



Sesión Interhospitalaria

20 de Enero de 2016

Femenino de 53 años de edad, originaria y residente del Distrito Federal, casada, católica, arquitecto.

Antecedentes Heredofamiliares: Abuelo materno finado con diagnóstico de cáncer en duodeno. Madre finada con diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, enfermedad vascular cerebral e infarto agudo al miocardio. Tía materna con diagnóstico de neoplasia tiroidea no especificada. Resto interrogado y negado.

Antecedentes Personales no patológicos: Habita en casa propia que cuenta con todos los servicios intradomicilarios, cohabita con 2 personas en 3 habitaciones. Convivencia con fauna domestica positiva: 1 perro. Adecuados hábitos higiénicos y dietéticos. Esquema de vacunación completo, sin ninguna aplicación reciente. Grupo sanguíneo: O+. Tabaquismo positivo durante 35 años a razón de 20 cigarrillos al día (Índice tabáquico: 35). Niega etilismo, tatuajes, perforaciones, toxicomanías y combe.

Antecedentes Personales Patologicos: Exantemáticas: sarampión en la infancia resuelta sin complicaciones ni secuelas. **ALERGICOS: sulfas y penicilina.** Quirúrgicos: amigdalectomía a los 4 años de edad sin complicaciones ni secuelas. Traumáticos: fractura de codo derecho en 3 ocasiones, secundario a caída de su propia altura que ameritó uso de yeso, sin complicaciones, dejando como secuela deformidad leve. Crónico degenerativos: asma desde los 20 años de edad en tratamiento médico actual salbutamol por razón necesaria. Hipertension arterial sistémica de 1 año de diagnóstico en tratamiento médico actual con telmisartán 80 mg vía oral cada 24 horas. Ansiedad de 3 años de diagnóstico en tratamiento médico actual con alprazolam 0.25mg vía oral cada 24 horas. Ingesta actual de medicamentos: salbutamol aerosol por razón necesaria, telmisartán 80 mg vía oral cada 24 horas y alprazolam 0.25mg vía oral cada 24 horas.

Padecimiento actual: Inicia hace 3 meses con tos productiva de color verdosa, ocasional. Faringodinia, globus faríngeo con necesidad de aclaramiento vocal, disfonía sin llegar a la afonía y dolor cervical ocasional de mismo tiempo de evolución. Acude a nuestro servicio, en donde se indica antibiótico oral (quinolona) con mejoría parcial de la sintomatología. Niega aumento de volumen, hiperemia e hipertemia cervical, dificultad respiratoria, microaspiraciones, disfagia, astenia, adinamia, pérdida de peso, síntomas distiroideos.

Exploración física: TA 120/70, FC 80, FR 18, afebril. Peso: 65Kg, Talla: 1.64, IMC: 24.2 Consciente, orientada, cooperadora. Otoscopia: conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas íntegras, relaciones anatómicas conservadas. Rinoscopia anterior y endoscopia nasal: mucosa normocrómica, septum funcional, cornetes en ciclo, meatos medios libres. Cavidad oral con mucosa normocrómica, orofaringe con amígdalas grado I, sin descarga posterior o datos de infección. Laringoscopia 70°: base de lengua, vallécula, epiglotis, pliegues ariepiglóticos, aritenoides, bandas ventriculares y senos piriformes sin alteraciones, cuerdas vocales con adecuada movilidad, luz glótica del 100%, se observa en subglotis primer anillo traqueal con aumento de volumen a expensas de pared anterior de aproximadamente 8 mm en su plano horizontal que no compromete vía aérea. Cuello sin adenomegalias, istmo tiroideo discretamente aumentado de volumen y ligeramente doloroso a la palpación, sin hiperemia, hipertermia ni cambios tróficos en piel. Resto de exploración otorrinolaringológica sin alteraciones.

Presenta: Dr. Javier Eduardo Spinola Hernández R3ORL
Dra. Sol María de la Hoz Barandica R4ORL