) Mayoritariamente afecta a personas adultas con edades comprendidas entre los 30 y 60 años.
b) No hay diferencias significativas entre sexos.
c) La sintomatología mayoritariamente deriva de una lesión de la subdivisión inferior del nervio vestibular.
d) La neuritis vestibular tiene incidencia epidémica en los periodos de primavera y verano.

167. Cuando hablamos de factores genéticos en la enfermedad de Meniere se piensa que la herencia es:

a) Multifactorial dominante con penetrancia completa.
b) Multifactorial recesiva con penetrancia completa.
c) Multifactorial dominante con penetrancia incompleta.



d) Multifactorial recesiva con penetrancia incompleta.

168. En la epilepsia vestibular.

a) Los síntomas suelen durar segundos o minutos.
b) Es un síndrome cortical en el que se identifican claramente las áreas corticales implicadas.
c) Asocia una herencia autosómica dominante.
d) Asocia una herencia autosómica recesiva.

169. Indique cuál de las siguientes aseveraciones es cierta.

a) El Potencial Microfónico y el Potencial de Sumación son dos epifenómenos, que no influyen causalmente en la transducción auditiva en la cóclea.
b) El Potencial de sumación antecede al Potencia Microfónico.
c) Son simultáneos.
d) Ambos se generan tras el Potencial de acción de las fibras aferentes de la primera neurona auditiva.

170. ¿El signo de la pulsación de Brown en el paragaglioma yugulotimpánico consiste en?

a) La identificación de una masa pulsátil en el CAE.
b) Al efectuar la maniobra de Valsalva la tumoración deja de ser pulsátil.
c) El tumor palidece y deja de ser pulsátil al aumentar la presión del CAE con el espéculo de Siegle.
d) La hiperextensión cervical disminuye las pulsaciones y el tamaño del tumor.

171. ¿Por qué la cirugía septal infantil exige especial prudencia?

a) Porque el cartílago septal no participa en el crecimiento facial.
b) Porque el cartílago septal influye en el desarrollo mediofacial y su alteración puede producir malformaciones faciales, dentales o palatinas.
c) Porque la nariz deja de crecer al nacimiento.
d) Porque toda desviación septal infantil debe corregirse antes del primer mes.

172. El conducto auditivo interno se encuentra dividido, casi simétricamente, en cuatro orificios, dos superiores y dos inferiores separados por una cresta ósea horizontal, denominada falciforme, de la que parten hacia arriba y hace abajo dos pequeñas crestas verticales. De las siguientes estructuras, ¿cuáles discurren por el orificio antero-superior del conducto auditivo interno:

a) Nervio vestibular (porción utricular).
b) Nervio vestibular (porción sacular).
c) Nervio facial e intermediario de Wrisberg.
d) Nervio coclear.

173. ¿Cuál de las siguientes corresponde a una parálisis facial grado IV?

a) Debilidad moderada-severa con cierre ocular incompleto.
b) Movimiento apenas perceptible.
c) Parálisis completa.
d) Función normal.

174. En paciente con neurinoma del nervio facial y audición útil, la actitud inicial más aceptada es:

a) Observación con seguimiento radiológico.
b) Resección inmediata.
c) Laberintectomía.
d) Radioterapia obligatoria.

175. Todos estos son hallazgos de las fracturas transversales del peñasco con fractura laberíntica pura, EXCEPTO:

a) Hipoacusia.
b) Hiperreflexia vestibular.
c) Parálisis facial.
d) Vértigo periférico.

176. Uno de los siguientes datos NO cuadra con una parálisis facial periférica. Señálelo:

a) Parálisis facial de toda la hemicara.
b) Sequedad ocular.
c) Molestan los ruidos fuertes.
d) Escotoma visual ipsilateral.

177. La prueba de Schirmer mide:

a) La simetría motora facial.
b) El cierre palpebral.
c) La secreción salival.
d) La secreción lagrimal.

178. Los tumores malignos de glándulas salivares:

a) Se suelen relacionar con el tabaco.
b) Suelen ser de buen pronóstico.
c) Siempre afectan al nervio facial.
d) Son más probables en las glándulas salivares menores.



179. En caso de un abordaje retrolaberíntico para la sección del nervio vestibular es CIERTO que.

a) No requiere monitorización intraoperatoria del nervio facial.
b) La mastoidectomía debe ser completa.
c) No se conserva el saco endolinfatico.
d) Al visualizar los nervios craneales el V se localiza a nivel lateromedial.

180. La sensibilidad gustativa de las papilas caliciformes depende fundamentalmente del:

a) Nervio lingual.
b) Nervio facial.
c) Nervio glosofaríngeo.
d) Nervio hipogloso.

181. De las siguientes correspondencias, en referencia a la clasificación de Chandler, cual es CIERTA.

a) Grado V absceso encefálico.
b) Grado IV trombosis seno cavernosos.
c) Grado III absceso orbitario.
d) Grado II celulitis orbitaria.

182. Las celdillas de Onodi son más frecuentes entre que grupo de población:

a) Del sudeste de Asia.
b) Del sudoeste de Asia.
c) De Sudamérica.
d) De Centroamérica.

183. Indique el elemento que NO se encuentra en la fosa pterigomaxilar:

a) Porción terminal de la maxilar interna.
b) Rama V1 del trigémino.
c) Nervio vidiano.
d) Tejido graso.

184. Una de estas estructuras NO drena en el meato medio. Señálela:

a) Seno frontal.
b) Seno etmoidal.
c) Seno maxilar.
d) Vía lagrimal.

185. Varón de 34 años que acude por rinorrea acuosa unilateral cuando agacha la cabeza. Todo empezó a raíz de un accidente de tráfico en el que tuvo un TCE que necesitó ingreso y observación 48 horas. Endoscopia nasal normal. TAC de fosa y senos paranasales normales. ¿Cuál sería la conducta más adecuada?

a) Aplicar corticoides tópicos pues sospechamos una rinitis colinérgica.
b) Recoger muestra de rinorrea y determinar beta2 transferrina.
c) Sospechas una fístula oroantral e indicar revisión por su dentista.
d) Pautar antibióticos profilácticos por sospecha de sinusitis frontal.

186. Varón de 75 años que acude por obstrucción nasal derecha lentamente progresiva desde hace 2 años. Epistaxis de repetición leve por la fosa obstruida. El paciente es carpintero. Endoscopia con tumoración en meato medio derecha. ¿Cuál sería la conducta más apropiada?

a) Biopsia en consulta de la tumoración.
b) Solicitar TAC de fosa y senos paranasales.
c) Sospechar adenocarcinoma de etmoides y solicitar TAC cara a indicar tratamiento.
d) Solicitar resonancia magnética para descartar meningocele.

187. En el desarrollo embrionario cuando aparecen las placodas olfatorias.

a) A partir de la 4ª semana.
b) A partir de la 5ª semana.
c) A partir de la 6ª semana.
d) A partir de la 7ª semana.

188. La inervación sensitiva de las fosas nasales depende de:

a) Las tres ramas del V.
b) De V1 y V2.
c) De V2 y V3.
d) No depende del V.

189. Respecto de la sarcoidosis es CIERTO que:

a) Menos del 5% desarrolla la enfermedad en las fosas y senos paranasales.
b) Histológicamente desarrolla nódulos epiteloides con necrosis caseosa.
c) La presentación clínica más frecuente es la linfadenopatía hiliar bilateral.
d) El tratamiento quirúrgico nunca está indicado.

190. Respecto a los mucoceles de los senos paranasales, señale la opción FALSA:

a) Los senos frontal y frontoetmoidal se afectan con frecuencia.
b) Pueden producir remodelado o erosión ósea.
c) El tratamiento de elección es la antibioterapia prolongada exclusiva.
d) La marsupialización endoscópica constituye una opción terapéutica habitual.

191. La miotomía del músculo cricofaríngeo como tratamiento del divertículo de Zenker NO está indicada en pacientes que padezcan:

a) Reflujo gastroesofágico.
b) Parkinson.
c) Obstrucción crónica del flujo aéreo (OCFA).
d) Diabetes.

192. ¿Cuál es la trayectoria del flujo aéreo en condiciones normales?

a) En espiración a través del conducto nasal medio.
b) En inspiración a través del conducto nasal medio.
c) En inspiración por el suelo de la fosa.
d) En espiración por el suelo de la fosa y por el conducto nasal medio.

193. El aumento de secreciones nasales es debido a una de estas vías. Señálela:

a) Inervación simpática procedente del nervio vidiano.
b) Inervación parasimpática procedente del ganglio esfenopalatino.
c) Inervación trigeminal procedente del ganglio de Gasser.
d) Ausencia de VIP (péptido vasointestinal activo).

194. Sobre la humidificación del aire en las fosas nasales, señale la FALSA:

a) Se realiza a través de las características fisicoquímicas del moco segregado por las glándulas subepiteliales del corion.
b) También participan en la formación del moco las células caliciformes del epitelio respiratorio nasal.
c) La cantidad de humidificación que se produce durante el tránsito a través de las fosas nasales corresponde aproximadamente al 90 % de la humedad total que tiene el aire en el momento de presentarse al alveolo.
d) La cantidad de moco producido oscila entre 100 y 200 mililitros/día.

195. El síndrome de Young.

a) Responde a un trastorno mucociliar por alteración de la secreción.
b) Responde a un trastorno mucociliar por alteración de la motilidad ciliar.
c) Asocia aspermia.
d) Asocia inmovilidad de los espermatozoides.

196. En la polisomnografía convencional nocturna, el registro imprescindible para diferenciar con seguridad sueño y vigilia es:

a) Electroencefalograma.
b) Oximetría de pulso.
c) Flujo aéreo nasobucal.
d) Bandas toracoabdominales.

197. ¿Qué fármacos son favorecedores de sequedad de la mucosa respiratoria y, por tanto, de lesiones en situaciones de hiperfonación?

a) Antibióticos betalactámicos, mucolíticos y broncodilatadores.
b) Analgésicos.simples y vitamina D.
c) Antivirales, antiácidos y hierro oral.
d) Antihistamínicos, tranquilizantes.y anticonvulsivantes.

198. Mujer de 65 años que acude por obstrucción nasal bilateral de dos años de evolución. Mal olor en la nariz. A veces sangrado. Endoscopia nasal con fosas muy amplias y con costras. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Rinitis alérgica.
b) Rinitis colinérgica.
c) Rinitis no alérgica eosinofílica.
d) Rinitis atrófica: ocena.

199. ¿Cuál es la técnica diagnóstica más adecuada para biopsia laríngea?

a) Ecografía.
b) Microlaringoscopia directa.
c) Radiografía.
d) Rinomanometría.

200. El TAC diagnóstico de la atresia de coanas se realiza con una angulación del gantry respecto del paladar duro de:

a) Entre 0 y 5 grados.
b) Entre 5 y 10 grados.
c) Entre 10 y 15 grados.
d) Entre 15 y 20 grados.

201. La proyección radiológica de Gosserez se emplea para el estudio de:

a) La lamina papirácea.
b) Seno esfenoidal.
c) Base de la nariz externa.
d) Etmoides posterior.

202. Respecto de la proyección radiológica de Hirtz es FALSO que:

a) También se denomina craneobasal.
b) También se denomina submentovertex.
c) Indicada en el estudio de seno esfenoidal y etmoides posterior.
d) Tiene poca afectación por superposiciones de imágenes radioógicas.



203. La triada clásica de la rinitis alérgica NO incluye:

a) Estornudos en salvas por estimulación histaminérgica de las terminaciones nerviosas sensitivas de la mucosa nasal.
b) Obstrucción nasal por la vasodilatación de los cornetes y el edema vasógeno submucoso en el epitelio de la fosa nasal.
c) Rinorrea acuosa profusa, muy fluida, hidrorreica, que se produce por la extravasación intersticial y, en mucha menor medida, por hipersecreción glandular.
d) Cefalea frontal de predominio vespertino, asociado a espasmos trocleares.

204. El acrónimo CHARGE se refiere a:

a) Alteraciónes cardiaca, hipoacusia, atresia coanal, nefropatía, de genitales y anomalía esplénica.
b) Alteraciónes ocular, cardiaca, atresia coanal, del crecimiento, de genitales y anomalías oido.
c) Coloboma, alteración cardiaca atresia coanal, afectació renal, granulocitosis y anomalías de oído.
d) Ninguna de las anteriores.

205. ¿Cuál de las siguientes supone una causa infrecuente de obstrucción nasal?

a) Papiloma invertido.
b) Concha bullosa amplia.
c) Colapso de la válvula nasal.
d) Tumefacción del tabique.

206. En una parálisis bilateral de cuerdas vocales en posición media, el síntoma predominante será:

a) Disfonía leve.
b) Disnea con estridor.
c) Rinorrea.
d) Tos crónica.

207. ¿Cuál de los siguientes NO es síntoma de cáncer de laringe avanzado?

a) Disfonía.
b) Disfagia.
c) Disnea.
d) Rinorrea.

208. En la obstrucción nasal pediátrica, ¿qué síntomas tienen mayor valor etiológico?

a) Estornudos y epífora sugieren alergia; la obstrucción unilateral reciente puede orientar a etiología tumoral.
b) Rinolalia e hiposmia identifican siempre una atresia coanal.



c) Ronquido aislado confirma fibrosis quística.
d) Rinorrea bilateral descarta toda causa inflamatoria.

209. ¿Cuál es la postura del capítulo sobre la cirugía endoscópica funcional de senos (FESS) en población infantil con rinorrea crónica inespecífica?

a) Toda población infantil con "running nose" es candidata inmediata a FESS.
b) La FESS infantil tiene las mismas indicaciones que en la persona adulta sin matices.
c) La población infantil con rinorrea simple no es candidata a cirugía endoscópica; las indicaciones deben ser claras y prudentes.
d) La cirugía endoscópica está prohibida en toda edad pediátrica.

210. La fusión de los dos procesos laterales nasales que evita la presentación de una nariz bífida se da entre las semanas…:

a) Entre la cuarta y la sexta semana de gestación.
b) Entre la octava y décima semana de gestación.
c) Entre la séptima y la décimo primera semana de gestación.
d) Entre la quinta y la octava semana de gestación.

211. Señale la respuesta correcta respecto de los quistes dermoides congénitos de nariz:

a) Contiene las mismas capas embrionarias que los teratomas.
b) Contiene endodermo y mesodermo.
c) Contiene mesodermo y ectodermo.
d) Contiene endodermo y ectodermo.

212. Sobre el rinofima, señale la FALSA:

a) Es una forma evolutiva de acné rosáceo que asienta en la piel de la parte móvil de la pirámide nasal.
b) Aparece casi exclusivamente en mujeres postmenopáusicas.
c) Se inicia con pequeñas telangiectasias en las alas de la nariz., seguidas de hipertrofia de las glándulas sebáceas.
d) Una vez constituido, el tratamiento es quirúrgico.

213. El síndrome de Binder hace referencia a:

a) Estenosis congénita de la apertura piriforme.
b) Atresia de coanas.
c) Síndrome de Down.
d) Malformación craneofacial.

214. Respecto de la técnica de punción transnasal en el tratamiento de la atresia de coanas es CIERTO que:

a) Tras la punción no es precisa la colocación de una endoprótesis.
b) Rara vez requiere revisiones o dilataciones repetidas.
c) Se realiza a ciegas.
d) Con el desarrollo de la endoscopia está contraindicada.

215. ¿Cuál es la afirmación correcta sobre malformaciones congénitas nasales?

a) La arrinia es la malformación nasal más leve y compatible siempre con vida normal.
b) La arrinia es la malformación nasal más grave y suele asociarse a graves alteraciones vecinas; la probóscide puede ser central o lateral y tener capacidad vital.
c) La probóscide lateral excluye cualquier alteración nasal asociada.
d) Las malformaciones nasales nunca tienen origen genético.

216. ¿Qué define correctamente la atresia o imperforación de coanas?

a) La persistencia de la membrana nasobucal.
b) Estenosis adquirida del vestíbulo nasal.
c) Obstrucción inflamatoria transitoria secundaria a adenoiditis.
d) Malformación exclusiva del tabique anterior.

217. En relación con la enfermedad de Besnier-Boeck-Schaumann, indique cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Cursa con granulomas inflamatorios epiteliales no caseificantes.
b) La prueba de Kveim-Nickerson es positiva en alrededor del 80 % de los casos.
c) Puede presentarse en forma de nódulo en el septum o vestíbulo nasal.
d) Es una afectación limitada del sistema retículohistiocitario.

218. Sobre la septoplastia, señale la FALSA:

a) La incisión hemitransfixiante se coloca aproximadamente 2 cm posterior al borde caudal del septum, recorriendo la totalidad de la longitud de este borde.
b) La identificación del plano de disección submucopericóndrico, una vez practicada la incisión, resulta ser una de las maniobras que desemboca en errores cuando no se practica adecuadamente.
c) Al hacer los túneles, es útil conservar un lado del mucopericondrio sin separar del cartílago el septum para dar soporte y nutrición a la reconstrucción.
d) Cottle describió el plano mágico para abordar la espina nasal anterior.

219. En un consentimiento informado para la septoplastia y la turbinectomía figura como posible situación frecuente que:

a) Hasta el 30% de las septoplastias no logran resolver el bloqueo nasal.
b) La recidiva de la hipertrofia del cornete es infrecuente.
c) En 1 de cada 10.000 septoplastias se produce un cuadro de anosmia.



d) El síndrome de shock tóxico aparece en 1 cada 200.000 casos.

220. Para la evaluación de la nariz en rinoplastia, señale la afirmación FALSA:

a) Se acepta una razón de 6:8 entre el ancho de la cara y la altura de la cabeza.
b) La nariz debe ser un quinto del ancho de la cara, medida de hélix a hélix a nivel del plano de Frankfort.
c) El ancho de la nariz debe ser el 90 % de la longitud.
d) El ancho de la base debe ser igual a la distancia entre ambos cantos internos.

221. ¿Cuál de los siguientes NO es síntoma de estenosis laríngea?

a) Estridor.
b) Disnea.
c) Disfonía.
d) Epistaxis.

222. ¿Qué factor favorece la aspiración o ingestión de cuerpos extraños en edad pediátrica?

a) Exceso de coordinación deglutoria.
b) Dentición completamente adulta.
c) Ausencia de conducta exploratoria oral.
d) Tendencia a llevar objetos a la boca, masticación insuficiente y malos hábitos como hablar o reír durante las comidas.

223. ¿Cuál es una característica general de la epistaxis infantil?

a) Es excepcional antes de la adolescencia y de existir representa un riesgo grave.
b) Siempre indica malformación congénita.
c) Es frecuente y en la mayoría de casos no supone riesgo grave.
d) Sólo se produce por coagulopatía sistémica.

224. La causa más frecuente de fístula oroantral es:

a) Traumatismo facial.
b) Granuloma dentario.
c) Endodoncia.
d) Extracción de molar.

225. En la rinitis sifilítica adquirida.

a) El estadio primario se inicia a las 6-9 semanas del contagio.
b) El estado secundario se inicia a las 9-12 semanas del contagio.
c) El estadio terciario se inicia a partir de los 5 años del contagio.
d) El chancro primario es raro en la nariz.



226. En el rinoescleroma.

a) El estudio histopatológico muestra células de Mikulicz.
b) El estudio histopatológico muestra cuerpos de Rusell.
c) Es una enfermedad causada por una klebsiella.
d) Todas las anteriores son ciertas.

227. La laringitis subglótica estridulosa se asocia a:

a) Mononucleosis infecciosa.
b) Rinitis alérgica.
c) Hipertrofia adenoidea.
d) Asma bronquial.

228. De las siguientes indicaciones de cirugía endoscópica en población infantil con sinusitis crónica, ¿cuál NO es una indicación absoluta?

a) Descompresión del nervio óptico por lesión traumática.
b) Sinusitis fúngica.
c) Pólipo antrocoanal.
d) Rinosinusitis crónica resistente a un correcto tratamiento médico.

229. De las siguientes afirmaciones cuál es FALSA.

a) La arteria etmoidal anterior suele ser más grande que la arteria etmoidal posterior.
b) La arteria etmoidal posterior puede situarse 2-3mm por delante del conducto óptico.
c) La arteria esfenopalatina constituye la principal irrigación de la mucosa posterior endonasal.
d) Es muy poco probable dañar la arteria nasal posterior incluso en una esfenoidectomía amplia.

230. De las siguientes opciones cuál NO es una indicación histórica de la antrostomía anterior:

a) Sinusitis maxilar crónica.
b) Pólipo antrocoanal.
c) Acceso al espacio pterigopalatino.
d) Maxilectomía medial.

231. ¿Cuál de las siguientes NO es causa de disfonía?

a) Nódulos vocales.
b) Parálisis cordal.
c) Reflujo.
d) Sinusitis maxilar.

232. ¿Cuál de los siguientes músculos se ve más frecuentemente afectado como complicación en el uso del microdebridador en CENS?

a) Músculo recto superior.
b) Músculo recto medial.
c) Músculo recto lateral.
d) Músculo recto inferior.

233. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones se corresponden con el síndrome de Charlin?

a) Zona gatillo en el ángulo externo del ojo.
b) Algias paroxísticas periorbitarias.
c) Rinitis bilateral.
d) Iritis.

234. En relación con la neuralgia del trigémino clásica, señale la opción que hace MENOS probable dicho diagnóstico:

a) Crisis breves de dolor unilateral, muy intenso, tipo descarga eléctrica.
b) Desencadenamiento por estímulos inocuos como el roce facial o la masticación.
c) Exploración neurológica normal entre crisis.
d) Dolor continuo asociado a hipoestesia objetiva en el territorio doloroso.

235. Para un adecuado estímulo olfatorio, los odorivectores deben ser presentados al epitelio olfatorio, siendo idealmente:

a) Hidrosolubles.
b) Inorgánicas.
c) Ricas en cloro.
d) Poco volátiles.

236. Sobre el estesioneuroblastoma, señale la FALSA:

a) Tiene un origen neuroectodérmico, generándose desde los neuroblastos prematuros del epitelio olfatorio, a nivel de la lámina cribiforme.
b) Crece tanto a nivel de la submucosa como intracranealmente.
c) Tiene adenopatías regionales en el 100 % de casos, y metástasis a distancia en 50 %.
d) Son característicos los anticuerpos anti-NSE (enolasa neural específica), antiproteína S100, y anticromogranina.

237. En cuál de las siguientes situaciones la anosmia NO es una anosmia neurosensorial.

a) Enfermedad de Kartagener.
b) Anosmia tras accidente tráfico.
c) Síndrome de Kallman.
d) Lesiones de la corteza frontal.

238. En el test olfatorio Sniffin' Sticks, el índice TDI se obtiene sumando:

a) Umbral, discriminación e identificación.
b) Umbral, lateralización e intensidad.
c) Identificación, memoria olfativa y hedonismo.
d) Discriminación, umbral y olfacción retronasal.

239. En la anosmia o hiposmia conductiva, el mecanismo fisiopatológico principal consiste en:

a) Degeneración primaria del neuroepitelio olfatorio.
b) Dificultad para que los odorantes alcancen la hendidura olfatoria, pese a conservarse potencialmente la vía sensorial.
c) Lesión bilateral del tracto olfatorio central.
d) Agenesia bulbar bilateral.

240. Para comprender los problemas vertiginosos o de desequilibrio en edad pediátrica, ¿qué sistemas deben considerarse en el control del balance?

a) Visual, propioceptivo, vestibular y sistema nervioso central.
b) Auditivo, vestibular, extrapiramidal y endocrino.
c) Vestibular, olfatorio, cortical frontal y cerebeloso exclusivamente.
d) Somatosensorial, visual y motor ocular, sin participación central.

241. La forma más frecuente del laringocele es:

a) El Laringomucocele.
b) El laingocele interno.
c) El laringocele externo.
d) El laringocele mixto.

242. Dentro de las metástasis en la región nasosinusal, las más frecuentes corresponden a:

a) Carcinoma pulmonar.
b) Carcinoma renal.
c) Carcinoma hepático.
d) Carcinoma de tiroides.

243. En general, en la resonancia magnética, los tumores nasosinusales muestran una señal de baja a intermedia en T1, EXCEPTO:

a) Adenocarcinomas.
b) Estesioneuroblastomas.
c) Plasmocitomas.
d) Algunos melanomas.

244. La granulomatosis de Wegener se caracteriza por:

a) En el 90% el síntoma inicial es nasosinusal.
b) La incidencia de afectación orbitaria y otológica es similar.
c) En el 80% presenta clínica renal.
d) Todas son ciertas.

245. Mujer de 34 años con obstrucción nasal bilateral y pérdida de olfato. Presenta clínica alérgica. Intolerancia a la aspirina. Endoscopia con lesiones polipoideas en ambos meatos medios. ¿Cuál sería la conducta más adecuada?

a) Indicar cirugía endoscópica nasosinusal para extirpación de pólipos.
b) Aplicar corticoides orales y remitir a la paciente a alergia para estudio de asma e intolerancia a aspirina.
c) Aplicar corticoides tópicos y remitir a la paciente a alergia para estudio de asma e intolerancia a aspirina.
d) Abstención terapéutica y lavados nasales.

246. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA cuando hablamos del pólipo antrocoanal?

a) En la población general supone entre el 4-6% de todos los pólipos nasales.
b) Tiene una alta tasa de recidiva tras polipectomía simple.
c) Descrito por primera vez por Killian en 1906.
d) Es el tercer tumor nasosinusal infantil más habitual.

247. En el estudio de los tumores de seno maxilar es cierto que:

a) Los tumores anteriores a la línea de Ohngren tienen peor pronóstico.
b) Pese a una cirugía radical el sistema nasolacrimal no se verá afecto.
c) El carcinoma epidermoide es el segundo más frecuente.
d) La erosión osea sin afectación del periosteo orbitario no requiere la exanteración orbitaria.

248. Las células cilíndricas ciliadas de la mucosa respiratoria nasosinusal.

a) Incrementan su número en sentido anteroposterior.
b) No hay acuerdo en la bibliografía sobre el número de cilios que porta cada célula.
c) Su estructura es de nueve túbulos dobles periféricos alrededor de dos túbulos centrales.
d) a), b) y c) son ciertas.

249. Respecto al papiloma invertido nasosinusal, señale la opción correcta:

a) Se trata de una lesión benigna sin capacidad de recidiva.

b) El tratamiento de elección suele ser la resección quirúrgica completa con identificación del punto de implantación.
c) La radioterapia exclusiva constituye el tratamiento estándar inicial.
d) El seguimiento prolongado no suele ser necesario tras la cirugía.

250. El denominado "granuloma maligno medio" corresponde clásicamente a:

a) Papiloma invertido.
b) Linfoma extranodal NK/T tipo nasal.
c) Mucocele frontal complicado.
d) Adenocarcinoma intestinal nasosinusal.

251. Señale la respuesta correcta respecto de la indicación de exenteración orbitaria dentro de una intervención quirúrgica de maxilectomía radical por un tumor maligno del seno:

a) Su indicación se hará siempre en el preoperatorio.
b) La exenteración orbitaria para control del tumor no requiere extirpación de los m. rectos.
c) La función final del ojo estará comprometida.
d) Todas son ciertas.

252. Una ventaja del abordaje endoscópico endonasal transcribiforme de la base del cráneo anterior es:

a) Obliga a retracción cerebral frontal amplia.
b) Proporciona una vía ventral directa a la base craneal anterior sin retracción cerebral.
c) Impide la visualización de la lámina cribosa.
d) Está limitado exclusivamente a lesiones hipofisarias.

253. En población recién nacida y lactante que presentan lagrimeo el cuadro se caracterizará por:

a) El punto obstructivo va a ser proximal.
b) El punto obstructivo se localiza en la válvula de Hasner.
c) Se resuelve espontáneamente a partir de los doce meses.
d) El sondaje a esa edad no resulta curativo.

254. En la obstrucción adquirida del conducto nasolagrimal de la persona adulta, la dacriocistorrinostomía endonasal se basa en:

a) Resección de la glándula lagrimal principal.
b) Creación de una comunicación entre el saco lagrimal y la cavidad nasal lateral.
c) Cateterización permanente del punto lagrimal inferior.
d) Apertura del conducto de Stenon.



255. Respecto a la dacriocistorrinostomía endonasal, señale la opción FALSA:

a) Evita una cicatriz cutánea externa.
b) Permite tratar simultáneamente patología intranasal asociada.
c) Puede presentar tasas de éxito comparables a la dacriocistorrinostomía externa.
d) Ha demostrado de forma constante una tasa de éxito superior a la dacriocistorrinostomía externa en todos los estudios comparativos.

256. Indique la respuesta correcta:

a) La frecuencia de una dehiscencia completa del nervio óptico en el seno esfenoidal es del 0 %.
b) La frecuencia de una dehiscencia completa del nervio óptico en el seno esfenoidal es del 2 %.
c) La frecuencia de una dehiscencia completa del nervio óptico en el seno esfenoidal es del 4 %.
d) La frecuencia de una dehiscencia completa del nervio óptico en el seno esfenoidal es del 6 %.

257. La descompresión del nervio óptico mediante un abordaje endoscópico requiere:

a) Evitar el fresado por riesgo de lesión térmica del nervio y/o arteria oftálmica.
b) No llevar la descompresión a menos de 1 centímetro del receso óptico-carotideo.
c) Abrir la vaina del nervio óptico.
d) Tras finalizar la descompresión se puede emplear un taponamiento pequeño.

258. Respecto al abordaje endoscópico endonasal transesfenoidal estándar de la silla turca, señale la opción correcta:

a) Obliga a retracción cerebral frontal para exponer adecuadamente la hipófisis.
b) El seno esfenoidal constituye el corredor anatómico habitual para alcanzar la región selar.
c) Está contraindicado en los macroadenomas hipofisarios.
d) El acceso estándar se realiza a través del seno frontal.

259. Los tumores malignos más frecuentes del espacio parafaríngeo son:

a) Carcinoma epidermoide metastásico.
b) Linfomas.
c) Rabdomiosarcomas.
d) Tumores de glándulas salivares.

260. ¿Qué estructura anatómica pasa entre los dos fascículos del músculo constrictor medio (hiato superior)?

a) El nervio laríngeo superior.
b) La arteria lingual.



c) El nervio laríngeo externo.
d) El nervio glosofaríngeo.

261. Los cuernos menores del hioides se corresponden o proceden del:

a) Primer arco branquial.
b) Segundo arco branquial.
c) Tercer arco Branquial.
d) Cuarto arco branquial.

262. El espacio que existe entre el musculo cricofaríngeo y el constrictor inferior faríngeo se denomina:

a) Triangulo de KILLIAN.
b) Triangulo de BECLARD.
c) Triangulo de SEDILLOT.
d) Triangulo de PIROGOF.

263. En el espacio retroestileo se encuentran las siguientes estructuras EXCEPTO:

a) Carótida externa.
b) Nervio vago.
c) Nervio hipogloso.
d) Nervio espinal.

264. Sobre el músculo periestafilino externo, señale la FALSA:

a) Se considera extrafaríngeo.
b) Se dirige desde el esfenoides, por delante y por dentro del agujero oval y sobre la cara externa de la trompa de Eustaquio, hacia la cara anterior del velo del paladar.
c) Sus fibras tendinosas forman la aponeurosis palatina y, con ella, el armazón del velo palatino.
d) En su porción vertical es un tensor del velo, y en su porción horizontal es responsable del cierre de la trompa de Eustaquio.

265. Cuál de estos músculos NO forma parte del esfínter velopalatino:

a) Musculo constrictor superior de la faringe.
b) Musculo de la uvula.
c) Musculo palatofaringeo.
d) Musculo estilofaringeo.

266. Cuál de estas estructuras conforma el esfínter esofágico superior:

a) Fascículo caudal del musculo constrictor inferior de la faringe.
b) Expansión descendente del musculo constrictor medio de la faringe.



c) Fascia peri faríngea.
d) Todas son ciertas.

267. La inervación faríngea se realiza a través de los nervios:

a) El nervio maxilar superior.
b) El VII, IX y X par.
c) El IX, el X y el simpático cervical.
d) A y C son ciertas.

268. En el diagnóstico diferencial de epiglotitis y laringotraqueitis bronquiales, un proceso caracterizado por pródromos vírico posible, instauración lenta, deterioro súbito, tos rasposa, estridor espiratorio, fiebre alta, deglución normal salvo deterioro grave y taquipnea moderada, posiblemente corresponde a:

a) Epiglotitis.
b) Laringotraqueobronquitis vírica.
c) Crup espasmódico.
d) Laringitis bacteriana.

269. Durante la fase faríngea de la deglución normal se produce:

a) Cierre velofaríngeo y apertura del esfínter esofágico superior.
b) Apertura velofaríngea y glotis abierta mantenida.
c) Contracción voluntaria mantenida de la musculatura masticatoria.
d) Paso fisiológico del bolo a cavidad nasal.

270. Respecto a la exploración endoscópica funcional de la deglución (FEES), señale la opción correcta:

a) Permite visualizar de forma continua todo el tránsito del bolo durante el instante exacto de la deglución faríngea.
b) Presenta un momento de “white-out” durante la deglución faríngea.
c) Ha sustituido por completo a la videofluoroscopia.
d) No puede realizarse por vía transnasal.

271. La videofluoroscopia de la deglución se caracteriza por:

a) Permitir una valoración dinámica de las fases oral y faríngea e identificar penetración y aspiración.
b) Ser una exploración estática exclusivamente anatómica.
c) No aportar información sobre aspiración.
d) Sustituir siempre a la exploración clínica.

272. La hendidura del paladar secundario se relaciona embriológicamente con:

a) La persistencia del conducto tirogloso.

b) El fallo de elevación, contacto o fusión de los procesos palatinos laterales.
c) La falta de fusión del primer y segundo arco branquial.
d) La atresia congénita de las coanas.

273. El factor pronóstico más importante para la resolución completa de un líquen plano es:

a) Su localización.
b) La cantidad de infiltrado inflamatorio en el corion.
c) El grosor de las estrías de Wickham.
d) La edad de la persona paciente.

274. ¿Qué característica histopatológica diferencia el pénfigo vegetante del pénfigo vulgar?

a) Mayor patrón reticular.
b) Mayor respuesta eosinófila.
c) Mayor depósito de IgG en el estrato espinoso.
d) Mayor acantolisis.

275. La enfermedad de "mano-pie-boca" está producida por:

a) Coxsackievirus.
b) Coronavirus.
c) Adenovirus.
d) Virus influenza.

276. De las siguientes lesiones de la mucosa oral, señale la que muestra una rápida tendencia a la malignización:

a) La eritroplasia.
b) La leucoplasia.
c) El liquen plano.
d) La fibrosis submucosa.

277. Señale la opción correcta sobre las formas clínicas de candidiasis oral:

a) La forma pseudomembranosa crónica suele ser no desprendible al raspado.
b) La candidiasis hiperplásica crónica se caracteriza por placas blancas NO desprendibles al raspado.
c) La forma eritematosa aguda produce pseudomembranas gruesas adheridas como hallazgo constante.
d) La candidiasis angular nunca se asocia a Candida.

278. Cuál de estas entidades se engloban dentro de las lesiones inflamatorias cervicales de origen NO infeccioso:

a) Penfigoide.
b) Enfermedad por arañazo de gato.
c) Tularemia.
d) Ninguna de ellas.

279. La amígdala tubárica se denomina también:

a) Amígdala de Rosenmüller.
b) Amígdala de Louis.
c) Amígdala de Guillette.
d) Amígdala de Gerlach.

280. En el conjunto de elementos linfoepiteliales que componen el anillo linfático de Waldeyer, la amígdala de Gerlach hace referencia a la:

a) Amígdala tubárica.
b) Amígdala palatina.
c) Amígdala lingual.
d) Amígdala faríngea.

281. El anillo de Waldeyer está constituido por:

a) Amígdalas palatinas, linguales, tubáricas y faríngea.
b) Amígdalas palatinas, submandibulares y sublinguales.
c) Ganglios yugulodigástricos y retrofaríngeos exclusivamente.
d) Tejido linfoide faríngeo y ganglios cervicales profundos exclusivamente.

282. En relación con las amígdalas que conforman el anillo de Valdeyer señale la respuesta correcta:

a) La amígdala lingual también se la conoce como amígdala de Gerlach.
b) En el interior del tejido encontraremos mayoritariamente linfocitos T siendo los segundos más abundantes las células plasmáticas y un porcentaje menor de linfocitos B.
c) La mayor acumulación linfoide corresponde a la amígdala lingual.
d) La unidad funcional es la criptolinfona.

283. La herpangina, es una angina producida por un virus:

a) Coxsackie A.
b) Coxsackie B.
c) Coxsackie C.
d) Coxsackie D.



284. Varón de 23 años que acude por odinofagia y fiebre de 6 días de evolución. NO disnea ni disfonía. Adenopatías cervicales palpables. Orofaringoscopia con imagen de puntos de pus en ambas amígdalas simétricas. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Flemón periamigdalino.
b) Absceso periamigdalino.
c) Amigdalitis pultácea.
d) Amigdalitis de Plaut-Vincent.

285. Un cuadro séptico tras amigdalitis aguda con dolor e induración laterocervical como manifestación clínica de una trombosis séptica de la yugular interna es un/una:

a) Síndrome de Lemierre.
b) Una fascitis necrotizante.
c) Una angina de Ludwig.
d) Absceso periamigdalino.

286. Dentro de los criterios de Jones para diagnosticar una fiebre reumática aguda, ¿cuál de los siguientes es un criterio mayor?

a) Nódulos subcutáneos.
b) Artralgia.
c) Elevación de la PCR.
d) Aumento del espacio P-R en el ECG.

287. Sobre la mononucleosis infecciosa, señale la FALSA:

a) Se trata de una infección vírica aguda.
b) Tiene generalmente evolución benigna, multisistémica.
c) Es producida habitualmente por el CMV.
d) Cursa con un cuadro general de fiebre, sintomatología faríngea, adenopatías muy llamativas, una linfocitosis con una gran proporción de células atípicas y con una respuesta de anticuerpos heterófilos.

288. Sobre la amigdalitis de Plaut-Vincent, señale la FALSA:

a) Es una forma de infección amigdalina producida por el bacilo fusoespirilar de Plaut-Vincent.
b) Es habitualmente bilateral.
c) Se debe a una espiroqueta (Treponema microdentium) y un bacilo fusiforme.
d) Con frecuencia, su presencia se asocia a caries dentales y procesos sistémicos inmunodepresivos.



289. Un adolescente de 15 años presenta fiebre vespertina desde hace 14 días, acompañada de malestar general, anorexia, cefalea frontal, astenia, náuseas, mialgias, artralgias y evacuaciones diarreicas. A la exploración física se encuentra: faringe hiperémica, adenomegalias cervicales, abdomen distendido y esplenomegalia. El diagnóstico más probable es:

a) Brucelosis.
b) Mononucleosis infecciosa.
c) Fiebre tiroidea.
d) Dengue.

290. Varón de 67 años que acude por odinofagia intensa, mayor cuando traga sólidos, desde hace 3 meses. Fumador y bebedor importante. Fibroscopia faringolaríngea con lesión ulcerada en pilar amigdalino izquierdo. Palpación cervical normal. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Amigdalitis por difteria.
b) Mononucleosis infecciosa.
c) Carcinoma epidermoide de orofaringe.
d) Candidiasis orofaríngea.

291. En la difteria faríngea, señale la opción FALSA:

a) La pseudomembrana suele ser grisácea y firmemente adherente.
b) La administración precoz de antitoxina forma parte del tratamiento.
c) La miocarditis puede aparecer como complicación sistémica.
d) La confirmación microbiológica es innecesaria, ya que el diagnóstico debe basarse EXCLUSIVAMENTE en la clínica.

292. Cuál de estas entidades NO entraría en el diagnóstico diferencial del carcinoma orofaríngeo:

a) Linfomas.
b) Tuberculosis.
c) Sifilis secundaria.
d) Amigdalitis de Plaut Vincent.

293. El absceso retrofaringeo el niño/la niña:

a) No es potencialmente grave.
b) La mayoría de ellos aparecen en niños/niñas con edades superiores a los cinco años.
c) No requiere tratamiento quirúrgico.
d) Cursa con adenoflemón de los ganglios de Gillete.

294. En el absceso retrofaríngeo NO es correcto que:

a) Afecta de forma preferente a pacientes en edad pediátrica.

b) En la mayoría de ocasiones aparece de manera secundaria a un cuadro infeccioso de vías altas.
c) Ocasionalmente pueden ser secundarios a traumatismos penetrantes a través de las mucosas de la faringe.
d) Cuando el acúmulo purulento se localiza a nivel hipofaríngeo debe llevarse a cabo un abordaje transoral.

295. Absceso retrofaringeo. Señale la respuesta errónea.

a) Afecta de forma preferente a varones adultos.
b) En la mayoría de los casos aparece de forma secundaria a un cuadro de vías altas.
c) Puede relacionarse con traumatismos penetrantes de las mucosas de la faringe.
d) El más afectado de los espacios retrofaringeos es el espacio visceral.

296. En relación con la mediastinitis descendente necrotizante de origen cervicofacial, señale la opción correcta:

a) Suele derivar de infecciones odontógenas u orofaríngeas y requiere diagnóstico precoz y tratamiento agresivo.
b) Su evolución suele ser benigna y el tratamiento antibiótico oral aislado es suficiente en la mayoría de los casos.
c) La radiografía lateral de cuello normal excluye el diagnóstico.
d) Se origina con mayor frecuencia en infecciones óticas crónicas.

297. ¿Cuál es el principio inicial para seleccionar un antibiótico en infecciones respiratorias pediátricas?

a) Usar siempre el antibiótico de mayor espectro.
b) Evitar valorar resistencias locales.
c) Tratar todas las infecciones víricas con antibiótico preventivo.
d) Considerar el microorganismo probable, sensibilidad, huésped y resistencias.

298. En relación con la indicación de adenoidectomía, señale la opción correcta:

a) Está indicada de rutina en cualquier niño o niña con respiración oral aislada.
b) En pacientes con fisura submucosa del paladar o riesgo de insuficiencia velofaríngea, su indicación debe valorarse con especial cautela.
c) Está formalmente contraindicada en la otitis media con derrame.
d) Debe asociarse siempre a amigdalectomía.

299. Respecto a la hemorragia postamigdalectomía, señale la opción correcta:

a) La hemorragia primaria aparece típicamente entre el quinto y el décimo día postoperatorio.
b) La hemorragia secundaria suele relacionarse con el desprendimiento de la escara y es más frecuente entre el quinto y el décimo día.
c) La hemorragia secundaria rara vez requiere valoración urgente.
d) La hemorragia primaria se define como la que ocurre después de las 24 horas.

300. Cuál de estas es una contraindicación absoluta de amigdalectomía:

a) Paladar hendido o hendidura submucosa.
b) Enfermedades hematológicas: leucemia, purpura, anemia aplásica, hemofilia.
c) Edad menor de 3 años.
d) Poliomelitis epidémica o paciente no inmunizado/a en áreas endémicas.

301. Cuál de estos NO es un criterio absoluto de indicación de amigdalectomía:

a) Síndrome obstructivo apneico con pausas de 10 o más sg. durante el sueño.
b) Sospecha de malignidad amigdalar sobre todo linfoma.
c) Cor pulmonale por obstrucción crónica de la vía aérea superior.
d) 7 episodios infecciosos en 1 año.

302. El sueño de las personas pacientes con SAOS presenta:

a) Aumento de los estadios 1 y 2.
b) Aumento de los estadios 3 y 4.
c) Aumento de la fase REM.
d) Disminución de todas las fases.

303. Una persona paciente diagnosticada de SAOS, sin clínica asociada, debe ser tratada solamente cuando su IAH sea:

a) Mayor de 5.
b) Mayor de 15.
c) Mayor de 30.
d) En ningún caso, independientemente del IAH.

304. ¿Cómo se denomina el síndrome que afecta a los pares craneales IX, X, XI y XII?

a) Síndrome de VERNET.
b) Síndrome de TAPIA.
c) Síndrome de JAKSON.
d) Síndrome de COLLET-SICARD.

305. En una persona paciente con parálisis de X y XII par sospecharemos:

a) Síndrome de Jackson.
b) Síndrome de Collet-Sicar.
c) Síndrome de Tapia.
d) Síndrome de Vernet.

306. Varón de 25 años de edad consulta por ronquido nocturno habitual con pausas de apnea, así como somnolencia diurna. En la pulsioximetría se observa un IAH de 55. A la exploración física del área ORL es normal, con un IMC:32. ¿Cuál es la respuesta más correcta?

a) El paciente no tiene SAOS.
b) El paciente tiene SAOS leve y debe iniciarse tratamiento con CPAP.
c) El paciente tiene SAOS moderado y debemos plantear únicamente medidas dietéticas para intentar adelgazar.
d) El paciente tiene SAOS grave y debemos plantear medidas dietéticas y probar tolerancia a CPAP.

307. En la selección de pacientes para estimulación del nervio hipogloso en el síndrome de apnea obstructiva del sueño, ¿qué hallazgo en la endoscopia del sueño desaconseja clásicamente esta técnica?

a) Colapso anteroposterior del velo del paladar.
b) Colapso completo concéntrico del paladar blando.
c) Colapso lingual aislado.
d) Colapso lateral faríngeo parcial.

308. En el tratamiento con dispositivos intraorales del síndrome de apnea obstructiva del sueño, señale la opción correcta:

a) Los dispositivos no individualizados han demostrado de forma consistente mejores resultados que los customizados.
b) El dispositivo recomendado es, en general, un aparato de avance mandibular customizado y titulable.
c) Los dispositivos de avance mandibular están indicados exclusivamente en la roncopatía simple.
d) Deben utilizarse solo cuando exista apnea central predominante.

309. En relación con el reflujo gastroesofágico, ¿cuál de estas NO es una manifestación clínica extraesofágica:

a) Síndrome de apnea obstructiva del sueño.
b) Neumonías recurrentes.
c) Estenosis subglótica.
d) Pleuritis.

310. ¿Cuál es la localización más frecuente de los carcinomas de la cavidad oral?

a) Lengua.
b) Labio superior.
c) Labio inferior.
d) Suelo de boca.

311. Dentro de los tumores de glándulas salivares accesorias de la cavidad oral, el mioepitelioma se localiza habitualmente en:

a) Paladar duro.
b) Paladar blando.
c) Suelo de boca.
d) Mucosa bucal.

312. Existe mayor incidencia de tumores de cavidad oral en personas trabajadoras de todas las siguientes profesiones, EXCEPTO:

a) Siderurgia.
b) Pinturas.
c) Serrería.
d) Mecánica y soldadura.

313. El sabor dulce es captado por las células gustativas de:

a) Los dos tercios anteriores de la lengua.
b) La V lingual.
c) Los botones gustativos NO linguales.
d) Todas las anteriores.

314. ¿Cuál de las siguientes características NO se corresponde con el Síndrome de Melkersson-Rosenthal?

a) Parálisis facial periférica recidivante.
b) Agenesia parcial del oído medio.
c) Edema facial y del labio superior recidivante.
d) Lengua plicata o geográfica.

315. Carcinomas escamosos del labio:

a) Representan el 2% de los carcinomas de las vías aerodigestivas superiores.
b) >80–90% se localizan en el labio inferior.
c) Son muy raros en el labio superior.
d) Son los segundos en frecuencia dentro de los carcinomas escamosos de la cavidad oral.

316. Un lenguaje que se caracteriza por habla espontánea fluente, una nominación parafásica, comprensión deficiente, repetición deteriorada, lectura deteriorada y escritura con errores, es típico de:

a) Afasia de BROCA.
b) Afasia de WERNICKE.
c) Afasia GLOBAL.
d) Afasia de CONDUCCION.



317. En el carcinoma epidermoide de cavidad oral:

a) Más del 90% son carcinomas epidermoides de la mucosa oral.
b) Su localización más frecuente es el suelo de la boca.
c) Cuando afectan a la lengua, el 75% afecta al tercio posterior.
d) Todas las anteriores son ciertas.

318. Dentro de los tumores de la base del cráneo, ¿cuál de los siguientes está originado en el endodermo?

a) Meduloblastoma.
b) Angiofibroma nasofaríngeo.
c) Craneofaringioma.
d) Cordoma.

319. El carcinoma epidermoide nasofaríngeo queratinizante:

a) Es más frecuente que el NO queratinizante.
b) Muestra mayor asociación con el virus de Epstein Barr que el NO queratinizante.
c) Aparece en pacientes de mayor edad que el NO queratinizante.
d) Se suele acompañar de un infiltrado inflamatorio rico en linfocitos.

320. La vía indicada de extirpación quirúrgica en los angiofibromas rinofaríngeos en estadio II, será:

a) Endoscópica.
b) Infratemporal.
c) Subcraneal.
d) Abordaje combinado infratemporal y subcraneal.

321. ¿Cuál de las siguientes complicaciones postamigdalectomía es más frecuente en población infantil con síndrome de Down?

a) Hipernasalidad.
b) Hemorragia.
c) Síndrome de Grisel.
d) Estenosis nasofaríngea.

322. Los tumores rinofaríngeos más frecuentes en la persona adulta son:

a) Los carcinomas nasofaríngeos.
b) El carcinoma adenoide quístico.
c) El angiofibroma nasofaríngeo.
d) El rabdomiosarcoma.

323. Uno de los siguientes NO es un factor predisponente a la otitis media serosa. Señálelo.

a) Alteraciones del transporte mucociliar.
b) Hipertrofia adenoidea.
c) Carcinoma rinofaríngeo.
d) Perforación septal.

324. El tratamiento de referencia del carcinoma de rinofaringe (cavum) es:

a) Cirugía.
b) Inmunoterapia.
c) Esteroides.
d) Quimioterapia + radioterapia.

325. El angiofibroma juvenil nasofaríngeo.

a) Es un tumor frecuente exclusivo de varones.
b) Supone menos del 0,5% de todos los tumores de cabeza y cuello.
c) Su origen anatómico no explica la frecuente extensión a la fosa pterigopalatina.
d) La rinorrea es el síntoma más frecuente.

326. En el carcinoma de rinofaringe, la resonancia magnética supera a la TC especialmente en la valoración de:

a) Calcificaciones intratumorales.
b) Invasión de partes blandas profundas, extensión intracraneal y propagación perineural.
c) Motilidad velofaríngea durante la fonación.
d) Permeabilidad tubárica funcional.

327. ¿Cuál de los siguientes NO es factor de riesgo de cáncer de laringe?

a) Tabaco.
b) Alcohol.
c) VPH.
d) Hipotiroidismo.

328. Carcinoma de orofaringe. Cuál de estas afirmaciones es FALSA.

a) Más frecuente en varones que en mujeres.
b) Es infrecuente por debajo de los 20 años de edad.
c) El subtipo histológico más frecuente es el de carcinoma epidermoide bien diferenciado.
d) La activación de oncogenes no se ha descrito en la patogenia de este tipo de tumores.



329. En España, la localización más frecuente del carcinoma laríngeo es:

a) Supraglótico.
b) Glótico.
c) Subglótico.
d) Hipofaríngeo (seno piriforme).

330. Sobre el cáncer de hipofaringe, señale la respuesta INCORRECTA:

a) Más frecuente en varones.
b) La localización más frecuente es en el seno piriforme.
c) Es más frecuente en poblaciones de alto nivel socioeconómico y educativo.
d) Se asocia a un segundo tumor primario de las vías Aero digestivas con relativa frecuencia.

331. ¿Cuál de estos factores NO influyen negativamente en la etiopatogenia del cáncer de hipofaringe?

a) Tabaco y alcohol.
b) Reflujo gastroesofágico.
c) Dietas que contengan flavonoides y betacarotenos.
d) Factores genéticos. Ciertas enfermedades como la anenia de Fanconi, el síndrome de Lynch, la mutación del gen p53….

332. Paciente con tumor supraglótico. ¿Cuál es el síntoma más precoz?

a) Disfonía.
b) Disfagia.
c) Estridor.
d) Disnea.

333. ¿Cuál es el síntoma más frecuente en laringitis aguda?

a) Disfonía.
b) Disfagia severa.
c) Hemoptisis.
d) Estridor crónico.

334. En relación con la fisiopatología del reflujo gastroesofágico, ¿Cuál de los siguientes fármacos disminuye la presión del esfínter esofágico inferior?

a) Dopamina.
b) Metoclorpramida.
c) Prostaglendina F2.
d) Domperidona.



335. Sobre la pHmetría, señale la FALSA:

a) Mide la acidez.
b) Es útil en el estudio del reflujo gastroesofágico.
c) Se hace en consultas de forma rápida.
d) Permite medir el pH en varias zonas del esófago a la vez.

336. Sobre los fármacos anti-reflujo y procinéticos, señale la FALSA:

a) La ranitidina es agonista H2.
b) El omeprazol es un inhibidor de la bomba de protones.
c) La metoclopramida es un procinético con actividad antidopaminérgica.
d) La cisaprida es un procinético sin actividad antidopaminérgica.

337. Cuál de estos métodos NO es diagnóstico de la ERGE:

a) Manometría esofágica.
b) Escintigrafia gastroesofágica.
c) Impedancia eléctrica múltiple intraluminal.
d) Todos ellos son métodos diagnósticos.

338. En relación con la paratohormona señala la respuesta correcta:

a) El principal regulador de la secreción es el calcio ionico en el líquido extracelular.
b) Las catecolaminas, el magnesio, glucagón, metabolitos de la vit D, cortisol, calcitonina, histamina tienen influencia en la secreción de PTH.
c) Se secreta en sangre en forma de proPTH, se metaboliza a PTH y tiene una vida media de unos 4 minutos.
d) Ay B son ciertas.

339. En relación con el hiperparatoroidismo primario señale la respuesta INCORRECTA:

a) Pueda dar lugar a enfermedad psiquiátrica: trastorno obsesivo compulsivo, depresión, cuadros psicóticos.
b) Las lesiones esqueléticas son diversas y tienen variabilidad. Pueden encontrase fracturas, osteoporosis, quistes pardos intraóseos….
c) A nivel digestivo podemos encontrar desde síntomas dispépticos hasta ulcera duodenal, pancreatitis….
d) Antes de la exéresis quirúrgica se debe hacer un riguroso estudio de localización preoperatoria del tejido paratiroideo anómalo.

340. Cuál de estas entidades NO guarda relación con el reflujo gastroesofágico:

a) Tos crónica.
b) Dolor torácico.
c) Parálisis recurrencial.
d) Otitis media.

341. En relación con el tratamiento del reflujo gastroesofágico:

a) Los procinéticos mejora la función motora esofágica y de los esfínteres esofágicos, así como el aclaramiento esofágico.
b) No debemos olvidar las medidas higiénico dietéticas y posturales.
c) Se pueden combinar los inhibidores de la bomba de protones con los antiH2.
d) A, B, C son ciertas.

342. ¿Qué músculo laríngeo se ha denominado clásicamente "el músculo del susurro"?

a) Músculo Cricoaritenoideo posterior.
b) Músculo Cricotiroideo.
c) Músculo Cricoaritenoideo lateral.
d) Músculo Tiroaritenoideo.

343. Los cartílagos aritenoides derivan embriológicamente de:

a) El segundo arco branquial.
b) El tercer arco branquial.
c) El cuarto arco branquial.
d) El sexto arco branquial.

344. La inyección de toxina botulínica en la disfonía espasmódica abductora se realiza en:

a) Músculo tiroaritenoideo y cricoaritenoideo lateral unilateral.
b) Músculo tiroaritenoideo y cricoaritenoideo lateral de ambos lados.
c) Músculo cricoaritenoideo posterior de ambos lados.
d) Músculo cricoaritenoideo posterior unilateral.

345. Traumatismos de la laringe. ¿Cuál es el cartílago más frágil?

a) Tiroides.
b) Cricoides.
c) Aritenoides.
d) Epiglotis.

346. ¿Cuál de estos músculos NO forma parte de la musculatura intrínseca laríngea?

a) El músculo cricotiroideo.
b) El músculo tirohioideo.
c) El músculo cricoaritenoideo posterior.
d) El músculo tiroaritenoideo.



347. En cuanto a la inervación laríngea, la respuesta correcta sería:

a) El nervio laríngeo superior es un nervio motor.
b) El músculo cricotiroideo es inervado por el nervio laríngeo recurrente.
c) El músculo cricoaritenoideo posterior es inervado por el nervio laríngeo recurrente.
d) Ninguna de las anteriores es cierta.

348. La frecuencia fundamental de la vibración vocal:

a) Se correlaciona con cambios en la tensión vocal y con la presión subglótica.
b) En altas frecuencias la actividad del cricotiroideo es baja.
c) El aumento de la P subglótica disminuye la frecuencia fundamental.
d) a) y b) son ciertas.

349. En la electromiografía laríngea NO es correcto:

a) En los casos de parálisis de cuerda vocal encontramos ondas positivas y ondas de fibrilación.
b) Sirve para hallar la causa de la inmovilidad laríngea.
c) Los músculos que habitualmente se exploran son el tiroaritenoideo para el estudio del nervio laríngeo recurrente y el cricotiroideo para el estudio del nervio laríngeo superior.
d) Cuando se produce una contracción muscular se crea un potencial de despolarización que podremos recoger con un electrodo.

350. ¿Qué movimiento vertical hace la laringe durante la respiración?

a) Asciende durante la inspiración.
b) Desciende durante la inspiración.
c) Desciende durante la espiración.
d) a) y c) son ciertas.

351. ¿Qué procedimiento o técnica quirúrgica se utiliza para disminuir el tono de la voz en casos de falsete mutacional?

a) Tiroplastia tipo I.
b) Tiroplastia tipo II.
c) Tiroplastia tipo III.
d) Tiroplastia tipo IV.

352. ¿Cuál es la característica principal de la voz durante la adolescencia según el capítulo?

a) Estabilidad completa del tono y de la amplitud.
b) Mayor control vocal en los adolescentes varones.
c) Alteraciones de la frecuencia de la voz con ausencia de cambios morfológicos laríngeos.
d) Inestabilidad de la amplitud y especialmente de la frecuencia.

353. En las malformaciones laringotraqueales es correcto:

a) Las atresias laríngeas son muy frecuentes.
b) Las membranas laríngeas se localizan en el 75% en la subglotis.
c) La laringomalacia en la causa más frecuente de estridor laríngeo en la población infantil.
d) Las membranas glóticas tipo IV habitualmente no necesitan tratamiento con traqueotomía.

354. Paciente con disnea súbita, estridor y antecedente de intubación prolongada. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Asma.
b) Estenosis subglótica.
c) Epiglotitis.
d) Parálisis unilateral.

355. Paciente con estridor inspiratorio en la infancia. ¿Cuál es la causa más frecuente?

a) Papiloma.
b) Laringomalacia.
c) Tumor maligno.
d) Parálisis bilateral.

356. ¿Cuál es la técnica diagnóstica básica en disfonía persistente?

a) TAC.
b) Laringoscopia.
c) Radiografía.
d) Ecografía.

357. ¿Que define clínicamente la localización en región traqueal extratorácica en el estridor infantil?

a) Estridor inspiratorio de alta frecuencia principalmente.
b) Estridor bifásico, inspiratorio y espiratorio.
c) Estridor espiratorio principalmente.
d) No existe estridor en esta localización.

358. ¿Cuál es la causa más frecuente de estridor en la infancia?

a) Estridor laríngeo congenito.
b) Traqueomalacia.
c) Laringomalacia.
d) A) y C) son ciertas.

359. ¿Cuál es la característica diagnóstica más típica del quiste epidermoide congénito de cuerda vocal?

a) Lesión siempre bilateral, visible claramente sin estroboscopia.
b) Malformación congénita generalmente unilateral, submucosa, difícil de diagnosticar sin estroboscopio, con ausencia o reducción de vibración.
c) Tumor maligno supraglótico con estridor bifásico.
d) Lesión adquirida exclusivamente por intubación prolongada.

360. Paciente de 55 años, fumador, con disfonía de 3 meses de evolución. La laringoscopia muestra una lesión exofítica en cuerda vocal derecha con movilidad conservada. ¿Cuál es la mejor actitud inicial?

a) Observación.
b) Biopsia mediante microlaringoscopia.
c) Tratamiento antibiótico.
d) Corticoides orales.

361. ¿Cuál es la prueba inicial más útil en la sospecha de estenosis laríngea?

a) TAC.
b) Laringoscopia.
c) Ecografía.
d) Radiografía simple.

362. ¿Cuál es el tratamiento más adecuado del quiste congénito supraglótico cuando precisa intervención?

a) Incisión y drenaje simple, porque no recidiva.
b) Extirpación quirúrgica completa, generalmente mediante laringoscopia directa.
c) Radioterapia cervical.
d) Antibioterapia crónica sin exploración laríngea.

363. En el análisis acústico de la voz, ¿Cómo se denomina la perturbación de la Intensidad?

a) JITTER.
b) SHIMMER.
c) HNR medio (Harmonic to Noise Ratio).
d) NNE (Normalice Noise Energy).

364. ¿Qué hallazgo endoscópico o estroboscópico apoya el diagnóstico de sulcus vocalis o estría vocal?

a) Cierre glótico perfectamente lineal y onda mucosa aumentada.
b) Tumoración azulada subglótica lateral depresible.

c) Defecto de cierre a lo largo del borde libre, rigidez y, a veces, inflamación.
d) Parálisis bilateral de ambas cuerdas en abducción.

365. ¿Cuál es la actitud ante una laringomalacia con fallo de medro?

a) Observación.
b) Supraglotoplastia.
c) Antibióticos.
d) Radioterapia.

366. ¿Cuál de las siguientes NO es una malformación congénita laríngea?

a) Laringomalacia.
b) Quiste congénito.
c) Estenosis subglótica.
d) Pólipo vocal.

367. ¿Cuál es el tratamiento de elección de la laringomalacia leve?

a) Cirugía inmediata.
b) Observación.
c) Radioterapia.
d) Quimioterapia.

368. ¿Cuál es la distribución anatómica más frecuente de las membranas laríngeas congénitas?

a) 75% glóticas, 15% supraglóticas y 10% subglóticas.
b) 75% subglóticas, 15% glóticas y 10% supraglóticas.
c) 50% traqueales, 30% bronquiales y 20% faríngeas.
d) Todas son exclusivamente supraglóticas.

369. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones con respecto a la epiglotitis de la persona adulta es FALSA?

a) El germen que la produce con mayor frecuencia es el estreptococo del grupo A.
b) Es más frecuente en varones que en mujeres.
c) La radiografía lateral del cuello es útil para el diagnóstico.
d) La persona paciente se encuentra mejor en reposo en decúbito supino.

370. ¿Cuál es el tratamiento inicial de la laringitis aguda?

a) Antibióticos siempre.
b) Reposo vocal.
c) Cirugía.
d) Radioterapia.



371. De los siguientes tóxicos cuál o cuáles generan una mayor afectación del sistema periférico que del central:

a) Oxido de carbono.
b) Tabaco.
c) Alcoholes.
d) Alcaloides.

372. Paciente con aspiración recurrente y voz soplada tras cirugía cervical. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Parálisis cordal unilateral.
b) Laringitis crónica.
c) Reflujo.
d) Tumor benigno.

373. ¿Cuál es la indicación principal de tiroplastia tipo I?

a) Tumor maligno.
b) Insuficiencia glótica por parálisis unilateral.
c) Estenosis subglótica.
d) Laringitis crónica.

374. ¿Cuál es la primera medida terapéutica en el reflujo laringofaríngeo?

a) Cirugía antirreflujo inmediata.
b) IBP y medidas higiénico-dietéticas.
c) Antibióticos.
d) Radioterapia.

375. ¿Cuál es la interpretación más correcta de la tos crónica en el niño/la niña desde la orientación ORL?

a) Es psicógena.
b) Que no requiere estudio.
c) Es un síntoma y mecanismo defensivo que obliga a orientar la causa mediante historia, exploración y pruebas seleccionadas.
d) Sólo se relaciona con patología pulmonar baja.

376. La epiglotitis se debe habitualmente a:

a) Staphylococcus aureus.
b) Pseudomonas aeruginosa.
c) Haemophillus influenzae.
d) Mycobacterium tuberculosis.



377. En el síndrome de PLOT (parálisis congénita de los abductores de las cuerdas vocales) la anomalía se encuentra en el cromosoma.

a) V.
b) VI.
c) IX.
d) X.

378. El síndrome de Tapia cursa con:

a) Parálisis de los pares X y XII.
b) Parálisis de los pares X, XI y XII.
c) Parálisis de los pares IX, X, XI y XII.
d) Parálisis de IX, X y XI.

379. En el tratamiento de las parálisis de cuerdas vocales se utiliza:

a) La tiroplastia de tipo I.
b) La tiroplastia de tipo II.
c) La tiroplastia de tipo III.
d) La tiroplastia de tipo IV.

380. La causa más frecuente de la parálisis recurrencial bilateral es:

a) Tumor mediastínico.
b) Cirugía del timo.
c) Cirugía tiroidea.
d) Laringectomía parcial.

381. Paciente con parálisis unilateral de cuerda vocal tras tiroidectomía reciente. ¿Cuál es el manejo inicial más adecuado?

a) Tiroplastia inmediata.
b) Observación y rehabilitación vocal.
c) Laringectomía.
d) Radioterapia.

382. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre los papilomas laríngeos es FALSA?

a) Es la forma más frecuente de tumor benigno de la laringe.
b) Los papilomas juveniles y del adulto son similares histológicamente.
c) La localización más frecuente es la subglotis.
d) Se puede identificar el virus de papiloma humano en aproximadamente el 70% de los casos.



383. ¿Cuál de los siguientes NO es un tumor benigno laríngeo?

a) Papiloma.
b) Pólipo.
c) Carcinoma.
d) Nódulo.

384. ¿Cuál es la afirmación correcta sobre la papilomatosis laríngea infantil?

a) Es una enfermedad de evolución recidivante.
b) Es una infección exclusiva supraglotica.
c) Es siempre una patología autolimitada.
d) No produce clínica vocal ni respiratoria.

385. El síndrome de Mounier-Kuhn se caracteriza por asociar:

a) Bronquiectasias.
b) Glomerulonefriris.
c) Pólipos en vesícula biliar.
d) Polineuritis.

386. El edema de Reinke tipo II de YONEKAWA se corresponde con una lesión edematosa de las cuerdas vocales en la que se produce un contacto de las mismas en:

a) El tercio anterior.
b) El tercio medio.
c) Los dos tercios anteriores.
d) Los dos tercios posteriores.

387. El edema de Reinke se caracteriza por todo lo siguiente, EXCEPTO:

a) Ser bilateral.
b) Tener amolia base de implantación.
c) Tener fibrosis intersticial.
d) Asociarse al tabaco.

388. Las siguientes son características de los nódulos, EXCEPTO una. Indique cuál:

a) Son lesiones bien delimitadas.
b) Son de pequeño tamaño.
c) Son las lesiones benignas más frecuentes de la laringe.
d) Son unilaterales.



389. Paciente con disfonía crónica y hábito tabáquico importante. La exploración muestra edema difuso de ambas cuerdas vocales. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Nódulos vocales.
b) Edema de Reinke.
c) Carcinoma infiltrante.
d) Papilomatosis.

390. ¿Cuál es el tratamiento de elección en el edema de Reinke sintomático persistente?

a) Antibióticos.
b) Cirugía y abandono del tabaco.
c) Radioterapia.
d) Corticoides sistémicos prolongados.

391. Paciente con disfonía profesional (docente). ¿Cuál es la causa más frecuente?

a) Tumor maligno.
b) Nódulos vocales.
c) Parálisis bilateral.
d) Laringitis infecciosa.

392. ¿Cuál es el tratamiento inicial de los nódulos vocales?

a) Cirugía inmediata.
b) Logopedia.
c) Radioterapia.
d) Antibióticos.

393. Paciente con disfonía y masa laríngea pediculada móvil. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Carcinoma infiltrante.
b) Pólipo vocal.
c) Laringitis.
d) Parálisis.

394. Paciente con tos crónica, carraspeo y laringoscopia con hiperemia posterior. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Laringitis bacteriana.
b) Reflujo laringofaríngeo.
c) Tuberculosis laríngea.
d) Cuerpo extraño.

395. Paciente con cuerpo extraño laríngeo. ¿Cuál es la prioridad?

a) Radiografía.
b) Asegurar vía aérea.
c) Analítica.
d) Observación.

396. En que consiste el Síndrome de Grisel:

a) Dolor intenso cervical con torticolis por subluxación atloaxoidea tras cirugía adenoidea.
b) Infección amigdalar complicada con fascitis necrotizante.
c) Trombosis yugular tras infección cervical.
d) Epiglotis secundaria a traumatismo por cuerpo extraño.

397. ¿Qué característica anatómica de la vía aérea pediátrica explica que un edema subglótico mínimo pueda tener gran repercusión respiratoria?

a) La glotis infantil es siempre más ancha que el cricoides.
b) El punto más estrecho de la laringe del/de la lactante es el cartílago cricoides y la resistencia aumenta de forma muy marcada al disminuir el radio.
c) La epiglotis del/de la lactante es más rígida y paralela a la tráquea que en la persona adulta.
d) La tráquea de la persona recién nacida no modifica su calibre con la posición cervical.

398. ¿Qué debe hacerse siempre tras la extracción de un cuerpo extraño de la vía aérea pediátrica?

a) Finalizar la exploración lo antes posible para dejar expedita la vía aérea.
b) Explorar nuevamente los bronquios del pulmón afectado y del contralateral.
c) Evitar aspirar secreciones para no provocar edema.
d) Realizar únicamente una radiografía de control.

399. ¿Cuál es la actitud más prudente ante una hemorragia durante la manipulación o biopsia de la vía aérea pediátrica?

a) Retirar inmediatamente el broncoscopio para evitar más sangrado.
b) Mantener el broncoscopio e intentar comprimir la zona sangrante, evitando perder la vía aérea.
c) Suspender toda ventilación hasta que ceda el sangrado.
d) Realizar siempre traqueotomía inmediata.

400. ¿Cuál de las siguientes asociaciones entre diámetro de broncoscopio y edad es correcta según la tabla del documento?

a) Diámetro interno 2,5 mm / externo 4 mm: prematuros/as y neonatos/as.
b) Diámetro interno 6 mm / externo 8,2 mm: menores de 6 meses.
c) Diámetro interno 5 mm / externo 7,8 mm: recién nacidos/as.

d) Diámetro interno 3,5 mm / externo 5,7 mm: mayores de 8 años.

401. Ante sospecha de cuerpo extraño laringotraqueobronquial, ¿cuál es la actitud diagnóstica-terapéutica clave?

a) Si no hay fiebre esperar resolución espontánea.
b) Si hay fiebre tratar únicamente con antibióticos.
c) Mantener alta sospecha clínica.
d) Realizar lavado nasal como maniobra principal.

402. La traqueotomía en población infantil para que las complicaciones sean las menores posibles se debe realizar:

a) Entre primer y segundo anillo traqueal.
b) Entre segundo y tercer anillo traqueal.
c) Entre tercer y cuarto anillo traqueal.
d) Es indiferente.

403. ¿Cuál de las siguientes NO es indicación de traqueotomía?

a) Obstrucción de vía aérea.
b) Ventilación prolongada.
c) Disfonía leve.
d) Protección de vía aérea.

404. ¿Cuál es la complicación más frecuente de la traqueotomía?

a) Hemorragia.
b) Neumotórax.
c) Estenosis traqueal.
d) Infección local.

405. Traqueotomía infantil, que NO hay que hacer:

a) Suturas laterales e incisión vertical 2º y 3º anillo traqueal.
b) Suturas laterales, incisión horizontal y sección parcial de tercer anillo traqueal.
c) Sutura de la cánula a la piel.
d) Poner una cánula que permita la conexión a un respirador.

406. En el diagnóstico diferencial de las causas del movimiento paradógico de las cuerdas vocales o laringospasmo, si la forma de presentación es paroxística, con una duración de minutos y con disfonía, pensaremos que la causa más probable es:

a) Psicógena.
b) Reflujo.
c) Lesión de tronco.
d) Neoformación.

407. En el síndrome de Susac cuál de las siguientes afirmaciones es CORRECTA.

a) La hipoacusia es progresiva o fluctuante de frecuencias media y altas.
b) Afecta preferentemente a mujeres a partir de la 5ª década.
c) La clínica deriva de una microangiopatía de laberinto posterior, cóclea, riñón e hígado.
d) El tratamiento debe dirigirse a la encefalopatía.

408. Teniendo en cuenta como valor de normalidad un volumen inspirado de 500 cc cuál sería el volumen de aire que NO participaría en el intercambio gaseoso (espacio muerto anatómico):

a) 75 cc.
b) 100 cc.
c) 125 cc.
d) 150 cc.

409. Cuál de estos marcadores tumorales empleados en el diagnóstico molecular de los carcinomas epidermoides de cabeza y cuello NO se puede estudiar y detectar en saliva:

a) Mutaciones del P53.
b) Actividad de la telomerasa EIF4E.
c) Expresión de citoqueratinas.
d) Metilacion de los genes P16 y MGMT.

410. En los tumores laríngeos es correcto:

a) El cáncer de laringe supraglótica no presenta metástasis ganglionares al diagnóstico en un alto porcentaje de los casos.
b) El cáncer de glotis presenta metástasis ganglionares en estadios precoces en un alto porcentaje de casos.
c) El cáncer de subglotis se diagnostica en estadios tardíos en un alto porcentaje de casos.
d) El cáncer de glotis da clínica tardía por lo que se diagnostica en estadios tardíos en un alto porcentaje de casos.

411. En el cáncer glótico precoz (T1), ¿cuál es el tratamiento estándar?

a) Quimioterapia.
b) Cirugía conservadora o radioterapia.
c) Laringectomía total.
d) Observación.

412. ¿Cuál de las siguientes NO es característica del cáncer supraglótico?

a) Diagnóstico más tardío.
b) Alta tasa de metástasis ganglionares.
c) Disfonía precoz.
d) Sintomatología inespecífica inicial.

413. ¿Cuál es la localización más frecuente del cáncer de laringe?

a) Supraglotis.
b) Glotis.
c) Subglotis.
d) Tráquea.

414. ¿Cuál es el tratamiento principal del cáncer laríngeo precoz?

a) Antibióticos.
b) Cirugía o radioterapia.
c) Observación.
d) Corticoides.

415. ¿Cuál de las siguientes NO es indicación de laringectomía total?

a) Tumor avanzado.
b) Fracaso de tratamiento conservador.
c) Lesión benigna.
d) Recidiva tumoral.

416. ¿Cuál es el método principal de rehabilitación vocal tras laringectomía?

a) Prótesis fonatoria.
b) Antibióticos.
c) Radioterapia.
d) Corticoides.

417. ¿Cuál de las siguientes NO es indicación de prótesis fonatoria?

a) Laringectomía total.
b) Deseo de rehabilitación vocal.
c) Estenosis nasal.
d) Buen estado general.

418. Paciente con laringectomía total. ¿Cuál es la mejor opción de rehabilitación vocal?

a) Voz esofágica exclusivamente.
b) Prótesis fonatoria traqueoesofágica.

c) Antibióticos.
d) Radioterapia.

419. Es contraindicación de la fistuloplastia fonatoria primaria:

a) Extensos cánceres faringolaríngeos.
b) Pacientes con enfisema pulmonar severo.
c) Carcinomas de comisura anterior.
d) a) y b) son ciertas.

420. ¿Qué tipo de tiroplastia es la laringoplastia de medialización?

a) Tipo I.
b) Tipo II.
c) Tipo III.
d) Tipo IV.

421. ¿Cuándo la malformación del pabellón auditivo solo permite reconocer alguna de las estructuras del pabellón normal, estamos ante una?

a) Displasia Tipo I.
b) Displasia Tipo II.
c) Displasia tipo III.
d) Macrotia.

422. ¿Cuál de las siguientes técnicas y consejos NO aconseja en la rehabilitación de las parálisis recurrenciales?

a) Técnica de Pus-hing the arms (hablar levantando un peso).
b) Manipular-comprimir el ala tiroidea homolateral a la cuerda paralizada.
c) Comenzar la rehabilitación precozmente.
d) Articulación de fonemas nasales.

423. ¿Cuál de los siguientes linfomas se presenta exclusivamente en el área de cabeza y cuello?

a) Linfomas foliculares.
b) Linfomas T/NK de la línea media.
c) Linfomas marginales extranodales.
d) Linfomas del manto.

424. ¿Cuál es la neoplasia maligna de cabeza y cuello más frecuente en la edad pediátrica?

a) Carcinoma de tiroides.
b) Rabdomiosarcoma.
c) Linfoma de Hodgkin.

d) Neuroblastoma.

425. Cuál es el marcador tumoral más sensible para el diagnóstico precoz del carcinoma de cabeza y cuello:

a) Mutaciones del P53.
b) Actividad de la Telomerasa.
c) Expresión de citoqueratinas.
d) Expresión del antigeno E48.

426. ¿Qué dato epidemiológico destaca el capítulo sobre traumatismos cervicales infantiles?

a) Dada la elasticidad ósea son inexistentes en la infancia.
b) Sólo se producen por heridas penetrantes.
c) Son causa importante de mortalidad infantil y un porcentaje relevante de los traumatismos severos afecta al cuello.
d) Nunca comprometen vía aérea ni estructuras vasculares.

427. ¿Cuál de estos NO es un criterio de adenopatía cervical metastásica?

a) Tamaño superior de 6 cm.
b) Existencia de necrosis central.
c) Anillo de refuerzo periférico.
d) Signos de invasión extranodal.

428. ¿Qué es el sinus dermi?

a) Una proliferación de tejido epitelial en seno maxilar.
b) Una traslocación sinusal consecuencia de un traumatismo facial.
c) Un cefalocele.
d) Una persistencia de un tracto ectodérmico embrionario.

429. ¿Cuál es la localización más frecuente de los quistes branquiales?

a) En el tercio superior del ECM sobre su borde anterior.
b) Submandibulares.
c) En el tercio medio del ECM en su borde anterior.
d) En el tercio medio del ECM en su borde posterior.

430. Fistulas cervicales laterales. Señale la respuesta errónea.

a) Un tercio de los casos son bilaterales.
b) El orificio de apertura se sitúa en la parte media o en el tercio inferior del borde del esternocleidomastoideo.
c) La fistula del tercer arco branquial suele pasar entre las dos carótidas.
d) Finaliza en la faringe y la más baja a nivel del seno piriforme.

431. Sobre el quiste tirogloso, señale la FALSA:

a) El quiste del conducto tirogloso se constituye como un remanente dilatado del tracto tirogloso, que se forma cuando el tiroides emigra desde la lengua hacia el lugar que ocupa en la persona adulta.
b) El tracto tirogloso transcurre por detrás del cuerpo del hioides.
c) La formación quística se sitúa siempre en la línea media del cuello.
d) El quiste tiene un contenido mucoide viscoso de color colesterínico debido a microhemorragias que, ocasionalmente, se producen en el interior del quiste.

432. La linfadenitis histiocítica necrotizante subaguda se denomina también:

a) Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto.
b) Enfermedad de Rosay Dorfman.
c) Enfermedad de Kawasaki.
d) Enfermedad por arañazo de gato.

433. El edema angioneurótico hereditario.

a) Es una enfermedad autosómica recesiva.
b) Presenta una disminución del inhibidor de la C2 esterasa.
c) Necesita tratamiento con corticoides en el ataque agudo.
d) Se puede relacionar con comienzo de tratamiento antihipertensivo (IECAs).

434. La Enfermedad de Rosai-Dorfman NO asocia:

a) Proliferación de tejido conectivo.
b) Linfadenopatia cervical bilateral.
c) Fiebre y leucocitosis.
d) Hipergammaflobulinemia.

435. En los abscesos cervicales:

a) En la edad pediátrica la patología infecciosa odontogénica es su causa más frecuente.
b) En la edad pediátrica aparecen con más frecuencia gérmenes como el Streptococcus pneumoniae o el Haemophilus cuando es secundario a una complicación de un proceso infeccioso faringoamigdalar.
c) En pacientes con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral, el Fusobacterium es el germen aislado con mayor frecuencia.
d) Todas las anteriores son ciertas.

436. ¿Qué podríamos esperar en la evolución clínica de la de enfermedad de Rosai-Dorfman?

a) Curso errático con resolución espontánea.
b) Curso errático con cronificación.

c) Curso errático con fallecimiento.
d) Todas las anteriores son correctas.

437. ¿Qué tratamiento es el de elección en el edema angioneurotico hereditario?

a) Corticoides orales.
b) Vahos de corticoides.
c) Adrenalina subcutánea.
d) Acido épsilon aminocaproico.

438. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación al síndrome de nevos displásicos?

a) Es un trastorno autosómico dominante.
b) Presenta lunares B-K.
c) Se asocia con la aparición de melanomas familiares o hereditarios.
d) Todas las anteriores son ciertas.

439. ¿Cuál de las siguientes lesiones es benigna laríngea?

a) Carcinoma epidermoide.
b) Pólipo vocal.
c) Linfoma.
d) Melanoma.

440. El sarcoma sinovial faríngeo:

a) Se presenta generalmente en personas adultas jóvenes.
b) Presenta alto índice mitótico.
c) Suele aparecer tras tratamientos con radioterapia.
d) Todas las anteriores son ciertas.

441. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones sobre tumores pediátricos de partes blandas es correcta?

a) Son poco frecuentes, muy heterogéneos y con numerosas.
b) Son siempre benignos.
c) No requieren diagnóstico histopatológico.
d) Sólo aparecen en adultos.

442. ¿Cuál es el núcleo bioético del consentimiento informado en la persona menor?

a) Que las personas progenitoras firmen siempre, sin necesidad de informar a la persona menor.
b) Que la persona menor decida únicamente cuando haya cumplido 18 años.

c) Que la persona facultativa médica sustituya la voluntad familiar si el procedimiento es habitual.
d) Valorar la competencia de la persona menor para comprender la información, apreciar consecuencias y decidir coherentemente.

443. ¿Cuál de estas afirmaciones con respecto al cáncer de tráquea es cierta?

a) El más frecuente es el carcinoma adenoide quístico.
b) En el momento de su diagnóstico más del 30 % de los casos no son operables.
c) Las personas pacientes a las que se les diagnostica un tumor primario de tráquea. presentan síntomas relacionados de media de 1 año de evolución.
d) B) C) son ciertas.

444. ¿Qué afirmación es cierta en relación a los cuerpos de psamoma que aparecen en el carcinoma papilar de tiroides?

a) Aparecen en más del 90% de los carcinomas papilares de tiroides.
b) Su incidencia es mayor a partir de los 20 años de edad.
c) Están formados por láminas concéntricas cálcicas dispuestas como capas de cebolla.
d) Todas las anteriores son ciertas.

445. ¿Cuál es la causa más frecuente de hiperparatiroidismo primario?

a) Hiperplasia de células translúcidas.
b) Hiperplasia de células principales.
c) Carcinoma de paratiroides.
d) Adenoma de paratiroides único.

446. La duración promedio de los efectos terapéuticos de la inyección de toxina botulínica en pacientes con síndrome de frey es de:

a) 6 meses.
b) 11 meses.
c) 17 meses.
d) 24 meses.

447. Para disminuir la posibilidad de recidiva en la cirugía de la ránula sublingual, hay que hacer:

a) Valoración preoperatoria con pruebas de imagen.
b) La escisión de la glándula sublingual con la ránula.
c) Incisión y drenaje de la ránula.
d) a) y b) son ciertas.

448. Sobre el adenoma pleomorfo, señale la FALSA:

a) Es el tumor benigno más frecuente de las glándulas salivales.



b) El 60 % de ellos asientan en la parótida, el 35 %, en la submaxilar, y es poco frecuente en el resto de las glándulas salivales.
c) Se trata de un tumor de rápido crecimiento que afecta de forma predominante al sexo masculino, en edades comprendidas entre los 40-60 años.
d) Microscópicamente, se caracteriza por presentar células epiteliales y mioepiteliales en un estroma mixoide y/o condroide, englobado en una cápsula fibrosa.

449. Una de las siguientes NO es una referencia habitual para hallar el nervio facial en la parotidectomía. Señálela:

a) Mastoides.
b) Cartílago tragal.
c) Vientre anterior del músculo digástrico.
d) Ligamento-fascia temproparotídea.

450. Sobre las lesiones parotídeas por SIDA, señale la FALSA:

a) La mayoría son quistes linfoepiteliales malignos.
b) La radioterapia reduce el tamaño de los quistes linfoepiteliales benignos a la mitad.
c) La parotidectomía está indicada si crecen mucho de tamaño.
d) El síndrome de linfocitosis difusa proliferativa se relaciona con el síndrome de Sjogren.

EJERCICIOS PRÁCTICOS

CASO 1

Mujer de 48 años intervenida de tiroidectomía total por carcinoma papilar. Tras la cirugía presenta voz aérea, fatigabilidad vocal y atragantamiento con líquidos.

451. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Edema glótico posintubación
b) Lesión unilateral del nervio recurrente
c) Espasmo laríngeo funcional
d) Lesión del hipogloso

452. ¿Cuál es la estrategia diagnóstica más completa para definir mecanismo, repercusión funcional y pronóstico?

a) TC cervical con contraste como primera y única prueba, porque permite valorar directamente la movilidad cordal
b) Laringoscopia directa bajo anestesia general inicial en todos los casos, porque la exploración despierta no permite valorar la función glótica
c) Determinación de tiroglobulina y anticuerpos antitiroglobulina, ya que la elevación posoperatoria confirma lesión neural



d) Nasofibrolaringoscopia flexible, idealmente con valoración estroboscópica; evaluación de la deglución si hay sospecha de aspiración; y electromiografía laríngea para diferenciar denervación de fijación mecánica y estimar pronóstico.

453. ¿Qué músculo pierde principalmente la capacidad abductora?

a) Cricoaritenoideo posterior
b) Tiroaritenoideo, cuerda vocal
c) Estilofaríngeo
d) Cricotiroideo

454. ¿En qué situación podría indicarse medialización quirúrgica de la cuerda vocal?

a) Disfonía leve transitoria de pocos días
b) Insuficiencia respiratoria aguda
c) Persistencia de insuficiencia glótica con aspiraciones y mala calidad vocal
d) Coexistencia de sinusitis crónica

CASO 2

Niña de 11 años con otitis media aguda derecha que desarrolla vértigo intenso, náuseas e hipoacusia ipsilateral. No presenta rigidez nucal, Kernig y Brudzinski negativos, sin fotofobia ni alteración del estado mental. La audiometría muestra hipoacusia neurosensorial leve.

455. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Laberintitis serosa
b) Neuronitis vestibular
c) Enfermedad de Ménière
d) Petrosis

456. ¿Cuál es la actitud terapéutica más adecuada ante esta situación?

a) Tratamiento sintomático exclusivo y observación domiciliaria
b) Cirugía intracraneal inmediata
c) Corticoides tópicos óticos como único tratamiento
d) Antibiótico sistémico, valoración urgente por ORL y control de síntomas vestibulares

457. ¿Qué evolución es más esperable con tratamiento adecuado?

a) Recuperación completa o casi completa de la audición y del vértigo



b) Pérdida auditiva profunda irreversible en todos los casos
c) Evolución obligada a meningitis bacteriana
d) Transformación habitual en otitis externa maligna

458. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es cierta respecto a la confirmación del diagnóstico de este caso?

a) La punción lumbar con cultivo de líquido cefalorraquídeo es esencial
b) Otoscopia neumática con demostración de derrame en oído medio permite el diagnóstico diferencial
c) TC de peñascos como única prueba confirmatoria
d) La confirmación siempre es retrospectiva y basada en la evolución del proceso

CASO 3

Niño de 3 años con disfonía progresiva desde hace meses. Consulta por estridor bifásico, tiraje y empeoramiento con infecciones respiratorias. En la fibrolaringoscopia se observan múltiples lesiones exofíticas en ambas cuerdas vocales, comisura anterior y subglotis, con luz glótica muy reducida. Ha requerido varios procedimientos endoscópicos por recidiva rápida. La tipificación posterior detecta VPH-11.

459. ¿Cuál es el diagnóstico más probable y su patrón topográfico típico?

a) Papilomatosis laríngea
b) Hemangioma subglótico; lesión única infraglótica, lisa y compresible
c) Estenosis subglótica congénita; afectación circunferencial fija sin lesiones exofíticas
d) Granulomatosis eosinofílica; lesiones ulceradas migratorias supraglóticas.

460. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada ante el episodio obstructivo?

a) Alta con corticoide oral y revisión preferente
b) Traqueotomía precoz para evitar nuevas crisis
c) Quirófano urgente con anestesia experta, ventilación espontánea si es posible, endoscopia diagnóstica-terapéutica y reducción conservadora de la lesión
d) Intubación prolongada 5–7 días y biopsia diferida

461. Durante la cirugía endoscópica, ¿cuál es el principio técnico más importante?

a) Resección amplia de toda mucosa sospechosa
b) Desobstruir preservando mucosa sana, evitando cicatriz glótica, sinequias y estenosis
c) Cordectomía bilateral para evitar recurrencias
d) Tratar solo la supraglotis y evitar explorar la vía aérea inferior



462. El niño precisó 6 cirugías en 8 meses y presenta afectación traqueal. ¿Qué opción es más adecuada?

a) Mantener solo cirugía seriada sin plantear otros tratamientos.
b) Radioterapia laríngea de baja dosis.
c) Valorar el tratamiento adyuvante como el fármaco antiangiogénico bevacizumab en enfermedad agresiva, junto con cirugía cuando sea necesaria.
d) Laringectomía parcial precoz.

CASO 4

Varón de 54 años que consulta tras sensación brusca de pinchazo faríngeo al ingerir pescado. Horas después desarrolla odinofagia intensa, fiebre y dolor cervical progresivo. A la exploración presenta crepitación subcutánea cervical y taquipnea.

463. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Absceso periamigdalino
b) Mediastinitis secundaria a perforación esofágica
c) Laringocele traumático
d) Traqueítis traumática

464. ¿Qué hallazgo orienta especialmente a perforación digestiva?

a) Dolor a la deglución
b) Enfisema subcutáneo cervical
c) No hemoptisis
d) Estridor bifásico aislado

465. ¿Qué prueba de imagen es más útil para valorar la extensión de las complicaciones cervicales y torácicas?

a) Radiografía tórax AP
b) TC cervicotorácica
c) Ecografía tiroidea aislada
d) mmagrafía con tecnecio

466. ¿Cuál es la conducta inicial más adecuada?

a) Realizar nasofibrolaringoscopia en urgencias; si no se visualiza cuerpo extraño supraglótico, alta con analgesia.
b) Intentar extracción endoscópica flexible inmediata en sala convencional con insuflación, sin intubación previa, y colocar un stent esofágico cubierto si se

observa fuga, reservando el drenaje cervical para fracaso clínico tras 72 h de antibiótico.

c) Solicitar esofagograma baritado como primera prueba obligatoria antes de cualquier TC o endoscopia, porque el bario es superior para localizar microperforaciones; diferir la cirugía 24–48 h hasta delimitar la colección y reducir el riesgo de lesión iatrogénica.
d) Ingreso urgente en UCI/quirófano, ayuno absoluto, antibioterapia intravenosa de amplio espectro con cobertura anaerobia y gramnegativa, control avanzado de vía aérea por equipo experto.

CASO 5

Varón de 27 años que acude por dolor persistente en hemicráneo derecho y sensación de oído derecho no resuelto tras un episodio infeccioso ótico tratado semanas antes. Refiere persistencia de secreción escasa intermitente y otalgia profunda, con empeoramiento progresivo del dolor retroorbitario. Desde hace varios días diplópiaa. No presenta rigidez de nuca ni disminución del nivel de conciencia. En la otoscopia persisten signos inflamatorios en oído medio derecho. La exploración neurológica muestra dificultad para la mirada lateral derecha, sin otros hallazgos relevantes.

467. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Migraña con aura.
b) Petrositis apical.
c) Schwannoma vestibular.
d) Otitis externa maligna.

468. ¿Qué dato clínico orienta especialmente a esta complicación?

a) Asociación de otitis persistente, cefalea profunda y afectación del VI par craneal.
b) Presencia de hipoacusia bilateral simétrica.
c) Aparición de vértigo posicional de segundos de duración.
d) Mejoría clara con maniobra de Valsalva.

469. ¿Cuál es el manejo más adecuado?

a) Mastoidectomía y revisión diferida.
b) Antibioterapia intravenosa prolongada con valoración por ORL y pruebas de imagen urgentes.
c) Timpanoptomia y aspiración.
d) Corticoides intratimpánicos en monoterapia.



CASO 6

Varón de 54 años que consulta por empeoramiento progresivo de la audición en oído izquierdo desde hace varios meses. Refiere además dificultad para entender bien palabras cuando se le habla por ese lado, especialmente en conversación telefónica, y sensación de inseguridad al caminar en la oscuridad o por superficies irregulares. No presenta dolor, secreción ótica ni episodios de vértigo rotatorio franco, indica cierta inestabilidad en la marcha. La otoscopia es normal. En una audiometría reciente se objetivó pérdida auditiva neurosensorial oído izquierdo. La exploración neurológica general es anodina salvo ligera dificultad en la marcha en tándem. Antecedentes personales: Cazador desde los 18 años.

470. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?

a) Neurinoma del acústico
b) Laberintitis aguda
c) Trauma acústico
d) Parálisis de cuerda del tímpano

471. ¿Qué prueba complementaria confirmaría mejor el diagnóstico?

a) Timpanometría.
b) Resonancia magnética con gadolinio de conductos auditivos internos y ángulo pontocerebeloso.
c) Radiografía simple de cráneo.
d) Pruebas vestibulares.

472. En un paciente con lesión pequeña, escasa clínica vestibular y sin datos de compresión, ¿qué actitud puede ser razonable de entrada?

a) Observación con estudio radiológico seriado.
b) Antibioticoterapia intravenosa.
c) Implante coclear.
d) Reposo sonoro.

CASO 7

Paciente varón de 15 años de edad que presenta epistaxis de repetición con sensación de obstrucción nasal unilateral derecha. Diagnosticado de angiofibroma nasofaríngeo señale la opción que considere más adecuada.

473. ¿En qué rango de edad es más frecuente encontrar esta patología?

a) <3
b) 3-6

c) 6-9
d) >9

474. ¿Cuál de las siguientes opciones considera más adecuada y segura para el establecimiento del diagnóstico?

a) Anamnesis,exploración física ,TC.
b) Anamnesis, exploración física, TC y RMN.
c) Anamnesis, exploración física, biopsia, TC y RMN.
d) Anamnesis exploración física, biopsia, TC, RMN y Arteriografía

475. ¿Cuál de las siguientes opciones de tratamiento considera más adecuada?

a) Radioterapia como primera opción y cirugía si presentara recidiva.
b) Quimioterapia de inducción y cirugía.
c) Cirugía como primera opción.
d) Radioterapia y Quimioterapia de inducción más cirugía.

476. Según el sistema de estadificación de la universidad de Pittsburgh (UPMC) 2010 para el angiofibroma señale la correcta. ¿Cómo estadificaría al paciente descrito si presentara un angiofibroma con extensión a senos paranasales, fosa pterigopalatina y sin vascularización residual tras embolización?

a) Estadio I
b) Estadio II
c) Estadio III
d) Estadio IV

CASO 8

Paciente varón de 53 años de edad, fumador de 1 paq/día desde hace 40 años, con antecedentes personales de carcinoma escamoso de laringe tratado con quimioterapia y radioterapia que ingresa en UCI dos meses después de finalizar el tratamiento, en situación de desnutrición, anasarca e insuficiencia renal, fiebre, disnea, dolor pleurítico en el hemitórax derecho y expectoración purulenta.

Es diagnosticado de neumonía por broncoaspiración causada por *Pseudomonas aeruginosa* e instaurándose tratamiento antibiótico con imipenem, amikacina y vancomicina. A las 48 h de su ingreso en la UCI, el paciente presentó una leve proptosis del ojo derecho, con ptosis palpebral ipsilateral y midriasis arreactiva. A las 24 h, se apreció una placa violácea de 1,5 cm de diámetro, de límites mal definidos, en la región malar derecha.

477. Ante este caso clínico, la sospecha diagnóstica es:

a) Poliposis nasosinual.

b) Sinusitis aguda.
c) Mucormicosis rinocerebral.
d) Rinosinusitis fúngica alérgica.

478. En cuanto a la enfermedad, señala la respuesta INCORRECTA:

a) Esta enfermedad normalmente ocurre en huéspedes inmunocomprometidos, siendo la condición más común la diabetes mellitus descompensada, sobre todo en situación de cetoacidosis.
b) El agente patógeno tiene predilección por venas y arterias, causando trombosis e isquemia, pudiendo presentar diseminación hematógena causando sepsis.
c) Los cambios patológicos suelen iniciarse en la zona paranasal, frecuentemente se presentan con dolor ocular, fiebre, edema, escaras negras nasales y palatinas y en un examen directo del frotis de la mucosa nasal y de la piel de la zona afectada podríamos ver la existencia de esporas e hifas no tabicadas similares a cintas.
d) Se trata de una enfermedad de buen pronóstico con tratamiento correcto, con mortalidad inferior al 5 %.

479. Señala la respuesta FALSA en relación al estudio complementario por pruebas de imagen:

a) Los signos radiológicos más frecuentes son la osteolisis y el engrosamiento nodular de la mucosa sinusal.
b) La TC determina la extensión de la lesión.
c) La resonancia magnética es más efectiva para determinar la invasión cerebral o vascular antes de que se establezcan los signos clínicos, así como el tejido periorbitario.
d) Hay que solicitar un PET/TC urgente

480. Tratamiento de elección:

a) Terapia antifúngica con Anfotericina B en suspensión lipídica.
b) Desbridamiento quirúrgico agresivo y precoz (resección amplia del tejido necrótico blando y hueso, asociando en algunos casos la evisceración de la órbita).
c) Manejo de la enfermedad de base que presenta el paciente.
d) Todas son correctas.

CASO 9

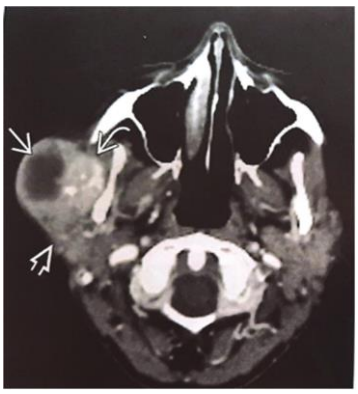
Mujer de 60 años sin antecedentes de interés que consulta por presentar desde hace aproximadamente un año una masa en región parotídea derecha que en el último mes ha experimentado un aumento considerable de tamaño. Actualmente además refiere otalgia derecha y parestesias en región preauricular derecha. La masa es dura e inmóvil a la palpación. No se observan signos flogóticos en la piel.

481. ¿Cuál sería tu primera impresión diagnóstica?

a) Tumoración parotídea benigna.
b) Tumoración parotídea maligna.
c) Tumoración parotídea complicada con sobreinfección aguda.
d) Quiste branquial infectado.

Se realiza TAC y RMN:

El TAC en proyección axial con contraste informa de gran masa heterogénea con áreas quísticas de realce heterogéneo y bordes mal definidos. El músculo masetero está invadido.



La RMN en T2 informa de masa irregular en parótida con señal mixta en T2 y una región de señal baja dentro de los componentes sólidos del tumor.



482. ¿Cuál sería tu sospecha diagnóstica?

a) Tumor mixto benigno.
b) Tumor de Warthin.
c) Adenoma pleoformo.
d) Carcinoma mucoepidermoide de alto grado.

483. ¿Qué esperaríamos encontrar en el estudio anatomopatológico del tumor?

a) Nidos de células tumorales irregulares sólidos y con mínimo espacio quístico.
b) Múltiples áreas quísticas revestidas por células productoras de mucina.
c) Nidos de células escamosas o epidermoides o de elementos basaloides intermedios.
d) Presencia de células mioepiteliales.

484. ¿Qué pronóstico presenta este paciente?

a) Recidiva local 6 %. Supervivencia a 10 años 90 %.
b) Recidiva local 20 %. Supervivencia a 10 años 90 %.
c) Recidiva local 78 %. Supervivencia a 10 años 27 %.
d) No recidiva

CASO 10

Varón de 43 años que acude a tu consulta por sensación de taponamiento e hipoacusia de oído izquierdo de dos semanas de evolución. No refiere otalgia ni otorrea. Exfumador desde hace 10 años, no refiere infección de vías altas previa ni viajes en avión. No refiere otros antecedentes de interés. En la otoscopia se objetiva lo siguiente:



485. ¿Cuál es tu sospecha diagnóstica?

a) Otitis media aguda.
b) Otitis media serosa.
c) Otitis externa.
d) Barotrauma.

486. ¿Qué exploraciones realizarías?

a) Audiometría.
b) TAC.
c) Fibroscopia.
d) Las respuestas a) y c) son correctas.

487. ¿Qué patología es importante descartar?

a) Neoplasia de cavum.
b) Sinusitis etmoidal.
c) Poliposis nasal.
d) Desviación septal.

488. ¿Qué tratamiento prescribirías?

a) Mucolítico.
b) Antibiótico tópico.
c) Descongestionante nasal.
d) Ninguno de ellos.

CASO 11

Una niña de 3 años acude a urgencias refiriendo dolor de garganta y respiración entrecortada de 3 días de evolución, que ha empeorado bruscamente en las últimas 2 horas. La niña se inclina hacia adelante con la barbilla adelantada. No tiene antecedentes de interés, salvo que no ha seguido el calendario vacunal. Sus constantes vitales muestran una saturación de oxígeno de 96%, frecuencia respiratoria de 30 por minuto, presión arterial de 110/70 mmHg y temperatura da de 40ºC. A la exploración, la paciente presenta sialorrea y estridor inspiratorio.

489. ¿Cuál de los siguientes es el microorganismo que con mayor probabilidad puede estar causando este cuadro?

a) Pseudomonas aeruginosa
b) Staphylococcus aureus
c) Streptococcus pneumoniae
d) Haemophilus influenzae

CASO 12

En el proceso de despertar anestésico de una paciente tras una tiroidectomía total, al retirar el tubo de intubación orotraqueal, la paciente inicia una clínica de obstrucción respiratoria o disnea con estridor. En la herida quirúrgica no se aprecian signos de hematoma ni sangrado aparente.

490. ¿Cuál de los siguientes diagnósticos debe considerar en primer lugar?

a) Parálisis recurrencial bilateral
b) Edema de glotis.
c) Laringitis subglótica.
d) Estenosis subglótica postintubación.

CASO 13

Un paciente varón, de 17 años de edad, previamente sano, presenta un cuadro de obstrucción nasal progresiva de 14 días de evolución, con rinorrea, hiposmia y malestar general. Ha probado a hacer lavados nasales con soluciones salinas y pseudoefedrina, con escaso alivio. Las constantes vitales son: presión arterial de 118/70 mmHg, frecuencia cardíaca de 80 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 16 resp/min, temperatura de 36.5ºC y saturación de oxígeno 98%. Presenta a la exploración adenopatías cervicales bilaterales, membranas timpánicas normales, rinoscopia anterior con cornetes congestivos y rinorrea anterior purulenta en ambas fosas nasales.

491. ¿Cuál sería el tratamiento inicial de elección en este paciente?

a) Levofloxacino 750 mg una vez al día, 10 días
b) Amoxicilina/clavulánico, tres veces al día, 10 días
c) Azitromicina 500 mg, 1 comp al día, 3 días de tratamiento
d) Trimetoprim-sulfametoxazol 2 veces al día, 7 días

CASO 14

Paciente de 40 años, sin antecedentes de interés, acude a la consulta remitido desde la urgencia para estudio y diagnóstico de un vértigo rotatorio de inicio súbito y gran cortejo vegetativo que comenzó hace 5 días. No refiere hipoacusia, ni acúfeno, ni taponamiento ótico ni ninguna patología neurológica añadida en este tiempo.

En la exploración de la urgencia se observó: nistagmo espontáneo horizonto-rotatorio grado III derecho, maniobra óculo-cefálica positiva a la izquierda, Romberg izquierdo, test de Fukuda imposible de realizar por estado clínico. Otoscopia normal.

En la consulta se realiza vHIT con resultado de déficit de ganancia del CSH del oído izquierdo muy severo, con sacadas covert y overt, con ligera afectación de la ganancia del CSH del lado derecho. ATL: Normal. Timpanometría: Normal.

Pruebas calóricas: Paresia canalicular izquierda con preponderancia direccional derecha.

492. Con estos datos, ¿qué diagnóstico más probable te sugiere?

a) Enfermedad de Ménière derecho incipiente.
b) Enfermedad de Ménière izquierdo incipiente.
c) Neuritis vestibular.
d) Las respuestas a) y b) son correctas.

493. Se realizan VEMPs, con resultado de VEMP- o ausentes en el oído izquierdo, VEMP-o derecho normales y VEMP-c normales bilaterales. ¿Podrías identificar el nervio vestibular dañado?

a) Nervio vestibular superior derecho.
b) Nervio vestibular superior izquierdo.
c) Nervio vestibular inferior izquierdo.
d) Nervio vestibular inferior derecho.

494. ¿Qué tratamiento te parece más adecuado en este caso?

a) Corticoides en pauta descendente y sedantes vestibulares en su fase aguda.
b) Iniciar cuanto antes la rehabilitación vestibular.
c) Todas son correctas.
d) Ninguna es correcta.

495. ¿Qué margen de edad es más frecuente en esta patología?

a) Pacientes en edad pediátrica.
b) Pacientes entre 30-60.
c) Pacientes >60 años.
d) Es independiente de la edad

CASO 15

496. Varón de 23 meses de edad que acude a un servicio de urgencias por quemadura eléctrica en la comisura bucal hace dos horas, tras haberse introducido el extremo de un cable en la boca. En la primera exploración se aprecia una lesión ulcerada de 1 cm de diámetro, con una zona indurada perilesional eritematosa. Se aprecia, además, una pequeña quemadura en la punta de la lengua. ¿Cuál es la actitud correcta?

a) Administrar analgésicos por vía sistémica y darle e/ alta, explicando a la familia que curará sin secuelas sin necesidad de tratamiento.
b) Realizar un desbridamiento precoz de la zona claramente necrótica, sigujendo con curas tópicas hasta las dos semanas, momento adecuado para la reparación quirúrgica.
c) Desbridar la lesión cuidadosamente, realizar curas tópicas diarias durante las dos semanas y esperar hasta la desaparición total de la induración de la herida, sin tratamiento quirúrgico.
d) b y c son correctas



CASO 16

497. Se atiende a un paciente en urgencias por un traumatismo nasal hace dos noches, que presenta desviación lateral del dorso y epistaxis, con insuficiencia respiratoria nasal y dolor en la nariz. Si al explorar al paciente se observa un abultamiento azulado en el área cartilaginosa del tabique, ¿cuál de las siguientes actitudes le parece la más correcta?

a) Sólo debemos reducir la fractura sin otras exploraciones.
b) No debe explorarse para evitar nuevos sangrados al utilizar el rinoscopio.
c) Se debe realizar con urgencia una septoplastia.
d) Hay que drenar e/ hematoma y administrar antibióticos

CASO 17

498. Paciente de 40 años que acude al servicio de urgencias con dolor al tragar saliva que desaparece al deglutir sólidos, acompañado por sensación "de bola" en la garganta. Dichas molestias se agravan al final del día y en situación de conflicto emocional. La exploración faringolaríngea efectuada por el otorrinolaringólogo es normal. Pensaremos que el paciente presenta:

a) Neoplasia de amígdala
b) Cuerpo extraño en la orofaringe
c) Parestesias faríngeas
d) Neoplasia de tiroides

CASO 18

499. Paciente de 48 años, fumador y bebedor, que acude asustado a urgencias porque se ha observado una zona blanquecina en la cara ventral de la lengua. La exploración revela una lesión blanca de 1 x 0,5 cm, discretamente engrosada, no infiltrante y asintomática. ¿cuál de las siguientes actitudes le parece más adecuada?

a) Estamos ante un carcinoma y le propondremos un tratamiento quirúrgico.
b) Debemos pensar en una leucoplasia y no dar importancia a este hallazgo incidental
c) Probablemente se trata de una leucoplasia y por tanto haremos una biopsia para saber el grado de displasia y hacer el diagnóstico diferencial con el carcinoma.
d) Con gran probabilidad será un carcinoma y haremos un estudio tomográfico para su estadificación.

CASO 19

500. Una persona acude a urgencias tras haber recibido un golpe en la nariz hace dos horas. Se queja de deformidad nasal y obstrucción respiratoria, así como de haber sangrado durante unos minutos por una de las fosas. Uno de los procedimientos a seguir es incorrecto

a) Pedir una radiografía de huesos propios.
b) La palpación debe ser suave para evitar una nueva epistaxis
c) Es obligatorio realizar una rinoscopia
d) Debe explorarse el resto del macizo facial en busca de posibles fracturas asociadas