

Educación



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Preguntas y respuestas

Senos paranasales

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.
Profesor Asistente de Otorrinolaringología, Universidad del Rosario. Bogotá, Colombia
Instructor de Otorrinolaringología, Universidad de La Sabana. Bogotá, Colombia
Formación especial en elaboración y adaptación de prótesis faciales. Bogotá, Colombia

En esta sección encontrará preguntas que han sido elaboradas a partir de los artículos publicados en el suplemento "Senos paranasales", publicado en marzo del 2012 por la revista *Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello*. Acepte esta invitación, ponga a prueba su comprensión de lectura y únase 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.

CUESTIONARIO

1. Acerca de los conceptos del corredor nasal, podemos afirmar:
 - a. En la cirugía de la hipófisis y la región selar, la esfenoidotomía debe hacerse exponiendo el receso lateral del esfenoides, canal carotídeo lateralmente, celdillas etmoidales posteriores, unión planum-tubérculum y el receso óptico-carotídeo, así como hasta el piso en el clivus.

- b. La exposición del tercio superior del clivus permite el acceso a la arteria basilar y la cisterna interpeduncular.
 - c. El abordaje panclival va desde la región selar y receso clival en la parte superior con respecto a la arteria carótida interna, la trompa de Eustaquio lateralmente y el paladar blando inferior.
 - d. Los abordajes transodontoideos y los accesos al foramen magnum por vía endoscópica aún no son posibles, debido a la limitación de acceso por disección de varias estructuras anatómicas.
2. En relación con los reparos anatómicos para cirugía endoscópica funcional:
 - a. Históricamente, la cifra de complicaciones orbitarias e intracraneanas se ha calculado en 0,05%-2% y 0,32%-0.9% de casos, respectivamente.
 - b. El piso mesoorbital y la cresta ósea adyacente de la antrostomía, así como la convexidad nasolacrimal e inserción anterior del cornete medio, son puntos de referencia que no se afectan por enfermedad inflamatoria crónica, poliposis nasal y cirugías sinusales previas, por lo cual son útiles como reparos quirúrgicos en casos especiales.
 - c. Se debe evitar la cauterización excesiva, a fin de minimizar la presencia prolongada de costras, granulaciones y cicatrización por segunda intención.

Correspondencia:

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

0120-8411/\$ - see front matter © 2012 Asociación Colombiana de Otorrinolaringología Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética Facial. Publicado por ACORL. Todos los derechos reservados

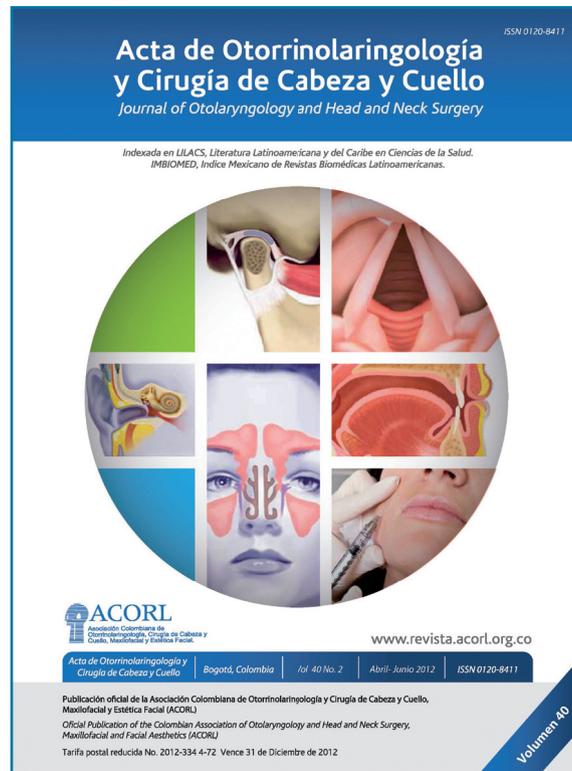
- d. La zona frontal se puede buscar trazando una línea paralela al conducto óseo nasolacrimal, en dirección superior y a nivel del ostium natural del seno maxilar en un plano coronal.
3. Respecto de las complicaciones intraquirúrgicas de la cirugía endoscópica transnasal y su manejo, se menciona:
 - a. La retracción intraorbitaria de la arteria etmoidal anterior, por sección de esta, generará un hematoma intraorbitario, que debe ser manejado en menos de 90 minutos con descompresión orbitaria endoscópica desde la pared medial orbitaria, cantotomía lateral con cantolisis.
 - b. La lesión sobre la lámina papirácea no ocasiona mayores complicaciones, excepto cuando hay compromiso asociado de periórbita, generándose sangrado intraorbitario o atrapamiento del músculo recto-medial por compresión de fragmentos óseos.
 - c. Una complicación a largo plazo de la etmoidectomía endoscópica es la formación de mucocele, para lo cual deben retirarse todos los septos del laberinto etmoidal, procurando ir hasta sus límites.
 - d. Las complicaciones de la sinusotomía frontal endoscópica, que deben tenerse presentes para todas las cirugías de este seno, corresponden a la entrada en la órbita, lesión de la arteria etmoidal anterior, creación de una fístula de líquido cefalorraquídeo y cicatrización del receso frontal por desgarros de mucosa.
4. Respecto del nasoangiofibroma juvenil:
 - a. La incidencia de presentación es de 6-10 casos nuevos/año por millón de hombres, y representa alrededor del 5% de los tumores de cabeza y cuello.
 - b. Es un tumor vascular que carece de paredes musculares, originado principalmente de ramas terminales de la arteria maxilar interna.
 - c. Según la clasificación de Sessions, la extensión a la base del cráneo implica estadios 3a y 3b en diferentes grados.
 - d. Técnicas como la radioterapia actual y la hormonoterapia con estrógenos muestran cada vez mejores resultados en el manejo de estos tumores, que evitan incluso la necesidad de cirugía.
5. Respecto de la fisiopatología de la dacriostenosis y su manejo quirúrgico endoscópico podemos afirmar:
 - a. La dacriocistitis a repetición conduce a cambios estructurales en el epitelio, con disminución de la mucina y el péptido FFT de las células globulares y del epitelio columnar, lo cual ocasiona remodelamiento con fibrosis del tejido conectivo subepitelial.
 - b. La dacriocistorrinostomía endoscópica es más efectiva cuando el nivel de la obstrucción es distal a la unión del saco lagrimal y el conducto nasolagrimal; la tasa de éxito de esta técnica quirúrgica, en series recientes, varía desde el 90% al 95%.
 - c. Las causas más observadas de dacriostenosis en adultos corresponden a las de tipo traumático, y hay una alta asociación entre dacriocistitis y sinusitis.
 - d. Las neoplasias invasivas de todo el sistema lagrimal, estenosis canalicular común o presencia de dacriolitos grandes en el sistema lagrimal, no constituyen contraindicaciones para el manejo de dacriocistorrinostomía endoscópica.
6. En relación con el papiloma invertido podemos afirmar:
 - a. Representa el 70% de los papilomas de la cavidad nasal y 0,5% al 4% de las neoplasias de los senos paranasales.
 - b. Mayor frecuencia en hombres entre 5 y 6 décadas de vida; se ha asociado a exposición con cigarrillo, predisposición genética y asocio con virus del papiloma humano serotipos 6, 11, 16 y 18.
 - c. Son lesiones epiteliales benignas nasales, unilaterales, recidivantes, con potencial de malignización e invasión multicéntrica.
 - d. No existen marcadores de proliferación celular ni aplicabilidad de métodos inmunohistoquímicos o genéticos asociables a esta patología, lo cual dificulta identificar recurrencias tempranas o malignidad.
7. De acuerdo con los planteamientos realizados para la sinusitis crónica en niños y su manejo quirúrgico, es cierto:
 - a. La rinosinusitis crónica en niños está muy relacionada con infección adenoidea, presencia de biofilms en adenoides, tanto así que se ha reportado mejoría aproximada del 60% de pacientes con sinusitis crónica al practicárseles únicamente adenoidectomía.
 - b. La terapia médica máxima para el manejo de la rinosinusitis crónica en niños incluye uso intensivo de esteroides tópicos nasales, antibióticos dirigidos por cultivos de meato medio e irrigación con solución salina.
 - c. Las técnicas de ablación de cornetes inferiores con electrocauterio y radiofrecuencia, a pesar de tener resultados favorables a los seis meses, han reportado retorno al estado basal de los cornetes luego de dos y tres años de postoperatorio.
 - d. No existe evidencia respecto de la posibilidad de afectar negativamente el complejo nasomaxilar en desarrollo (edad pediátrica) con la cirugía endoscópica.
8. Acerca de la radiocirugía:
 - a. Es una técnica de tratamiento que tiene como objetivo la administración precisa y directa de altas dosis de radiación ionizante en una fracción única sobre una lesión o estructura, para crear una respuesta radiobiológica determinada.
 - b. Difiere de los mecanismos de la radioterapia convencional en que la primera utiliza altas dosis de radiación ionizante, en aplicación única o hipofraccionada, mientras que la radioterapia convencional emplea varias sesiones con dosis bajas y dirigidas a volúmenes mayores.
 - c. Cuando la radiación se lleva a cabo con altas dosis y una sola sesión, el efecto principal obtenido es la

- necrosis del tejido, pero sin conocerse en realidad las causas y mecanismos de esta.
- d. En otorrinolaringología aún no es posible precisar su utilidad, y puede servir como terapia complementaria en casos por descubrir para el futuro.
9. Respecto de las prótesis faciales y las prótesis nasales:
- a. Son opciones de tratamiento para diversas alteraciones craneofaciales, que incluso desde épocas precolombinas en América, así como en las culturas egipcia, china e india, han sido descubiertas.
- b. Las prótesis faciales en general buscan cumplir tres objetivos: 1. Brindar funcionalidad; 2. Lograr simetría estética; 3. Rehabilitación psicológica y mejorar la autoestima del paciente.
- c. Pacientes con quemaduras extensas y secuelas de traumas faciales, así como deformidades congénitas, son buenos candidatos a la adaptación de una prótesis facial.
- d. Cualquier tipo de paciente podrá ser beneficiado con la adaptación de una prótesis facial, inclusive aquellos que han recibido radioterapia o cirugías reconstructivas fallidas.

RESPUESTAS.

1. A.
2. D.
3. D.
4. C.
5. B.
6. A.
7. D.
8. B.
9. D.

Información para obtener y reproducir documentos publicados



Obtener documentos de la Revista Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Si usted desea obtener los artículos de la Revista Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, puede hacer una consulta en línea en nuestra página de Internet, visitando el enlace www.revista.acorl.org.co o, desde la página de internet de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética facial (ACORL), www.acorl.org.co ingresando por el enlace [revista](#).

Si desea obtener el archivo en PDF contacte a la institución editora:

Institución editora: Asociación Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética facial (ACORL)

Dirección. Calle 123 # 7-07 - Oficina 608 - Bogotá, D.C., Colombia

Teléfonos: (57-1) 619 48 09/ 47 02 - Fax: (57-1) 213 14 36 - e-mail: acorl@acorl.org.co

Tenga en cuenta los siguientes datos:

REVISTA

Título de la revista: Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

ISSN (versión impresa 0120-8411)

Reproducir los documentos publicados en la revista: Acta de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello

Los contenidos de esta revista están protegidos por propiedad intelectual y políticas de derechos de autor. Los artículos pueden ser citados con fines académicos y científicos, citando la fuente de origen y dando los créditos correspondientes. El material no podrá usarse con fines comerciales a menos que tenga una autorización expresa de los autores y de Asociación Colombiana de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, Maxilofacial y Estética facial (ACORL)®. En caso contrario los artículos no podrán ser distribuidos ni reproducidos por ningún medio y de ninguna forma, sin la autorización previa por escrito.

Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

Tarifas de suscripción anual

Estoy interesado en suscribirme a la revista

	Colombia	Internacional
Institucional	\$100.000	US\$150
Individual	\$80.000	US\$120
por 4 números		
Cada número	\$30.000	US\$15

Nombre _____

Dirección _____

Teléfonos _____

E-mail _____

Ciudad _____

Código postal _____

Autorizo cargar a mi tarjeta de crédito

Visa

Master Card

Tarjeta N° _____

Vencimiento tarjeta _____

N° de cuotas _____

Firma _____ C.C. _____ de _____

Comunicándose con la ACORL a los
TelS.: 6194702 - 6194809

Consignación nacional

Cuenta de ahorro Bancolombia 20102777353 Sucursal CC Santa Bárbara

Cheque a nombre de la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología

