

**CONVOCATORIA  
CONCURSO-OPOSICIÓN  
FEA EN OTORRINOLARINGOLOGÍA**

**(Resolución 2070E/2023, de 28 de noviembre, del Director Gerente  
del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea)**

**PRUEBA: CASOS CLÍNICOS**

**11 de junio de 2024**

**NO PASE A LA HOJA SIGUIENTE  
MIENTRAS NO SE LE INDIQUE QUE PUEDE COMENZAR**



## CASO CLÍNICO Nº 1

Varón de 57 años en con adenopatía cervical izquierdo de 2 meses de evolución.

No refiere cuadro catarral previo ni otros antecedentes de interés.

A la palpación cervical presenta una adenopatía dura, adherida, no dolorosa de unos 3 cm de diámetro.

Exfumador desde hace más de 10 años e hipercolesterolemia en tratamiento.

Su médica de familia le ha solicitado una PAAF y analítica para acelerar el diagnóstico.

El paciente es derivado a consulta de circuito rápido de tumores ORL, no refiere proceso catarral previo, pérdida de 2 Kg de peso y vive en un pueblo a 10 minutos de Pamplona en el campo con una pequeña granja donde pasa sus ratos libres cuidando de sus animales. La exploración de cavidad oral, faringe, laringe y esófago proximal es normal.

La PAAF está informada como “material insuficiente”.

**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**

**1º. Teniendo en cuenta el caso clínico, ¿qué datos de la historia y exploración te sugieren que se trate de un proceso benigno no oncológico?:**

- a) Edad del paciente.
- b) La ausencia de síntomas.
- c) Contacto con animales.
- d) No hay ningún dato que me sugiere benignidad.

**2º. Teniendo en cuenta el caso clínico, ¿qué datos de la historia y exploración te sugieren que se trate de un proceso maligno?**

- a) Tiempo de evolución de la adenopatía cervical.
- b) No asociado a proceso catarral previo.
- c) Exploración endoscópica tracto aerodigestivo superior sin hallazgos.
- d) No hay ningún dato que me sugiere malignidad.

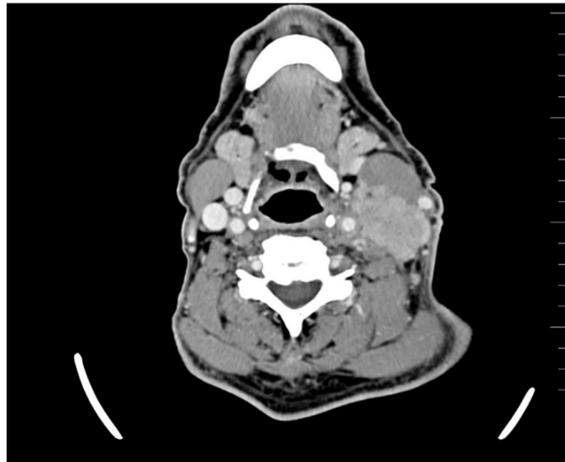
**3º. ¿Cuándo nos encontramos ante un paciente con una adenopatía cervical? Señale la opción más correcta:**

- a) Ante una adenopatía cervical de aparición rápida, debemos realizar biopsia de la adenopatía mediante cervicotomía para obtener un diagnóstico lo antes posible y plantear el tratamiento más adecuado.
- b) En todo paciente con una adenopatía cervical de aparición rápida, como la del cuadro clínico expuesto, debemos realizar analítica y serología ya que lo más probable es que se trate de un proceso inflamatorio y evolucione a la resolución espontánea.
- c) Ante una adenopatía cervical de aparición rápida, solicitaría una ecografía cervical para ver las características de la adenopatía, y plantearme los pasos a seguir en caso de que tenga características de malignidad.
- d) En un paciente con adenopatía cervical sospechosa de malignidad por la palpación sin ningún otro hallazgo exploratorio, lo más importante es la confirmación anatomopatológica de la adenopatía ya que es lo que determina el proceso diagnóstico a seguir en el paciente.

**4º. Señala la opción más adecuada ante estos hallazgos:**

- a) Sospecho proceso maligno hematológico ya que la exploración es normal, por lo que solicito un TAC cervical, toracoabdominal y adenectomía diagnóstica ya que seguramente se trata de un linfoma.
- b) Debido a los antecedentes y a la historia clínica, tranquilizo al paciente y solicito TAC cervical, hemograma, perfil tiroideo, serología (Virus Epstein-Barr, Citomegalovirus, toxoplasmosis, rubéola, VIH, Hepatitis, Herpes virus, brucelosis, PCR tularemia y salmonella), y planteo tratamiento según resultados.
- c) Sospecho proceso maligno por lo que solicito ECO-PAAF y TAC cervical de forma preferente.
- d) Sospecho proceso maligno por lo que solicito un PET para descartar afectación en otras localizaciones y un posible primario en área ORL.

5°. Valoramos de nuevo al paciente a los 7 días con analítica y hemograma normal, en la serología vemos contacto reciente con citomegalovirus. En el TC observamos la siguiente imagen de la adenopatía cervical, descartando adenopatías a otro nivel cervical ni otro tipo de hallazgos a nivel ORL. Pendiente del nuevo resultado de la ECO-PAAF que todavía no se ha realizado. Señala la opción más adecuada ante estos hallazgos.



- a) La imagen del TC es muy sugestiva de proceso hematológico por lo que realizo adenectomía diagnóstica.
- b) Sospecho proceso maligno por lo que espero el resultado de la ECO-PAAF.
- c) Ante una masa cervical aislada, mi primera sospecha diagnóstica sería quiste braquial sobreinfectado.
- d) Por los hallazgos de serología y TC sospecho proceso inflamatorio y cito al paciente en 1 mes para ver evolución.

6°. Si el resultado de la ECO-PAAF fuera un carcinoma escamoso, ¿cuál sería el siguiente paso a realizar?:

- a) Estaríamos ante un carcinoma escamoso de origen desconocido y plantearía al paciente Amigdalectomía Lingual Izq.
- b) Estaríamos ante un carcinoma escamoso de origen desconocido y plantearía al paciente Exploración bajo anestesia general y toma de múltiples biopsias del área faringolaríngea.
- c) Estaríamos ante un carcinoma escamoso de origen desconocido y plantearía al paciente realizar un PET.
- d) Estaríamos ante un carcinoma escamoso de origen desconocido y plantearía al paciente Amigdalectomía Palatina Izquierda.



## CASO CLÍNICO Nº 2

### PARTE 1:

María es una chica de 38 años, natural de Badajoz, que trabaja como enfermera en el Hospital Universitario de Navarra, llama a su madre para felicitarle por el día de la madre.

**María:** ¡Mamá! ¡Felicidades! ¿Te han llegado las flores que te envié?

Mamá: Gracias cariño, muy bonitas, me ha hecho mucha ilusión, a ver cuándo vienes por el pueblo que no te veo desde navidad.

**María:** ¡Ufff, no sé! Últimamente tenemos mucho trabajo y no paro en todo el día. Todo el día trabajando y casi ni me da tiempo a ir al coro, con lo que a mí me gusta cantar. Tenemos una actuación a finales de junio y no sé si voy a llegar.

Mamá: Tranquila hija, no trabajes tanto, te noto un poco afónica, ¿ya estás bien? ¿Estas con catarro?

**María:** ¡Que va! Estoy bien, ya me dice la profesora de canto que me nota la voz un poco rota los 2 últimos meses. Pero caliento la voz y ya estoy mejor, Aunque ya no llego a las notas que llegaba antes.

**Mamá:** ¿has ido al médico?

**María:** Estuve la semana pasada en mi médico de primaria, no le dio mucha importancia, me dijo que entre el stress y el reflujo estaría pasando una mala racha.

Mamá: ¿Pero si tú nunca has tenido reflujo? Tienes un estómago que parece una hormigonera.

**María:** Ya. Eso le he dicho.

Mamá: ¡Cariño, no sé! Igual tenías que mirarte un poco más. Acuérdate que de pequeña siempre te quedabas afónica cuando volvías del cole y tuviste nódulos con 10 años. ¡Lo mismo se te han reproducido!!

**María:** ya me estas agobiando... Voy a ver si me pueden ver en otorrino.

**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**

**7º. Teniendo en cuenta los síntomas que cuenta la paciente, señala cual sería la actitud más adecuada de su médico de atención primaria.**

- a) Lo más probable es que hayan reaparecido los nódulos y aconsejaría acudir a logopedia.
- b) El reflujo es una causa de disfonía y pautaría inhibidores de la bomba de protones durante 3 meses.
- c) Por el tiempo de evolución de sus síntomas, debería ser valorada por especialista ORL.

- d) Como lleva menos de 3 meses con disfonía le aconsejaría reposo de voz y si no mejora debería ser valorada por especialista ORL.

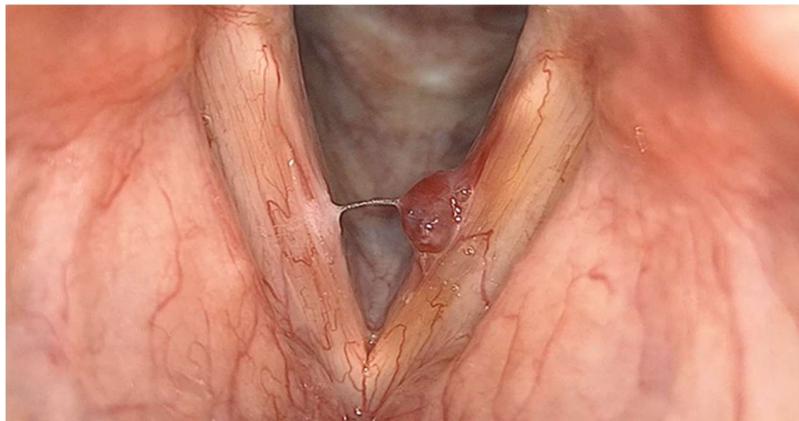
**8º. María tiene cita en consulta de ORL Voz. Señala la respuesta correcta:**

- a) La laringoscopia flexible transnasal con luz blanca continua es la base del diagnóstico en patología de voz.
- b) La elección del tratamiento se basa en el cálculo de Jitter y Shimmer en el análisis acústico ya que son datos objetivos de la función vocal.
- c) La valoración perceptual de la voz orienta al diagnóstico ya que se trata de una valoración objetiva de la voz.
- d) La exploración endoscópica con luz estroboscópica se considera la prueba gold standard en consulta de voz.

**PARTE 2:**

María acude a consulta de ORL-VOZ donde después de realizar la anamnesis se explora a la paciente con laringoscopia rígida y luz estroboscópica obteniendo la siguiente imagen.

**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**



**9º. Ante los hallazgos de la exploración, ¿cuál sería el diagnóstico más probable?**

- a) El diagnóstico más probable sería de Quiste de la cuerda vocal izquierda.
- b) El diagnóstico más probable sería de Pólipo de la cuerda vocal izquierda.
- c) El diagnóstico más probable sería de Pseudoquiste de la cuerda vocal izquierda.
- d) El diagnóstico más probable sería de hematoma de la cuerda vocal izquierda.

**10º. Según la clasificación anatómo-fisiológica de la sociedad europea de laringología, indica cuál de las siguientes afirmaciones es correcta.**

- a) Se trata de una lesión exudativa del espacio de Reinke.
- b) Estamos ante un trastorno de la vibración por alteración del epitelio.
- c) Estamos ante un trastorno de la vibración por una lesión congénita.
- d) Todas las anteriores son ciertas.

**11º. Según la imagen y anamnesis que parámetro de laringostroboscopia no esperarías encontrar en esta paciente.**

- a) Hiato anteroposterior.
- b) Lesión asimétrica.
- c) Amplitud aumentada.
- d) Cuerda izq. heterogénea.

**12º. ¿Cuál sería el tratamiento más adecuado para esta paciente?:**

- a) Realizaría logopedia como tratamiento único ya que se trata de una lesión por abuso de voz.
- b) Como se trata de una lesión inflamatoria pautaría una dosis descendente de corticoides por vía oral.
- c) Realizaría fonocirugía, exéresis de la lesión y logopedia para evitar recidiva de la lesión en cuerda vocal.
- d) El reposo vocal debería mejorar este tipo de lesión y no suele ser necesario ningún otro tratamiento.



### CASO CLÍNICO Nº 3

Paciente de 33 años de edad que consulta por sequedad nasal intensa de meses de evolución. Se manipula mucho la nariz. Dice que con frecuencia le salen unas costras negras por la nariz. Está muy incómodo y es muy demandante. En la exploración vemos costras nasales abundantes negruzcas y perforación septal anterior amplia y una perforación del paladar duro.

**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**

**13º. ¿Cuál de los siguientes es menos importante en la anamnesis en cuanto a la posibilidad diagnóstica más probable?:**

- a) Si ha operado de la nariz alguna vez.
- b) Si le han diagnosticado alguna enfermedad sistémica.
- c) Si tiene contacto con animales habitualmente.
- d) Si consume algún tipo de droga.

**14º. Tras la limpieza de las costras nasales vemos una ausencia de cornete inferior y parte de la pared interna del seno maxilar derecho, con una faringo-laringe normal. ¿Qué prueba radiológica pedirías en primer lugar?:**

- a) Una radiografía simple de senos paranasales.
- b) Un PET-TC de senos paranales.
- c) Una resonancia magnética de senos paranasales.
- d) Un TC de senos paranasales.

**15º. El paciente niega consumo de tóxicos ¿Cuál de las siguientes pruebas complementarias no crees que sea necesaria?:**

- a) Biopsia del borde de la perforación.
- b) Anticuerpos ANCA.
- c) Tóxicos en orina.
- d) Serología virus de Epstein Barr.

**16°. Decides hacer una interconsulta a otro Servicio. ¿A cuál?:**

- a) Cardiología.
- b) Digestivo.
- c) Reumatología.
- d) Neurología.

**17°. La exploración sistémica es normal, la biopsia no ha dado nada significativo, pero tiene uno de los tipos de anticuerpos ANCA positivos. Los tóxicos en orina no se los ha querido realizar (dice que le da asco mear en un bote) ¿Cuál es su sospecha diagnóstica en primer lugar?:**

- a) Granulomatosis con poliangiitis.
- b) Consumo de cocaína.
- c) Necrosis idiopática de línea media.
- d) Perforación por autolesión.

**18°. ¿Con que otros cuadros de manera característica hay que hacer el diagnóstico diferencial?:**

- a) Linfoma de células NK.
- b) Linfoma del manto.
- c) Infección por klebsiella rhinoscleromatis.
- d) Mucormicosis.

## CASO CLÍNICO N° 4

Acuden unos padres con un niño de 6 años de edad porque no para de llorar a pesar de haberle puesto 2 tipos de analgésicos alternantes, desde hace un par de horas. Los días previos estaba con un catarro de vías aéreas superiores. Se queja del oído derecho y no para de echarse la mano hacia dicho oído. No tiene ningún antecedente de interés. Le exploras y eres incapaz de ver el oído porque es estrecho y con restos de cerumen.

**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**

**19°. ¿Qué haces? ¿Cómo actuarías en este caso?:**

- a) Pongo azitromicina, paracetamol e ibuprofeno y cito en 3 días.
- b) Le exploro con microscopio para ver el tímpano.
- c) Le ingreso para tratamiento endovenoso con antibióticos y analgésicos.
- d) Pido un TC de oído.

**20°. El paciente, independientemente de lo que hayas hecho, comienza con desplazamiento del pabellón auricular hacia adelante y enrojecimiento retroauricular. ¿Sospechas que ha hecho?:**

- a) Una complicación extratemporal.
- b) Un absceso de Moutet.
- c) Un absceso de Bezold.
- d) Una mastoiditis.

**21°. Tras mejora del proceso anterior, 7 días después del alta del Hospital, acude de nuevo, porque el niño ha comenzado con dolor ocular y dice que ve doble. Comentan los padres que después del alta no ha estado bien más que los dos primeros días y que después estaba desganado y con febrícula. ¿Sospecha que puede haber hecho?:**

- a) Una tromboflebitis del seno lateral.
- b) Un síndrome de Gradenigo.
- c) Un absceso temporal.
- d) Un absceso orbitario.

**22°. Lo más probable es que precise, señale la respuesta correcta:**

- a) Ingreso y tratamiento endovenoso antibiótico.
- b) Cirugía de oído medio de urgencia.
- c) Cirugía conjunta neurocirugía y otorrino.
- d) Cirugía conjunta oftalmología y otorrino.

**23°. A pesar del tratamiento el niño desarrolla un edema palpebral severo, con dificultad para la movilidad del ojo. ¿Qué harías en esta situación?:**

- a) Pediría una Resonancia magnética de órbita.
- b) Esperaría 1 semana más de tratamiento antibiótico.
- c) Realizaría tratamiento quirúrgico urgente.
- d) Haría una interconsulta con neurocirugía.

**24°. Dos semanas después de resolver el problema anterior (no especificamos tratamiento realizado) el niño queda asintomático. ¿Qué crees indicado?:**

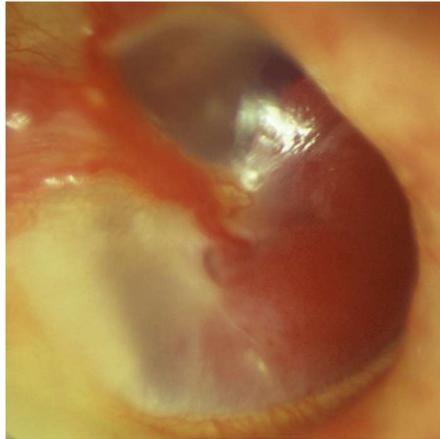
- a) Repetir el TC de senos paranasales.
- b) Seguimiento en consultas sin pruebas de imagen.
- c) Profilaxis antibiótica durante 6 meses (mitad de dosis de tratamiento habitual de una sinupatía infantil).
- d) Cirugía endoscópica nasosinusal temprana.

## CASO CLÍNICO N° 5

Mujer de 49 años, hipertensa en tratamiento con enalapril. Consulta por neoformación cervical derecha de 3 x 2 cm. de larga evolución que en la exploración parece pulsátil, indurada, fija y levemente dolorosa a la palpación en área III. Refiere también sensación de hipoacusia derecha, con un acúfeno homolateral sincrónico con el latido cardíaco.

**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**

**25°. A la vista de la imagen en la otoscopia, indique la respuesta correcta:**



- a) Imagen retrotimpánica blanca que abomba el tímpano con sospecha de colesteatoma congénito.
- b) Imagen retrotimpánica rojo cereza que abomba el tímpano.
- c) Lesión hipervascularizada en pars flácida y mango de martillo sugestivo de neofomación vascular.
- d) Hemotímpano.

**26°. ¿Qué resultados acumétricos con diapasón 512 Hz nos encontraremos?:**

- a) Rinne positivo bilateral, Weber central.
- b) Rinne positivo derecho, Rinne negativo izquierdo y Weber lateralizado a la izquierda.
- c) Rinne negativo derecho, Rinne positivo izquierdo y Weber lateraliza a la derecha.
- d) Rinne positivo bilateral y Weber lateraliza a oído izquierdo.

**27°. Timpanograma con reflejos, señale la opción correcta:**

- a) Curva a de Jerger y reflejos ausentes.
- b) Curva c de Jerger y reflejos presentes.
- c) Curva b de Jerger y reflejos ausentes.
- d) Curva as de Jerger y reflejos presentes.

**28°. En el diagnóstico por imagen hallaremos, indique la respuesta correcta:**

- a) TAC alta resolución ocupación de hipotímpano con posible erosión techo bulbo yugular y RNM lesión hiperintensa en T1, hipointensa en T2, que capta gadolinio, con calcificaciones.
- b) TAC alta resolución ocupación de hipotímpano con erosión del foramen yugular y RNM lesión hipointensa en T1, hiperintensa en T2, que capta gadolinio, con “patrón en sal y pimienta”.
- c) TAC alta resolución ocupación de hipotímpano con posible erosión techo bulbo yugular y RNM lesión hiperintensa en T1, y en T2 hiperintensa con “patrón en sal y pimienta”.
- d) TAC alta resolución ocupación de hipotímpano con erosión del foramen yugular y RNM lesión hipointensa en T1 y en T2 hiperintensa, que no capta gadolinio, con calcificaciones.

**29°. Indique cual sería el diagnóstico del caso:**

- a) Paraganglioma yugular.
- b) Tumor de saco endolinfático.
- c) Granuloma de colesterol.
- d) Condrosarcoma.

**30°. Que estudio será el más adecuado en el estudio de extensión de esta paciente, sabiendo que se ha demostrado mutación SDBH y VHL:**

- a) Gammagrafía con tecnecio.
- b) Gammagrafía con galio.
- c) FDG-PET.
- d) Gammagrafía con Indio-pentetreótido.

## CASO CLÍNICO N° 6

Hombre de 45 años que, en el contexto de una atención urgente, el médico de guardia le ha pedido un TC cerebral con contraste que figura en la foto 1.



**Responda a las siguientes cuestiones en relación con el caso clínico expuesto:**

**31°. En la anamnesis esperaremos encontrar, señale la respuesta correcta:**

- a) Crisis de mareo con sensación de movimiento, nistagmus horizontorotatorio, náuseas y vómitos.
- b) Cefalea intensa y que cede mal a los analgésicos, fotofobia y algiacusia, fiebre alta disminución de nivel de conciencia, convulsiones, vómitos centrales.
- c) Otagia, cefalea, sepsis fiebre picos  $>40^{\circ}\text{C}$ .
- d) Hiporexia, astenia leve, sensación distérmica y cefalea holocraneal de 2 días de evolución, e inestabilidad en la marcha.

**32°. En sus antecedentes personales nos habrá relatado:**

- a) Diabetes mellitus insulino dependiente mal controlada.
- b) Neoplasia de pulmón en tratamiento con QT-RT.
- c) Otorrea en oído izquierdo desde la infancia fluctuante sin un tratamiento establecido.
- d) Enfermedad de Menière.

**33°. En la exploración física encontraremos, señale la respuesta correcta:**

- a) Pares craneales sin incidencias, lateropulsión izquierda a la marcha, ligera disimetría dedo nariz con mano izquierda. Glasgow 15, sin cefalea, náuseas ni vómitos.
- b) Parálisis de los pares craneales IX, X y XI.
- c) Rigidez en nuca y signos de Kernig y Brudzinski positivos.
- d) Disminución progresiva del nivel de conciencia.

**34°. En la exploración otoneurológica presenta:**

- a) En la otoscopia se observa otorrea purulenta y perforación timpánica con epitelio a nivel atical.
- b) Nistagmus horizontorotatorio, náuseas y vómitos, si presenta laterodesviaciones segmentarias al lado de la lesión, pero no presenta disimetría.
- c) Abombamiento de la membrana timpánica a tensión con exudado en oído medio blanquecino.
- d) Otoscopia normal.

**35°. Se solicitó una analítica, indique la respuesta correcta:**

- a) Hiperglucemia con hemoglobina glicosilada elevada.
- b) Enzimas hepáticas alteradas
- c) Destaca leucocitos  $12,8 \times 10^9/L$ ; 81% neutrófilos.
- d) Cultivo de material purulento positivo para *pseudomona aeruginosa*.

**36°. Actitud según el diagnóstico sospechado:**

- a) Radiocirugía sobre la lesión en dosis semanales 30 grays durante 2 meses.
- b) Mastoidectomía cerrada con drenaje de material purulento, sellado de fistula de líquido cefalorraquídeo y colocación de DTT transtimpánico.
- c) Ingreso en hospitalización para tratamiento endovenoso con antibiótico de amplio espectro y drenaje por parte del servicio de neurocirugía.
- d) Corticoide intratimpánico.

## PREGUNTAS DE RESERVA

**1º. CASO 1: En el caso de que encontrásemos el primario en área ORL señala la respuesta más acertada respecto al tratamiento:**

- a) Realizaríamos tratamiento mediante radioterapia cervical y de todas las zonas de la mucosa faringolaríngea que puedan ser el origen de la metástasis regional.
- b) Probablemente el tratamiento más adecuado sería exéresis del tumor primario y vaciamiento cervical funcional izquierda.
- c) Probablemente el tratamiento más adecuado sería exéresis del tumor primario y vaciamiento cervical radical izquierda.
- d) Probablemente el tratamiento más adecuado sería exéresis del tumor primario + vaciamiento cervical + radioterapia adyuvante + quimioterapia.

**2º. CASO 2: Decidimos realizar fonocirugía, indica la opción más adecuada teniendo en cuenta los hallazgos que es posible encontrar durante la exploración bajo anestesia general.**

- a) Realizamos exploración de ambas cuerdas vocales y encontramos un sulcus tipo I en Cuerda vocal derecha contralateral a la lesión.
- b) Realizamos exploración de ambas cuerdas vocales y encontramos un acortamiento anteroposterior del plano glótico que nos indica sobreesfuerzo vocal.
- c) Realizamos exploración de ambas cuerdas vocales y Laringe donde vemos un claro edema subglótico, por lo que diagnosticamos un reflujo, despertamos a la paciente y pautamos inhibidores de la bomba de protones a dosis doble durante 3 meses.
- d) Realizamos exploración de ambas cuerdas vocales y encontramos una onda mucosa disminuida que justifica los problemas de voz que refiere la paciente.

**3º. CASO 3: ¿Qué histopatología más probable esperas encontrar tras una biopsia nasal?**

- a) Granulomas necrotizantes.
- b) Granulomas no necrotizantes.
- c) Lesiones inflamatorias inespecíficas.
- d) Granulomas a cuerpo extraño.

**4º. CASO 4: De los siguientes microorganismos ¿Cuál es el menos probable que sea el causante de los procesos anteriores?**

- a) Haemophilus influenzae.
- b) Streptococcus pneumoniae.
- c) Moraxella catarrhalis.
- d) Pseudomonas aeruginosa.

**5º. CASO 5. Una vez valorada su extensión, estudiadas las metanefrinas en plasma y orina y siguiendo la evolución, si su actitud fuese quirúrgica y ésta, pudiera ser radical, ¿solicitaría alguna valoración previa a la cirugía?:**

- a) Angiografía y posible embolización (24-48 horas antes de cirugía) +/- Test de oclusión carotídea (afectación carotídea y cirugía radical).
- b) Gammagrafía con Galio.
- c) DOPA- PET.
- d) Galio-PET.

**6º. CASO 6: El diagnóstico más probable será:**

- a) Metástasis cerebelosa de Adenocarcinoma de Pulmón.
- b) Meningitis por otitis media aguda
- c) Absceso intraparenquimatoso cerebeloso otógeno izquierdo por otitis media crónica colesteatomatosa.
- d) Trombosis de seno lateral por otitis media crónica colesteatomatosa reagudizada.