



Centro Médico Nacional "20 de Noviembre"
SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA
Sesión Interhospitalaria
Caso clínico 11 de enero del 2017



FECHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente: EBR. Edad: 48 años, masculino.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Padre con antecedente de hipotiroidismo, portador de auxiliar auditivo por hipoacusia secundaria a infecciones óticas crónicas de tipo no especificado, 2 hijas vivas con antecedente de asma bronquial. Resto interrogado y negado.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Paciente originario y residente del estado de Chihuahua, casado, católico, escolaridad licenciatura incompleta en ingeniería en sistemas computacionales, ocupación ingeniero en sistemas computacionales. Habita casa propia con todos los servicios de urbanización, hábitos higiénico dietéticos adecuados en calidad y cantidad, Combe negativo, zoonosis positiva a razón de 1 perro, alcoholismo positivo de inicio a los 18 años de tipo social sin llegar a la embriaguez, tabaquismo y otras toxicomanías interrogadas y negadas. Hemotipo B positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Exantemáticos: Varicela en la infancia, sin complicaciones. Alérgicos: Interrogados y negados. Médicos: Interrogados y negados. Traumáticos: Interrogados y negados. Quirúrgicos: Miringotomía derecha el 11 de junio del 2016 realizada en clínica privada en Chihuahua, sin complicaciones; mastoidectomía derecha con colocación de tubos de ventilación bilateralmente el 14 de junio 2016 realizada en clínica privada de Chihuahua, sin complicaciones ni incidentes.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia padecimiento en abril del 2016 con sensación de plenitud ótica e hipoacusia de manera bilateral posterior a viaje en avión, agregándose a los 3 días otalgia derecha, por lo que acude nuevamente con otorrinolaringólogo quien inicia tratamiento antibiótico no especificado, presentando exacerbación de cuadro previamente descrito, agregándose otalgia del lado contralateral. Inicia con ejercicios de tuba auditiva y levofloxacino 500mg por 7 días, con ligera mejoría, pero sin remisión total de la sintomatología. A los 3 días posteriores presenta exacerbación de los síntomas con progresión de hipoacusia derecha llegando hasta la anacusia, se agrega acufeno bilateral de tono grave y constante, parálisis facial derecha. Acude con otoneurologo quien realiza miringotomía derecha el día 11 de junio del 2016 con la cual refiere mejoría temporal de sintomatología, con recurrencia de la misma al día siguiente del procedimiento, por lo que acude con otro otorrinolaringólogo quien diagnostica otomastoiditis derecha crónica, siendo sometido el día 14 de junio del 2016 a mastoidectomía derecha con colocación de tubos de ventilación bilateral, presentando otorrea bilateral de coloración marrón, no fétida, afirmando mejoría de cuadro de otalgia y plenitud ótica posterior a la misma. A la segunda semanas del procedimiento quirúrgico inicia con dolor a nivel de región mastoidea derecha, mareo, disminución de la fuerza, astenia y adinamia, sudoración nocturna, parestesias lado izquierdo de la cara, dolor a nivel de la articulación temporomandibular de manera bilateral. Afirma pérdida de peso de aproximadamente 13kg desde inicio de padecimiento actual.

EXPLORACIÓN FÍSICA

TA 120/85, FC 73x', FR 18 x', Temp 36.5 °C.

Consciente, tranquilo, cooperador y orientado en sus tres esferas, con adecuada coloración e hidratación mucotegumentaria.

Cara: asimetría evidente en el reposo de predominio derecho, sin movimiento a nivel de región frontal bilateral, cierre palpebral incompleto bilateral con lagofthalmos de 2mm aproximadamente, ligero movimiento de comisura bilateral.

Oídos: pabellones auriculares adecuadamente implantados bilateralmente, a la otoscopia izquierda se observa conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica engrosada y opaca, con presencia de tubo de ventilación en cuadrante anteroinferior, no se logra observar estructuras ni presencia de lesiones transmembrana. Otoscopia derecha se observa conducto auditivo externo permeable, membrana timpánica engrosada y opaca, con tubo de ventilación en cuadrante anteroinferior, no logrando observar estructuras ni presencia de lesiones transmembrana.

Nariz: mucosa con resequeadad, septum con presencia de costras hemáticas en área II de Cottle lado derecho, desviación tipo espolón hacia la derecha en área IV de Cottle, no contactante con pared lateral, cornetes en ciclo, sin descarga activa por meatos al momento.

Cavidad oral: sin alteraciones.

Cuello: sin alteraciones.

Estudios de laboratorio, imagenología y endoscopia serán analizados durante la sesión.

Dr. Carlos A. Silva Torres R3ORL
Dra. Rebeca Vélez Castillo R3ORL
Dr. Ratlly Alejandro Rodríguez Rodríguez R3ORL