

Educación



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Preguntas y respuestas

Cuestionario de autoevaluación

Omar A. Gutiérrez Guauque*

* Otorrinolaringólogo, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D. C.
Profesor Asistente, Universidad del Rosario. Instructor ORL, Universidad de La Sabana.
Formación especial en elaboración y adaptación de prótesis faciales.

En esta sección encontrará preguntas que han sido elaboradas a partir de los artículos publicados en el volumen 41, número 1, de marzo del 2013, de la revista *Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*.

Acepte esta invitación, ponga a prueba su comprensión de lectura y... ¡úñase a este reto!

Instrucciones:

Las preguntas se responderán con las siguientes claves:

- A. Si las opciones a, b y c son verdaderas
- B. Si las opciones a y b son verdaderas
- C. Si las opciones b y c son verdaderas
- D. Si todas las opciones son verdaderas

Buena suerte

1. Respecto de la angina de Ludwig, es cierto:
 - A. Entre el 75 y el 90% de los casos tienen su origen odontogénico.
 - B. Es más frecuente en hombres y predomina después de la segunda década de la vida.
 - C. Usualmente son gérmenes grampositivos y anaerobios los responsables de estas infecciones.
 - D. En general, las diferentes revisiones muestran que los antibióticos y el drenaje quirúrgico temprano

disminuyen drásticamente las complicaciones. El uso de corticoides es discutido.

2. En relación con el síndrome obstructivo de apnea del sueño (SAOS), es cierto:
 - A. La prevalencia aproximada del SAOS es del 10 al 15% en mujeres y del 25 al 30% en hombres.
 - B. El SAOS se define como la presencia en la polisomnografía de cinco o más apneas, de una duración superior a los diez segundos por hora de sueño, asociadas a desaturaciones de oxígeno en sangre arterial, despertares frecuentes y bradi/taquicardias con latencia múltiple de sueño o sin ella, que muestran una latencia media inferior a los diez minutos.
 - C. La presencia de somnolencia diurna excesiva, ronquido y sueño agitado constituyen tres de las características clínicas principales del síndrome de apnea obstructiva del sueño.
 - D. El SAOS presenta una prevalencia, dentro de las enfermedades cardiovasculares, del 20 al 30% en pacientes con hipertensión arterial, del 60 al 70% en aquellos con enfermedad coronaria y entre el 15 y el 20% en pacientes que desarrollan accidente cerebrovascular (ACV).

Correspondencia:
Carrera 16A No. 82-46, consultorio 702, Bogotá, D. C., Colombia
ogutierrez71@yahoo.com

3. Acerca de la mitomicina C y los queloides, podemos indicar:
 - A. Las mitomicinas A, B y C conforman un grupo de antibióticos con propiedades citotóxicas y antibacterianas, derivadas de una estructura común denominada mitosana, que se producen por especies del género *Streptomyces*.
 - B. La mitomicina C es un antibiótico, contiene un grupo uretano y uno quinona en su estructura, así como un anillo de aziridina, que es esencial para la actividad antineoplásica.
 - C. La mitomicina C aplicada tópicamente sobre la herida permite una disminución en la altura de la futura cicatriz.
 - D. La remoción quirúrgica o con láser no debe ser seguida de inyecciones intralesionales con corticoides, pues frenará los cambios deseados; asimismo, el uso de criocirugía y radioterapia debe prohibirse de manera conjunta.
4. Acerca de la aplicación del monitoreo intraoperatorio de pares craneanos, se puede precisar:
 - A. El sistema se basa en la transmisión de una onda eléctrica (potencial de acción) captada por un equipo de electromiografía, el cual se dispone de manera permanente a lo largo de la cirugía.
 - B. En la neuro-monitorización existen dos tipos de lesión: 1. Disrupción física: cuando por efecto directo se lesiona la integridad del nervio, parcial o totalmente. 2. Funcional: cuando no hay señal, el nervio está "íntegro", pero no hay transmisión. La manipulación, tracción y calor pudieron afectar el nervio, aunque este se vea intacto.
 - C. En relación con las indicaciones, se puede decir que potencialmente todos los nervios motores en cabeza y cuello podrían ser monitorizados; los principales son los nervios facial y vago, con sus ramas laríngea superior y laríngea inferior (recurrente), así como el hipogloso.
 - D. Su uso está contraindicado en pacientes con marcapasos, disquinesias o epilepsia.
5. En relación con la cirugía transoral para neoplasias laríngeas, podemos comentar:
 - A. La cirugía conservadora de laringe debe tener en cuenta, en el paciente candidato, determinar de manera precisa la extensión de la lesión y asegurar si es resecable en su totalidad, con márgenes oncológicos adecuados, preservando las estructuras funcionales laríngeas necesarias para mantener la voz y la vía aérea (unión cricoaritenoides y cartílago cricoides).
 - B. Cuando se retiran lesiones glóticas premalignas con láser, no será posible enviar muestra a estudio histológico, por el daño térmico ocasionado a este tejido. Por ello, se debe enviar una biopsia de los bordes de resección, para confirmar la escisión completa de la lesión.
6. Acerca de las lesiones malignas y premalignas de cavidad oral:
 - A. Las patologías que la OMS define como lesiones con potencial maligno para la mucosa bucal son: la leucoplasia, la eritroplasia, los cambios palatinos de los fumadores invertidos y la queratosis solar de mucosa labial.
 - B. Las leucoplasias no homogéneas son de tres tipos: leucoplasia nodular, leucoplasia verrucosa y eritroleucoplasia.
 - C. La leucoplasia homogénea por lo general tiene un menor riesgo de transformación maligna, mientras que las formas no homogéneas, mezcla de lesiones blancas y rojas, y la eritroplasia, tienen un mayor riesgo.
 - D. Los sitios donde las leucoplasias experimentan con mayor frecuencia la transformación maligna son: la lengua, el borde bermellón y el suelo de la boca; las gingivales rara vez se convierten en cáncer.
7. Acerca de lesiones premalignas o malignas de la cavidad oral diferentes a las leucoplasias, es adecuado indicar que:
 - A. Las eritroplasias están asociadas a displasia severa, carcinoma in situ (CIS) o invasores, por lo cual se debe practicar primero una biopsia, y luego, dependiendo del resultado, se hará la remoción completa de la lesión y el seguimiento subsiguiente.
 - B. Las investigaciones sobre personas tratadas con displasia severa y carcinoma in situ, derivadas de las eritroplasias, han demostrado una transformación maligna del 14 al 75%. Sin embargo, se comenta que cuando se descubre la eritroplasia, ya existe un carcinoma in situ.
 - C. La queratosis actínica o solar en mucosa seca labial se asocia con la exposición crónica a la radiación ultravioleta del sol, que afecta en mayor proporción la mucosa labial inferior. Se caracteriza por: perder la definición del límite mucocutáneo, se presentan descamaciones, lesiones blancas y a veces ulceradas. Su potencial maligno depende de la displasia

epitelial que se evidencie. Se han observado lesiones carcinomatosas sobre lesiones previas actínicas en el labio inferior.	Respuestas
D. El granuloma piógeno: es una lesión premaligna de la boca, que se origina luego de infecciones de la cavidad oral. Se presenta como una lesión levantada, firme, no sangrante y de crecimiento rápido. Puede haber una malformación congénita subyacente.	D C A A B D A