



## **FICHA CLINICA**

Nombre: TAR  
Masculino de 53 años de edad  
Lugar de origen: Veracruz  
Lugar de residencia: Distrito Federal  
Religión: Iglesia mormona  
Ocupación: Empleado administrador  
Estado civil: soltero  
FN: 05.05.1963

### **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES**

Abuelo paterno: finado desconoce causa. Antecedente de depresión Mayor  
Abuela paterna: finada, desconoce antecedentes y causas.  
Abuelo materno: finado por complicaciones de DM2.  
Abuela materna: finada por complicaciones de DM2.  
Madre: finada a los 60 años de edad por complicaciones de cirrosis hepática.  
Padre: vivo de 95 años de edad aparentemente sano  
Hermanos: 10 hermanos de los cuales 1 finado por atropellamiento. Resto aparentemente sanos.  
Hijos: ninguno

### **ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS**

Habita en casa rentada que cuenta con todos los servicios de urbanización, cuenta con 2 recámaras donde habitan 4 personas, hacinamiento negado. Convivencia con animales: 1 perro. Alimentación 3 veces al día, con adecuada cantidad y calidad con 2 colaciones. Baño y cambio de ropa interior y exterior diario. Aseo dental 2 veces al día. Inmunizaciones con cuadro básico completo. Tipo sanguíneo O+.  
Exposición a ambiente adverso: niega exposición a solventes, fertilizantes, humo de leña, polvo. Tabaquismo y etilismo negados.

### **ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS.**

Alergias: negadas.  
Malformaciones congénitas: negadas  
Exantemáticos: varicela en la infancia sin complicaciones aparentes  
Enfermedades crónicas:  
Estrabismo de inicio a los 4 años de edad sin tratamiento ni valoración médica.  
Quirúrgicos: Fistulectomía rectal a los 40 años de edad.

#### Traumáticos:

- Perforación postraumática de membrana timpánica izquierda hace 15 años tratamiento con gotas óticas.

Transfusionales: negados

### **PADECIMIENTO ACTUAL**

Inicia hace 9 meses con aumento de volumen en región anterior de cuello lentamente progresivo sin tratamiento médico. Posteriormente hace 5 meses se agrega cefalea de intensidad moderada así como otalgia izquierda que no cede a la ingesta de AINES, por esta razón acude con medico particular quien solicita USG de cuello con diagnóstico de bocio multinodular, se inicia protocolo de estudio; sin embargo se agrega 1 día posterior disnea en reposo, disfagia a sólidos y líquidos así como globus faríngeo constantes acudiendo a esta unidad médica al servicio de urgencias admisión continua, en donde se descarta urgencia quirúrgica. Niega fiebre, pérdida ponderal, sudoraciones nocturnas, limitación a la movilidad cervical

### **EXPLORACION FISICA**

Paciente consciente, orientada, adecuada coloración de mucosas y tegumentos, adecuado estado de hidratación de mucosas y tegumentos, sin facies característica, neurológicamente íntegro  
Cráneo: normocéfalo, adecuada implantación de cabello de acuerdo a edad y sexo.  
Ojos: movimientos oculares conservados, ojo derecho con estrabismo divergente, sin alteración en movimientos oculares, reflejo consensual y fotomotor presentes, sin alteraciones.

Oídos: pabellones auriculares bien implantados y desarrollados.

OD: CAE permeable, membrana timpánica íntegra, aperlada, cono luminoso presente, mango del martillo normoinsero, pars flácida sin retracciones.

OI: CAE permeable, membrana timpánica íntegra con presencia de neotimpano de 10% en cuadrante posterosuperior, móvil, cono luminoso presente, mango del martillo normoinsero, pars flácida sin retracciones.

Nariz: mesorrina, pirámide nasal central, vestíbulos simétricos, válvulas suficientes, septum funcional, cornetes en ciclo con adecuada respuesta a vasoconstrictor sin descarga por meatos.

Cavidad oral: boca adecuada apertura oral, con edentulia, paladar blando y duro íntegros sin abombamientos, conductos de wharton y stensen drenando saliva hialina, amígdalas grado I criptas abiertas sin caseum, orofaringe granulosa sin descarga posterior.

Cuello: cilíndrico, asimétrico, a expensas de aumento de volumen en región anterior de cuello, difuso, con límites: borde superior hueso hioides e inferior hueco supraclavicular de ambos lados, límites laterales: ambos bordes posteriores de músculos esternocleidomastoideos correspondientes. Se palpa blando, sin cambios tróficos, no doloroso a la palpación. Que se moviliza discretamente a los movimientos de deglución. Pulsos carotídeos simétricos y sincrónicos, tráquea en región central no palpable. No se palpan adenopatías.

Laringoscopia indirecta: se observa base de la lengua sin alteraciones, valléculas libres, pliegues glosos y arriepigloticos íntegros, epiglotis central, sin alteraciones, senos piriformes con escaso moco hialino. Aritenoides de morfología normal, ambas cuerdas vocales con adecuada movilidad y coaptación sin lesiones en su superficie.