Las sentencias más comunes en otorrinolaringología

Most frequent sentences in otorhinolaryngology

Alejandro Peña M¹.

RESUMEN

Las sentencias más comunes en otorrinolaringología. En el presente estudio, se presentan en forma muy concisa los conocimientos más comunes, importantes y útiles de la especialidad a manera de breves sentencias, que si bien son conocidos por la mayoría de los especialistas eventualmente pueden ser olvidados o desconocidos por una minoría.

Palabras clave: Sentencias comunes otorrinolaringológicas.

ABSTRACT

Most frequent sentences in otorhinolaryngology. The most important, frequent and useful pieces of knowledge of otorhinolaryngology are presented. They are approached with short and precise sentences which, although very familiar for the specialist, tend to be forgotten or unknown by some of them.

Key words: Common otolaryngologic sentences.

INTRODUCCIÓN

Un antiguo refrán dice: “Las cosas o hechos muy conocidos o no se comentan o se silencian y por la misma razón al no conversarse sobre ellos terminan por ser olvidados”.

Esto sucede a veces con los conocimientos médicos, cuando los otorrinolaringólogos de larga trayectoria dan por hecho o suponen, que mucha de la información científica básica es ya conocida por los médicos jóvenes y no la transmiten a las

nuevas generaciones relegándose al olvido muchos testimonios útiles para la práctica profesional diaria.

Por tal motivo para subsanar en parte este posible olvido, se detallan algunos ejemplos de estos conocimientos ya conocidos pero siempre útiles, extraídos de textos actualizados de la especialidad en forma de breves sentencias, recordando a Baltasar Gracián, escritor español del Siglo de Oro que decía: “Lo bueno si breve dos veces bueno”.

¹ Médico Otorrinolaringólogo. Escuela de Medicina, Universidad Católica del Maule.

Por razones de orden práctico no es posible detallar las fuentes de información bibliográfica de cada una de las sentencias o apotegmas pues significaría alargar artificialmente la publicación, teniendo presente además, que la mayor parte de la información es ya sabida por la gran parte de los especialistas de experiencia. Estas máximas o conocimientos han sido extraídos y resumidos de tres textos de gran calidad de la literatura anglosajona, primero, de la monumental obra: *Scott-Brown's Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery (seventh edition)*¹, segundo, del *Evidence-Based Otolaryngology*, un hito en la Medicina Basada en Evidencias² y tercero del *Otolaryngology Board Review* edición 2012 que contiene cerca de 4 mil preguntas preparatorias para el *Board Examination* en EE.UU³. Estas sentencias son además reafirmadas por la mayoría de numerosos manuales actualizados de la especialidad⁴⁻¹¹.

Cabe recordar al futuro lector que la medicina es una ciencia en permanente renovación e incorporación de mayores conocimientos que nos obliga a estar permanentemente perfeccionándonos, de manera que, es posible que muchas de las máximas del presente trabajo estén en permanente discusión.

OÍDOS

1. El punto más tardío de osificación de la cápsula ótica es la fissula antefenestrum.
2. El sitio más débil de la cadena osicular es la apófisis larga del yunque pues la zona que recibe menor irrigación.
3. Las diferencias más importantes entre la perilinfa y la endolinfa son las siguientes: la perilinfa tiene un pH de 7,2, alta en Na, baja en K, y no contiene Cl, en cambio la endolinfa tiene un pH de 7,5, baja en Na y relativamente alta en K y Cl.
4. Más frecuentemente la mayor parte de la reabsorción de la endolinfa ocurre en el saco endolinfático.
5. El segmento más estrecho, más corto y más cercano a la cóclea del acueducto de Falopio es el laberíntico.
6. La función más importante del nervio petroso superficial mayor es la lacrimación, la salivación de las glándulas salivares menores, y la secreción mucosa nasal y de paladar.
7. El sitio más de dehiscencia más común del acueducto de Falopio es el segmento timpánico en su parte cercana a la ventana oval.
8. El signo diferencial más importante de la policondritis recidivante con respecto a otras patologías inflamatorias de pabellón es que ésta no compromete el lóbulo auricular.
9. El signo más importante en la otoscopia de un tumor glómico es el de Brown, en el cual se observa que el tumor empalidece al aplicar una presión con el otoscopio neumático.
10. Más comúnmente 11% de los tinnitus unilaterales obedecen a una patología retrococlear.
11. Más comúnmente 4% de los pacientes que sufren sordera súbita pueden tener un schwannoma vestibular.
12. Los síntomas de un paciente con patulosis tubaria más comunes son la autofonía y la timpanofonía o audición de su propia respiración, y que mejoran cuando el paciente coloca su cabeza hacia abajo entre sus piernas.
13. El síndrome que más comúnmente se asocia con sordera congénita hereditaria es el de Waardenburg.
14. El signo asociado más común a la sordera neurosensorial sifilítica congénita es la queratitis intersticial.
15. Los signos más comúnmente asociados a sordera neurosensorial congénita por rubeola son la catarata y las malformaciones cardíacas.
16. El huesecillo más comúnmente comprometido por un colesteatoma es el yunque.
17. Los lugares de inicio de un colesteatoma adquirido más comunes son: el epitímpano posterior, el mesotímpano posterior, y el epitímpano anterior en orden descendente de frecuencia.
18. El lugar de diseminación más común del colesteatoma del epitímpano posterior, es el espacio de Prussak.
19. La fístula laberíntica secundaria a colesteatoma más común se origina en el canal semicircular externo (75%).
20. Las manifestaciones iniciales más comunes de insuficiencia vértebro-basilar transitoria son: episodios bruscos y breves de vértigos asociados a respuestas canaliculares calóricas disminuidas bilateralmente.
21. La más alta incidencia de otitis media sucede en los lactantes entre los 6 y 18 meses.

22. Los virus más comúnmente identificados en fluidos de oído medio son: el virus respiratorio sincicial (74%), el virus parainfluenza y el influenza.
23. Los microbios más frecuentemente aislados en la otitis media crónica son: *Pseudomona aeruginosa*, *S aureus*, *corynebacterium* y *klebsiella*.
24. La complicación de la otomastoiditis más común es el absceso subperióstico.
25. Los tres microbios que más frecuentemente provocan meningitis por otitis media son: *Haemophilus influenzae* tipo B, *S pneumoniae*, y *Neisseria meningitidis*.
26. Los pacientes diabéticos están más propensos a desarrollar una otitis externa necrotizante pues el pH de su cerumen es más alto, lo que facilita el desarrollo de la pseudomona.
27. Los pares craneanos más comprometidos en la otitis externa necrotizante son: el VII par (75%), el X par (70%) y el XI par (56%).
28. Las características más comunes de una sordera autoinmune son: sordera rápidamente progresiva en el transcurso de semanas o meses, en mujeres de edad media, ocasionalmente acompañada de OME, historia o antecedentes de enfermedades autoinmunes y mala discriminación con respecto a la audiometría de tonos puros.
29. La manifestación otológica más frecuente de la enfermedad de Wegener es la OME.
30. Más comúnmente en un paciente con enfermedad de Ménière, ésta se hará bilateral en 15% a los dos años, en 30% a los 10 años, y en 50% a los 20 años.
31. El factor más importante que determina riesgo de ototoxicidad al usar aminoglicósidos es la duración del tratamiento por más de 10 días.
32. La medida más adecuada a tomar frente a una OMA por posible *pneumococcus* penicilino-resistente es aumentar la concentración del fármaco.
33. El segmento del nervio facial más expuesto a daño durante la cirugía del oído medio es el segmento timpánico.
34. Las complicaciones más comunes después de la extirpación de un schwannoma vestibular son: sordera neurosensorial, parálisis del VII par, pérdida de LCR (10% a 35%), hemorragia intracraneana (1%).
35. La etiología de sordera del adulto más común es la presbiacusia y la segunda el trauma acústico crónico.
36. En la otitis externa maligna o necrotizante el signo inicial más característico o patognomónico es la presencia de tejido granulatorio en la unión ósteo-cartilaginosa del conducto auditivo externo.
37. La fístula laberíntica más común es la del canal semicircular externo.
38. El hueso más denso del cuerpo humano es el hueso laberíntico.
39. El lugar más frecuente donde se depositan los fragmentos otolíticos del VPPB es el canal semicircular posterior.
40. El agente viral de hipoacusia neurosensorial bilateral congénita del niño más común es el citomegalovirus.
41. El agente viral de hipoacusia neurosensorial unilateral en niños más común es el virus parotídeo.
42. La causa de hipoacusia neurosensorial adquirida en niños más común es la meningitis.
43. El microbio más comúnmente asociado con la otomastoiditis es el *streptococcus* beta hemolítico.
44. El compuesto orgánico más ototóxico es el tolueno.
45. La hipoacusia de conducción en niños más común es la secundaria a la OME.
46. La causa de vértigos en niños más común es la jaqueca o migraña.
47. La bacteria más común presente en la tromboflebitis del seno lateral es el *pneumococcus* tipo 3.
48. El signo en la otitis externa micótica más común es la presencia de secreción con aspecto de papel mojado de diario.
49. La infección que más provoca sordera prenatal es la rubéola materna en los tres primeros meses del embarazo.
50. El signo audiométrico inicial más característico de la otoesclerosis es la muesca de Carhart.
51. Los diuréticos más ototóxicos son la furosemina y el ácido etacrínico.
52. La edad más adecuada para efectuar otoplastias en niños con orejas en asa, es a los 6 años, antes que entren al colegio y sean víctimas de burlas de sus compañeros.

53. Las operaciones más comunes en EE.UU, son la circuncisión seguida de la timpanocéntesis con colocación de tubos de ventilación.
54. El músculo más importante relacionado con la apertura de la trompa de Eustaquio es el tensor del velo palatino.
55. Más comúnmente niveles de bilirrubina superiores a 20 mg% provocarán daño coclear.
56. La causa de tinnitus más común es la provocada por exposición a ruidos.
57. El sitio de origen más común del schwannoma vestibular es el nervio vestibular superior.
58. El sitio de inicio de la otoesclerosis más común es la *fissula antefenestrum*.
59. La causa más común de parálisis facial en la OMC, es por erosión del acueducto de Falopio provocado por un colesteatoma y en la OMA, por dehiscencia congénita de este acueducto.
60. La causa de vértigo periférico más común es el VPPB.
61. El sitio más susceptible de ototoxicidad es la vuelta basal de la cóclea.
62. La complicación intracraneana más común de la OMC, es la meningitis.
63. La bacteria más común asociada con la OMA en niños es el pneumococcus.
64. En cambio la bacteria más comúnmente asociada con la OMA del paciente adulto es el *Haemophilus influenzae*.
65. Las sinonimias más comunes de la OME son: mucositis timpánica, mixiosis timpánica, otitis serosa, glue ear, otitis media secretoria.
66. El sitio de retención de cuerpos extraños más común del conducto auditivo externo es en la unión osteo-cartilaginosa de éste.
67. El tinnitus extrínseco de origen muscular más común es el mioclonus palatino.
68. La exostosis del conducto auditivo externo se presenta más frecuentemente en nadadores de agua fría.
69. Más comúnmente el nistagmus de rebote es signo de disfunción cerebelosa.
70. El microbio más comúnmente encontrado en los abscesos extradurales es el *Staphylococcus aureus*.
71. El sitio más común de retracción timpánica es la *pars flácida*.
72. La infección más común por hongos del conducto auditivo externo es la provocada por el *Aspergillus niger*.
73. La presencia de reclutamiento en el examen audiométrico es más común de observar en las patologías del órgano de Corti.
74. El examen auxiliar más útil en el diagnóstico del schwannoma vestibular es la resonancia magnética reforzada con gadolinio.
75. En la OMC, el huesecillo más comúnmente dañado es el yunque.
76. La parte más estrecha del laberinto membranoso es el *ductus reuniens*.
77. La anomalía anatómica más común de observar en las hipoacusias neurosensoriales posmeningitis es la osificación coclear.
78. El desequilibrio en niños menores de 5 años está más comúnmente asociado con OME y disfunción tubaria.
79. En un niño con hipoacusia de conducción, tímpano intacto y la observación de una masa blanca por detrás de éste, más probablemente tendrá un colesteatoma congénito.
80. En una otitis externa difusa aguda la terapia de primera línea más común es la tópica.
81. Las complicaciones más importantes que requieren una terapia de urgencia precoz por fractura del hueso temporal son: daño de carótida, pérdida de LCR, hematomas intracraneanos, parálisis facial completa inmediata, y fractura del hueso timpánico con obstrucción completa de conducto auditivo externo.
82. Las etiologías más comunes de vértigos según la duración de éste son: segundos VPPB; minutos isquemia vascular transitoria vértigo basilar; horas enfermedad de Ménière; 24 a 48 horas neuritis vestibular, y de duración variable migraña o jaqueca basilar.
83. Después de un drenaje de un hematoma del pabellón auricular, la medida terapéutica más importante es la colocación de un vendaje compresivo para así evitar la reproducción de éste.
84. Generalmente las células ciliadas externas son mucho más sensibles que las internas al trauma acústico y a los ototóxicos.
85. Más comúnmente hasta 25% de los pacientes jaquecosos referirán síntomas vestibulares.
86. Los síntomas más comunes de una dehiscencia del canal semicircular superior son: el fenómeno de Tullio, la autofonía y la hiperacusia.
87. El examen más importante en el diagnóstico de una dehiscencia del canal semicircular superior

es la TC de alta resolución de corte fino (0,5 mm o menos).

88. Más comúnmente la OME presenta una distribución bimodal con un primer *peak* a los dos años en que hasta 40% de los niños la sufren, y un segundo peak a los 5 años, con una incidencia de hasta 20% de los niños.
89. Más comúnmente un tinnitus pulsátil de origen venoso puede eliminarse completamente ejerciendo una presión digital sobre la vena yugular interna y volviendo la cabeza del paciente en sentido ipsilateral.
90. Las causas más frecuentes de una masa de tejido blando en el promontorio son: colesteatomas congénitos, paragangliomas, arteria carótida aberrante y glomus timpánico.
91. En las sorderas súbitas la terapia más efectiva es la córtico-esteroidal pues es la única que tiene estudios prospectivos randomizados que demuestran su utilidad.
92. El hueso más frágil de la bóveda craneana es la escama del temporal.
93. Las complicaciones más comunes del coles-teatoma en orden de frecuencia son: fístula o erosión del canal semicircular externo, absceso extradural, laberintitis serosa o supurada, parálisis facial, meningitis secundaria a erosión del tegmen antral, absceso subdural o cerebral, tromboflebitis del seno sigmoideo.
94. La medida más útil en la indicación de audífono de pacientes con hipoacusia sólo de frecuencias altas es el uso de un molde ventilado que permite atenuar la amplificación de los tonos bajos.
95. La zona de la cóclea más cercana al promontorio del oído medio está en el rango de frecuencias de 3 a 5 mil Hertz.
96. Los lugares más probables secretores de endolinfa son las células de la estría vascular coclear y las células oscuras del laberinto posterior particularmente del sáculo.
97. Más comúnmente el 30% de los pacientes con enfermedad de Ménière desarrollará una enfermedad bilateral.
98. La complicación más común de la colocación de tubos de ventilación es la otorrea persistente.

NARIZ Y CAVIDADES PERINASALES

99. El sitio de origen más común de una licuorrea es la lámina cribosa del etmoides.
100. El osteoma más común de los senos paranasales es el del frontal.
101. El sitio más común de origen del angiofibroma juvenil es el margen superior del foramen esfenopalatino.
102. La causa de licuorrea nasal más común es el TEC y su complicación más grave es la meningitis.
103. El origen más común de la epistaxis anterior es la vena retrocolumelar.
104. El agente viral que está más comúnmente implicado en la anosmia es el virus parainfluenza tipo 3.
105. El origen más frecuente de fístula oroantral es la extracción defectuosa del primer molar superior.
106. La complicación más común de una sinusitis es la orbitaria.
107. El síntoma más común de un hematoma de tabique es la obstrucción nasal bilateral.
108. El test más útil para la investigación de una licuorrea nasal es el estudio de la beta-2 transferrina, la c también se encuentra en el humor acuoso y en la perilinfa.
109. El medio de contraste más útil para la localización de pérdida de LCR es la metrizamida.
110. El fármaco más útil para el tratamiento de la granulomatosis de Wegener es la ciclofosfamida asociada o no los corticoides.
111. La parte más estrecha de las fosas nasales es la válvula anterior.
112. La fractura ósea más común de los huesos faciales es la de los huesos propios pues basta sólo una fuerza de 30 G para su fractura, a diferencia por ejemplo de la fractura del reborde orbitario que requiere una fuerza de 200 G.
113. Las complicaciones intracraneales de origen sinusal son mucho más frecuentes en los adolescentes debido a que el hueso diploico alcanza su máxima vascularización a esa edad.
114. El seno más comúnmente afectado por mucocelos es el frontal.
115. Más comúnmente la mayoría de los pacientes con asma alérgico o no alérgico sufren de rinitis, mientras que 10% a 40% de los

- pacientes con rinitis alérgica tienen una comorbilidad asmática.
116. Las fosas nasales funcionan más efectivamente como filtros con partículas mayores de 5 micrones.
 117. El microbio más comúnmente asociado con vestibulitis nasal es el *Staphylococcus aureus*.
 118. El seno más comúnmente asociado con osteomielitis en niños es el seno maxilar.
 119. El microbio más comúnmente responsable de sinusitis aguda es el *pneumococcus*.
 120. La atresia coanal más común es ósea, unilateral derecha y es más frecuente en mujeres.
 121. La clasificación más útil de las rinitis alérgicas es la recomendada por ARIA, que las clasifica como intermitentes o persistentes y leves, moderadas o severas.
 122. El aspergillus más frecuentemente asociado con sinusitis micótica es el *Aspergillus fumigatus*.
 123. El estudio más importante en la apnea de sueño es la polisomnografía.
 124. Más comúnmente el 70% a 80% de los pacientes con policondritis recidivante tendrá un compromiso de los cartílagos nasales.
 125. En la percepción del éxito de una rinoplastia es mucho más importante la opinión del paciente que la del cirujano.
 126. Más comúnmente una anosmia de inicio lento es sugerente de una patología naso-sinusal, en cambio una anosmia súbita es posiblemente secundaria a inflamación viral.
 127. Un adolescente con epistaxis severa no traumática más probablemente sufra de un angiofibroma juvenil a menos que se pesquise otra causa.
 128. El objetivo más importante de la cirugía endoscópica naso-sinusal es efectuar procedimientos quirúrgicos atraumáticos, con preservación de la mucosa y restauración de la fisiología sinusal normal.
 129. Las complicaciones más graves de las rinosinusitis agudas son: la celulitis facial, la celulitis orbitaria, la meningitis, la tromboflebitis del seno cavernoso, y la formación de abscesos intracraneos.
 130. Más comúnmente la tríada de Samter incluye la sensibilidad a la aspirina, el asma bronquial y la poliposis nasal.
 131. Se considera actualmente una de las medidas terapéuticas más útiles en el manejo de las rinosinusitis bacterianas los lavados nasales para ayudar a la eliminación de las secreciones que obstruyen los drenajes de los senos, y en las rinitis alérgica, para eliminar los alérgenos inhalados.
 132. El complejo ósteo-meatal es la clave más importante para el drenaje sinusal anterior.
 133. Las sinusitis micóticas agudas invasivas son mucho más comunes en los pacientes inmunocomprometidos.
 134. La licuorrea nasal iatrogénica más común es la secundaria a cirugía endoscópica del techo etmoidal.
 135. Más comúnmente se define como sinusitis crónica aquella en la cual los síntomas y signos se prolongan por más de 3 meses.
 136. Más comúnmente el 10% de la población tiene seno frontal unilateral.
 137. El neuropéptido más importante mediador del dolor nasal y sinusal es la sustancia P.
 138. La causa de pérdida del gusto más común es una disfunción olfatoria.
 139. Más comúnmente la distancia de la arteria etmoidal posterior al foramen óptico es de 5 a 10 mm.
 140. La parte más delgada de la base del cráneo anterior es la lamella lateral de la lámina cribiforme.
 141. Las estructuras más importantes que pueden transcurrir por la celdilla de Onodi, son el nervio óptico y la arteria carótida.
 142. El síntoma más común de una esfenoiditis aislada es la cefalea.
 143. Más comúnmente se llama "signo del reservorio" la salida súbita de LCR por vía nasal al solicitarle al paciente que cambie bruscamente su posición de decúbito dorsal a posición de pie.
 144. Más comúnmente el signo de Holman-Miller (deformación de la pared posterior del seno maxilar) es característico del angiofibroma juvenil.
 145. Las causas más comunes de masas congénitas nasales de línea media son: encefaloceles, gliomas y quistes dermoides.
 146. Más comúnmente el 0,5% al 2% de los pacientes con una rinosinusitis viral se complicarán con una rinosinusitis bacteriana.
 147. Los microbios más comúnmente aislados en una rinosinusitis aguda son: *S pneumoniae*, *H*

- influenzae*, *Branhamella catarrhalis*, *S aureus*, anaerobios (menos de 10%), y otras especies de streptococcus (7%).
148. Las complicaciones sinusales intracraneanas más comunes son: empiema subdural (38%), absceso intracerebral, absceso extradural y meningitis en orden decreciente de frecuencia.
 149. Los microbios más comúnmente aislados en hemocultivos de pacientes con celulitis orbitaria preseptal son: *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae* tipo B, en pacientes no vacunados.
 150. Las causas más comunes de anafilaxia son: alimentos (33%), desconocida (20%), picaduras de insecto (14%), fármacos (13%), y ejercicio (7%).
 151. Los pacientes con más riesgo de reacción anafiláctica son: niños menores, pacientes con historia previa de reacción anafiláctica, pacientes con asma activa o no controlada y pacientes que toman bloqueadores beta-adrenérgicos.
 152. El antibiótico más útil para erradicar la colonización del vestíbulo nasal por *Staphylococcus aureus* meticilino-resistente es la mupirocina tópica.
 153. Los microbios más productores de beta-lactamasas son: *S aureus*, *H influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, y los anaerobios orales.
 154. La monoterapia más efectiva en el control de la rinitis alérgica, son los corticoides intranasales.
 155. Más comúnmente hasta el 50% de las cefaleas rinógenas por impacto septal experimentan mejoría después de su corrección quirúrgica.
 156. La complicación quirúrgica más frecuente de la cirugía funcional endoscópica nasosinusal es la sinequia que ocurre entre el cornete medio y la pared lateral nasal.
 157. Más comúnmente una deficiencia del inhibidor de la C1 estearasa se manifestará clínicamente con edema angioneurótico o angioedema.
 158. Los antihistamínicos intranasales son más eficaces e iguales o superiores a los antihistamínicos orales de segunda generación en el tratamiento de la rinitis alérgica.
 159. La rinitis mixta (combinada alérgica y no alérgica) se presenta entre el 44% al 88% de los pacientes con rinitis alérgica y es más común que las rinitis alérgica y no alérgica pura.
 160. La causa más común de perforación septal es actualmente el uso de cocaína, seguido de la iatrogénica y la secundaria a absceso de tabique por hematoma no drenado.

CAVIDAD ORAL Y GLÁNDULAS SALIVALES

161. El signo más común en la cavidad oral de la mononucleosis es la presencia de una hemorragia petequiral en el paladar duro.
162. Un paciente con una leuplasia oral tiene 5 veces más posibilidades de desarrollar un cáncer, particularmente mujeres mayores de 50 años.
163. La posibilidad de malignización de una eritroplasia oral es 17 veces más que la de una leucoplasia.
164. El microbio que más comúnmente se asocia con la parotiditis crónica recurrente es el *Staphylococcus aureus*.
165. El origen más común de la angina de Ludwig es por infección radicular de las piezas dentarias inferiores y el microbio asociado más común es el *Streptococcus viridans*.
166. La complicación más común del herpes labial por el herpes simplex tipo 1, es su impetiginización.
167. El signo oral más precoz de pacientes con VIH es la candidiasis bucal en su forma pseudomembranosa.
168. La causa más común de candidiasis oral leve es la secundaria a uso de prótesis dentaria.
169. El antibiótico que registra más eliminación por la saliva es la clindamicina.
170. El examen más importante para pesquisar un síndrome de Plummer-Vinson es la ferremia sérica y sus signos más característicos son: glositis atrófica, disfagia y anemia microcítica hipocroma.
171. El mucocelo más común es el del labio inferior.
172. La causa más común de estomatitis en niños es la gingivoestomatitis por herpes simplex tipo 1.
173. La condición más potente para desarrollar un cáncer en cavidad oral es la eritroplasia.
174. La segunda enfermedad autoinmune más frecuente es el síndrome de Sjögren.
175. La complicación más común de cobaltoterapia de cabeza y cuello es la xerostomía.

176. La inflamación oral más patognomónica de pacientes con VIH es la leucoplasia oral pilosa que habitualmente se ubica en el borde lateral de la lengua y es provocado por el virus de Epstein-Barr.
177. El agente micótico más común de cavidad oral es la *Cándida albicans*.
178. Más comúnmente el diagnóstico definitivo del síndrome de Sjögren se logra a través de una biopsia de glándula salival menor del labio inferior.
179. El punto de identificación más útil del nervio facial en la parotidectomía es la línea de fisura tímpano-mastoideo.
180. La característica más común de una angina de Ludwig es una inflamación difusa rápidamente expansiva de los espacios submaxilar y sublingual.
181. Una de las características más importantes de la lengua es que tiene musculatura hidrostática con músculos incompresibles, sin apoyo esquelético y con alta movilidad. Ofrece cambios en su forma pero no en su volumen.
182. La sialolitiasis es mucho más común en las glándulas submaxilares (80%), que en las glándulas parotídeas debido a la riqueza en mucina de la saliva de las primeras.
183. La glándula submaxilar es la que produce normalmente más saliva de reposo o sin estímulos llamada secreción de reposo, con respecto al resto de las glándulas salivales.
184. La glándula parótida es la que produce más saliva que las otras glándulas frente a un estímulo o con los alimentos, llamada secreción estimulada.
185. Las inflamaciones salivales más comunes en niños son: la parotiditis epidémica por paramixiovirus y la parotiditis crónica recurrente.
186. La parotiditis crónica recurrente afecta más a los niños entre los 3 y 10 años para luego resolverse espontáneamente en la pubertad.
187. Más comúnmente se llama tumor de Küttner a un pseudotumor de la glándula submaxilar secundaria a sialoadenitis crónica.
188. Más comúnmente se llama síndrome de Sjögren a la sialoadenitis mioepitelial que se acompaña de queratoconjuntivis sicca, y enfermedades de tipo reumatoideo: artritis reumatoidea, lupus eritematoso, polimiositis o esclerodermia.
189. El signo más característico de la herpangina es la aparición de vesículas rodeadas de un halo rojo en los pilares anteriores de las amígdalas, borde libre de paladar blando y cara anterior de las amígdalas.
190. La estomatitis aftosa recurrente es la inflamación más común de cavidad oral en el adulto, presentándose más frecuentemente como afta menor (90% de los casos).
191. Más comúnmente la enfermedad de Behcet es conocida por la tríada de signos mayores: aftas orales, aftas genitales e hipopión aséptico.

FARINGE

192. Los sitios ocultos de metástasis cervical más comunes son: la rinofaringe, la amígdala y la base de la lengua.
193. El compromiso más frecuente extranodal del linfoma no Hodgkin es la amígdala.
194. La localización más común del absceso periamigdaliano es en su polo superior.
195. La infección profunda de cuello más común en los niños entre los 6 meses y los 3 años es el absceso retrofaríngeo, pues después los ganglios retrofaríngeos van desapareciendo.
196. Las bacterias que más frecuentemente se asocian con infecciones profundas de cuello son: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y bacterias anaerobias.
197. El tipo de *haemophylus* más comúnmente asociado a patologías otorrinolaringológicas es el tipo B capsulado.
198. La causa más común de disfagia alta orofaríngea no infecciosa es el accidente cerebro-vascular.
199. Los agentes virales más comunes en las faringitis agudas son: rinovirus, coronavirus, influenza virus A y B, y parainfluenza virus.
200. La recomendación más importante previa a una adenoidectomía es inspeccionar y palpar el paladar.
201. La base de la lengua es el área más difícil de tratar quirúrgicamente en la apnea de sueño.
202. Las infecciones profundas de cuello son más comúnmente secundarias a abscesos periamigdalianos o a focos odontógenos.
203. La etiología más común de la faringoamigdalitis en niños es la viral.

204. Más comúnmente la hipofaringe se subdivide en tres sitios: el seno piriforme, el área retrocricóidea, y la pared posterior faríngea.
205. Más comúnmente las vegetaciones adenoideas se atrofian mayormente a los 8 a 9 años de edad.
206. Los test más útiles para confirmar la mononucleosis infecciosa son presencia de células mononucleares atípicas en el frotis sanguíneo y la reacción de Paul-Bunnell positiva, prueba de anticuerpos heterófilos contra virus de Epstein-Barr.
207. La edad más común de presentación de faringoamigdalitis aguda por *Streptococcus* beta hemolítico tipo A en niños es entre los 6 y 12 años.
208. Los criterios más comunes usados en EE.UU. para decidir adenoamigdalectomía en cuadros recurrentes de amigdalitis son basados en los estudios de Paradise de 1984.
209. La causa más común en niños de reflujo faringoesofágico es la insuficiencia o relajación transitoria del esfínter esofágico inferior y su complicación más común es la esofagitis distal.
210. Más comúnmente hasta 50% de los pacientes con mononucleosis que reciben penicilina desarrollará un rash cutáneo e invariablemente el médico "catalogará" al paciente como alérgico a las penicilinas.
211. Más comúnmente el uso a veces injustificado de quinolonas y particularmente del moxifloxacino conlleva el riesgo de prolongación del espacio Q-T en el ECG, y posible toxicidad del SNC.
212. Los factores más relacionados con el dolor posamigdalectomía son: la edad y el uso del electrocauterio; al respecto estudios prospectivos randomizados han demostrado que el uso de antibióticos poscirugía disminuyen el dolor.
213. En la prevención de una eventual hemorragia posamigdalectomía el dato más útil costo/beneficio es una buena anamnesis recogiendo información personal y hereditaria de posible diátesis hemorrágica.
214. Los signos físicos más importantes asociados a una fisura palatina submucosa son: úvula bifida, movimiento anormal del paladar, diástasis en la línea media de los músculos palatinos y una muesca en V del paladar duro.

LARINGE Y TRÁQUEA

215. Más comúnmente el hioides en el adulto está a nivel de C3, y el cricoides a nivel de C7.
216. Más comúnmente el ángulo del cartílago tiroideos en comisura anterior del hombre es de 90° y en la mujer de 120° y es la razón por la cual la manzana de Adán es más prominente en el sexo masculino.
217. Más comúnmente en el recién nacido la laringe está posicionada más alta y anteriormente a nivel de C2 o C3, en cambio en el adulto se ubica entre C5 y C7.
218. Más habitualmente el promedio de frecuencia vocal fundamental en niños es de 250 Hz, en la mujer de 200 Hz, y en el hombre de 120 Hz.
219. El examen más importante en el diagnóstico de laringomalacia es la nasofibrolaringoscopia a realizar en la consulta del médico.
220. La causa más común de obstrucción aérea congénita, caracterizada por estridor inspiratorio desde el momento de recién nacido y que disminuye cuando el lactante se acuesta en decúbito lateral en el lado lesionado, es la parálisis unilateral de cuerda vocal.
221. Las tres causas más comunes de estridor laríngeo del niño son: laringomalacia (60%), parálisis unilateral de cuerda vocal (13%) y estenosis subglótica congénita (20%).
222. La afección neurológica que más causa parálisis de cuerda vocal en niños es la enfermedad de Arnold-Chiari.
223. El sitio más común de membrana laríngea congénita del niño es la glotis anterior (75%).
224. La edad en que más frecuentemente aparecen los laringoceles es en la sexta década de la vida.
225. La agente etiológico más común de laringotraqueobronquitis en el niño es el virus parainfluenza.
226. Las manifestaciones más comunes de reflujo laringofaríngeo en el adulto son: disfonía (71%), tos crónica (51%), globus (47%), carrasperas crónicas (42%) y disfagia (35%).
227. El área laríngea más comprometida por la sarcoidosis es la supraglotis.
228. En las parálisis de cuerda vocal unilateral la más comprometida es la izquierda.
229. Cuando la parálisis vocal es por lesión del nervio recurrente la posición de la cuerda

- vocal será paramediana por acción del nervio laríngeo superior.
230. El lugar más adecuado para anestesiar el nervio laríngeo superior es a medio camino entre el hioides y el cartílago tiroideo.
 231. El tratamiento más adecuado frente al diagnóstico de presbilaringe es terapia vocal prolongada (por 1 año) y si ésta fracasa, el tratamiento deberá ser quirúrgico: medialización bilateral por tiroplastía.
 232. El microbio más comúnmente presente en la traqueítis bacteriana es el *Staphylococcus aureus*.
 233. Poco más de un tercio de las parálisis del nervio recurrente izquierdo se originan por un cáncer bronquial.
 234. La causa más común de parálisis del nervio recurrente derecho es iatrogénica secundaria a cirugía de tiroides.
 235. Los factores más comunes asociados a la laringitis crónica son: el cigarrillo, el abuso vocal y el reflujo faringo-laríngeo.
 236. La causa más común de disfonía crónica en niños son los nódulos vocales.
 237. La causa más común de muerte accidental del hogar en niños menores de 6 años es la aspiración de cuerpos extraños.
 238. La segunda anomalía congénita laríngea más común después de la laringomalacia es la parálisis de cuerda vocal.
 239. El sitio más común de localización de los nódulos vocales es en la unión del tercio anterior con los dos tercios posteriores de las cuerdas vocales.
 240. El sitio de estenosis laríngea más común es la subglotis.
 241. El sitio de localización de la amiloidosis laríngea más común son las bandas ventriculares.
 242. Más comúnmente la inhalación de cuerpos extraños en niños ocurre entre 1 año y 3 años de edad.
 243. La parte más estrecha laríngea del niño es el anillo cricoideo.
 244. La parte más estrecha de la laringe en el adulto es la glotis.
 245. La laringotraqueobronquitis aguda se presenta más comúnmente en niños entre 1 y 3 años de edad.
 246. La complicación más temible de una traqueostomía en niños es el pneumotórax.
 247. El signo radiológico más común en la epiglotitis aguda es el signo del pulgar.
 248. Las causas más comunes de disartria son enfermedades hereditarias degenerativas cerebelosas y la esclerosis múltiple.
 249. La causa más común de estenosis traqueal es la intubación prolongada.
 250. Más comúnmente el estridor inspiratorio se produce en lesiones supraglóticas, el estridor espiratorio en patologías tráqueo-bronquiales y el bifásico en patologías glóticas.
 251. Una de las causas más comunes de disfonía crónica es el reflujo faringolaríngeo pero no siempre los pacientes refieren síntomas de reflujo gastroesofágico.
 252. Más comúnmente la laringomalacia desaparece en los niños a los 2 ó 3 años de edad.
 253. La estenosis laríngea adquirida más común en niños es la subglótica y la causa más frecuente está relacionada con intubación prolongada.
 254. La causa de colapso traqueal en lactantes más común, es la traqueomalacia y la de compresión traqueal es la arteria subclavia aberrante.

TUMORES

255. El sitio más común del Ca laríngeo es la glotis y su localización inicial más común es en la cara superior del borde libre de la cuerda vocal en sus dos tercios anteriores.
256. El Ca de laringe es el más frecuente de cabeza y cuello excluyendo los Ca de piel.
257. Los dos factores más importantes que determinan la diseminación metastásica de un Ca laríngeo es su tamaño y su ubicación.
258. La zona más difícil de tratar con cobaltoterapia de la glotis es la comisura anterior y el tercio posterior de las cuerdas vocales.
259. El Ca laríngeo que más origina metástasis a distancia es el supraglótico.
260. El órgano que más metástasis recibe del Ca laríngeo es el pulmón, mostrando múltiples pequeñas lesiones de menos de 3 mm que son difíciles de detectar en Rg de tórax.
261. Más comúnmente el Ca supraglótico se inicia en la unión de la epiglotis con las bandas ventriculares.

262. No más del 5% de los Ca laríngeos se inician en la subglotis.
263. Más comúnmente el sitio primario de drenaje linfático de la subglotis son los ganglios paratraqueales.
264. En los Ca de laringe los tumores más sensibles a la radioterapia son los exofíticos.
265. Más comúnmente una biopsia predecible de persistencia de Ca laríngeo poscobaltoterapia es confiable sólo después de tres meses de finalizado el tratamiento.
266. El Ca de hipofaringe es el de más mal pronóstico en cánceres de cabeza y cuello, pues el 70% de los pacientes en el momento de su diagnóstico están en etapas T3 o T4, de manera que la sobrevida a los 5 años es sólo de 33%.
267. El lugar más común de localización del Ca de hipofaringe es el seno piriforme y tienden precozmente a una infiltración profunda del área.
268. Los síntomas más comunes de un Ca del trigono retromolar son otalgia refleja y trismus.
269. Más frecuentemente, la frecuencia de un Ca en amígdalas asimétricas del adulto, en el cual no se palpan adenopatías y la superficie amigdalina se visualiza normal es de 5%.
270. El compromiso más frecuente extranodal del linfoma no Hodgkin o linfoma maligno, es la amígdala.
271. El síntoma más común de un Ca de glándulas salivales es el dolor.
272. El sitio más común de tumor de glándulas salivales es la parótida.
273. El lugar más frecuente de localización del adenoma pleomórfico de glándulas salivales menores es el paladar duro.
274. Los sitios más comunes de Ca de glándulas salivales son las glándulas salivales menores (60%) y de éstos el 40% se presenta en el paladar.
275. El tumor más común de la glándula parótida es el adenoma pleomórfico en el adulto y el hemangioma en el niño.
276. El Ca más común de parótida es el carcinoma mucoepidermoideo, siguiéndole en frecuencia el cisto-adenolinfoma o tumor de Warthin.
277. El Ca más frecuente de la glándula submaxilar y las glándulas salivales menores es el carcinoma adenoideo-quístico.
278. El segundo tipo más frecuente de Ca de glándulas salivales menores es el adenocarcinoma.
279. La característica más peculiar del carcinoma adenoideo quístico es su tendencia a la invasión perineural.
280. El tumor más común que puede ocupar el espacio parafaríngeo es el adenoma pleomórfico.
281. No más del 5% de los paragangliomas secretan catecolaminas.
282. El Ca más común de cavidad oral es el carcinoma verrucoso.
283. El riesgo de desarrollar un Ca de esófago es más de 100 veces en pacientes que fuman y beben alcohol comparados con aquellos que no lo hacen.
284. El Ca más común de esófago cervical es el carcinoma de células escamosas.
285. La causa de muerte más común en pacientes que sufren Ca de esófago es la neumonía por aspiración.
286. La región donde se presenta con más frecuencia el Ca de rinofaringe es el sur de China.
287. Uno de los factores más ligados al desarrollo de Ca de rinofaringe es el consumo frecuente de pescado seco salado.
288. El origen más frecuente del Ca de rinofaringe es la fosita de Rosenmüller.
289. La neoplasia benigna nasosinusal más común es el papiloma invertido.
290. La neoplasia maligna nasosinusal más común es el carcinoma de células escamosas (80%) y la segunda es el adenocarcinoma.
291. El papiloma invertido se localiza más comúnmente en la pared lateral nasal.
292. Más comúnmente el neuroblastoma olfatorio tiene una distribución bimodal afectando a pacientes de 20 años y 50 años.
293. El linfoma más común de nariz y cavidades perinasales es el linfoma no Hodgkin.
294. La característica radiográfica más común de la displasia fibrosa es la apariencia de vidrio molido.
295. El Ca más común de cabeza y cuello en niños es el linfoma.
296. El sarcoma de tejidos blandos más común en niños es el rabdomiosarcoma y su inicio más común es la órbita.
297. El rabdomiosarcoma se presenta más frecuentemente en niños entre los 2 a 5 años, y entre los 15 a 19 años.
298. La neoplasia benigna laríngea más común en niños es el papiloma.

299. Los subtipos más frecuentemente encontrados de papiloma virus en niños son el 6 y el 11 (>95%).
300. De estos subtipos de papiloma virus el más agresivo es el 11.
301. El sitio más común de tumores del hueso temporal es el conducto auditivo externo.
302. El tumor del ángulo pontocerebeloso más común es el schwannoma vestibular.
303. El síntoma más precoz de un glomus cefálico es el tinnitus pulsátil.
304. El tumor benigno de tráquea en niños más común es el hemangioma.
305. El factor etiológico más común del Ca de labio es la radiación ultravioleta.
306. El tumor que más frecuentemente provoca pérdida de LCR por fosas nasales es el hipofisiario.
307. El factor pronóstico más importante de un Ca de cabeza y cuello es la presencia o ausencia de metástasis cervicales.
308. Más comúnmente los carcinomas epidermoideos y basocelulares del pabellón auricular comprometen el hélix.
309. En los Ca de cabeza y cuello la existencia de metástasis cervicales palpables reduce la sobrevida a la mitad.
310. El tumor benigno más frecuente de oído medio es el glomus.
311. La localización más común del Ca de lengua es en el borde lateral de su tercio medio.
312. El tumor más común del foramen yugular es el glomus seguido del schwannoma vagal y el meningioma.
313. El tumor más comúnmente asociado al SIDA es el sarcoma de Kaposi y el sitio más común de localización es el paladar duro.
314. La asociación más característica entre Ca de esófago y piel es la llamada tilosis, consistente en engrosamiento de la palma de las manos y de la planta de los pies y frecuente hiperhidrosis.
315. El tumor benigno más común en niños es el hemangioma.
316. El hueso de cabeza y cuello más comúnmente comprometido en la displasia fibrosa es el maxilar inferior.
317. La causa más común de muerte de un paciente canceroso es la infección.
318. El sitio de origen más común del carcinoma de células basales es la cara.
319. El Ca de cavidad oral que se manifiesta con más adenopatías palpables es el de piso de boca.
320. El melanoma de cavidad oral más comúnmente se localiza en paladar.
321. El tumor intracraneano más común es el meningioma.
322. Los cordomas más frecuentemente se originan en el clivus para después comprometer la rinofaringe, el seno esfenoidal y las fosas nasales.
323. El tipo histológico más común de Ca de cabeza y cuello es el carcinoma escamoso espinocelular.
324. La radioterapia es más efectiva pero más tóxica cuando se combina con quimioterapia.
325. El linfoma no Hodgkin es 5 veces más frecuente que el linfoma de Hodgkin.
326. Las sinonimias más frecuentes de los paragangliomas son: tumor del cuerpo carotídeo, glomus, quemodectomas, tumor glómico.
327. Los más importantes predictores de malignidad de un melanoma son: la profundidad del tumor, la ulceración, y el número de adenopatías con elevación del LDH.
328. La característica más común de un Ca de cavidad oral es la de una lesión que no sana o que sangra.
329. Los factores de riesgo más comúnmente asociados a los Ca de cabeza y cuello son el tabaco y el alcohol.
330. Los linfomas son los tumores más frecuentes no epiteliales de cabeza y cuello.
331. La característica semiológica más común de un glomus carotídeo cervical es que éste se presenta como una masa pulsátil que puede desplazarse lateralmente pero no hacia arriba o hacia abajo.
332. Los fumadores tienen una probabilidad de más de 20 veces de desarrollar un Ca laríngeo que un no fumador.
333. El lugar de origen más común del glomus timpánico es el nervio de Jacobson.
334. Más comúnmente las adenopatías cervicales en niños son inflamatorias y los agentes etiológicos más comunes son el *Staphylococcus aureus* y el *Streptococcus A* beta hemolítico.
335. La adenopatía cervical es el signo más común de la sarcoidosis en cabeza y cuello.

336. Más comúnmente el papiloma virus subtipo 16 está asociado con carcinomas de cabeza y cuello.

MISCELÁNEAS

337. Entre los pares craneanos el de trayecto más largo intraóseo es el facial, el de trayecto más largo es el vago, el de trayecto más largo intracraneano es el sexto par y el más grueso es el vago.
338. El sitio de aparición de los quistes branquiales más común es el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, entre la unión de su tercio superior con los dos tercios inferiores.
339. El sitio de aparición de las fístulas branquiales más común es en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, entre la unión de sus dos tercios superiores y su tercio inferior.
340. La causa de fractura del hioides más común es la práctica del karate.
341. La segunda articulación de más movilidad es la articulación témporo-maxilar.
342. El bloqueador de Calcio más útil en la prevención de jaquecas es la flunarizina.
343. Los cuerpos extraños más comunes de la vía respiratoria en niños son vegetales.
344. La prioridad más importante en una parálisis facial es el cuidado del ojo ipsilateral.
345. Más comúnmente los cuerpos extraños que llegan al estómago atravesarán sin problemas todo el tracto digestivo.
346. El cuerpo extraño esofágico más común en niños son las monedas, en los adultos trozos de carne con hueso insuficientemente masticadas y en los ancianos prótesis dentarias pequeñas, o ganchos con prótesis dentarias.
347. Más comúnmente la disfagia para líquidos en posición decúbito sugiere una esclerodermia.
348. El nervio craneano más afectado por schwannomas es el vago.
349. Más comúnmente la mayoría de las meningitis son bacterianas en cambio las encefalitis son virales.
350. El efecto dañino más común con el uso del metrotexato es la mielosupresión.
351. El efecto colateral más grave con el uso de la ciclofosfamida es la cistitis hemorrágica letal.
352. El efecto adverso más común del cisplatino es el daño renal y la hipoacusia neurosensorial.
353. El sitio más común de aparición del higroma quístico es el triángulo cervical póstero-inferior.
354. La causa de parálisis facial bilateral más común es el síndrome de Guillain-Barré.
355. El síndrome otocráneo-facial más común es el de Treachers-Collins.
356. El torus palatino es más frecuente en el pueblo inuit (esquimales) por exposición al frío.
357. La causa más común de shock en un paciente politraumatizado es la hipovolemia.
358. La parálisis facial más común es la de Bell.
359. El órgano más frecuentemente afectado por la esclerodermia es el esófago.
360. La causa más común de disfagia lusoria es por un trayecto anormal de la arteria subclavia derecha.
361. El espacio cervical más complejo y clínicamente importante es el espacio parafaríngeo.
362. Más comúnmente en los niños con cuerpo extraño esofágico, éste estará alojado en el esfínter esofágico superior.
363. La TC coronal de corte fino (1 a 3 mm) es el examen más útil para el estudio del trauma facial.
364. Las esofagitis provocadas por la ingestión de álcalis son mucho más graves que las provocadas por ácidos, pues originan heridas de mayor profundidad ya que los primeros provocan una necrosis por licuefacción en cambio los ácidos una necrosis por coagulación.
365. Más comúnmente el 85% de las parálisis de Bell se recuperarán en forma espontánea total o casi totalmente.
366. La característica más peculiar del párpado en razas asiáticas es que el músculo elevador del párpado no tiene unión con la piel pretarsal resultando así una ausencia del pliegue pretarsal.
367. La anomalía cromosómica numérica más común en la raza humana es la trisomía.
368. Las enfermedades que más comúnmente causan hemoptisis en niños son: bronquiectasias, fibrosis quística, cuerpos extraños, hemosiderosis pulmonar, tuberculosis.
369. El diagnóstico incorrecto más frecuentemente en un niño que ha aspirado un cuerpo extraño es el de asma.

370. La causa más común de pérdida de LCR es el trauma no quirúrgico.
371. El predictor negativo más malo de un paciente traumatizado es una hipotensión menor de 90 mm de Hg.
372. La hipótesis más comúnmente aceptada referente a la etiología de la parálisis de Bell, es una activación del virus herpes simplex tipo 1 en el ganglio geniculado, que lleva a un atrapamiento, isquemia y degeneración del VII par en su segmento laberíntico, que es el más estrecho.
373. Los factores pronósticos más negativos del síndrome de Ramsay Hunt son la edad avanzada, y la aparición conjunta de la parálisis facial con las vesículas del varicela-zoster.
374. La causa más común de parálisis facial bilateral en adolescentes y pacientes jóvenes es la sarcoidosis.
375. El nervio craneano más comúnmente dañado por radioterapia de cabeza y cuello es el hipogloso.
376. Los factores más comúnmente asociados a la osteo-radionecrosis por cobaltoterapia son: hipovascularidad, hipocelularidad e hipoxia (las 3 H).
377. La presión arterial mínima sistólica requerida para mantener la perfusión cerebral es de 50 mm Hg.
378. El lugar más sensible a la radioterapia de cabeza y cuello es el cristalino.
379. Una de las causas más comunes de adenopatías cervicales crónicas en niños es la enfermedad del rasguño del gato.
380. El momento más crítico de preocupación de potenciales malformaciones congénitas por uso de medicamentos, es en el primer trimestre del embarazo, cuando está ocurriendo la organogénesis.
381. Más comúnmente en el 50% de la población el nervio facial presenta una dehiscencia natural en su margen inferior en correspondencia al borde superior de la ventana oval.
382. La causa más común de exoftalmo unilateral en niños es la celulitis orbitaria y la maligna más frecuente es el rabdomiosarcoma.
383. Uno de los fármacos que más comúnmente originan tos son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina elevando el umbral de la tos al aumentar los niveles de la bradiquinina

BIBLIOGRAFÍA

1. GLEESON MICHAEL. Scott-Brown's Otorhinolaryngolgy, Head and Neck Surgery, 7^o edition. London: Edward Arnold Publishers, 2008.
2. SHIN J, HARTNICK C, RANDOLPH G. Evidence based Otolaryngology. New York: Springer Science editors, 2008.
3. TALLEY BOWDEN MARY. Otolaryngology Board Review. Houston: Mc Graw Hill Medical editors, 2012.
4. ARNOLD W, GANZER U. Otorhinolaryngolgy, Head & Neck Surgery. München: Springer Ed., 2010.
5. CORBRIDGE ROGAN, STEVENTON NICHOLAS. Oxford handbook of ENT and Head and Neck Surgery. Oxford: Oxford University Press, 2011.
6. GOLDENBERG DAVID, GOLDSTEIN BRADLEY. Handbook of Otolaryngology Head and Neck Surgery. New York. Thieme Medical Publishers, 2010.
7. JAFEK BRUCE, MURROW BRUCE. ENT secrets. Philadelphia: Elsevier Mosby ed. 2005.
8. KUMAR SANTOSH. Most Common Points in ENT and Head & Neck Surgery. New Delhi: Jaippee Medical Publishers, 2010.
9. PASHA RAZA. Otolaryngology Head and Neck Surgery. San Diego: Plural Publishing Inc. 2011.
10. PROBST RUDOLF, GREVERS GERARD, IRO HEINRICH. Basic Otorhinolaryngolgy. Stuttgart: Thieme ed, 2005.
11. WARNER GILES, BURGESS ANDREA, PATEL SURESH. Otolaryngology and Head and Neck Surgery. Oxford: Oxford University Press, 2009.

Dirección: Alejandro Peña M.
5 Oriente 2249, Talca
E mail: pena.martinez@gmail.com