



CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA CASO CLÍNICO FEBRERO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN. Interrogatorio: directo. Masculino de 36 años. Originario y residente del Estado de México. Religión: católica. Escolaridad: secundaria completa. Estado civil: unión libre. Ocupación: guardia de seguridad.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES. Abuelos paternos y maternos finados, desconoce la causa. Padre y madre vivos con antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Hermanos: 5, vivos, aparentemente sanos. Hijos: 4, vivos, aparentemente sanos.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS. Habita en casa propia que cuenta con todos los servicios intradomiciliarios, la cual cuenta con una habitación en donde habitan 6 personas, convivencia con animales: un perro. Alimentación 3 veces al día, en adecuada cantidad y calidad. Baño y cambio de ropa diario. Aseo dental 3 veces al día. Inmunizaciones completas. Hemotipo: 0 positivo. Tabaquismo: positivo desde hace 3 años, a razón de 2 cigarrillos al día, suspendido 6 meses previos al inicio de su padecimiento. Etilismo positivo desde hace un año, ocasional, sin llegar a la embriaguez. Exposición a ambiente adverso: positivo hace 6 años, durante un año, a polvo de arcilla y altas temperaturas, así como abrasivos, en fábrica de ladrillos, 10 horas diarias, 6 días por semana, con uso intermitente de cubre bocas.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS. Malformaciones congénitas: negadas. Exantemáticas: varicela a los 8 años de edad, resolución con tratamiento conservador. Enfermedades crónicas: negadas. Quirúrgicos: negados. Traumáticos: fractura de clavícula izquierda a los 5 años, tratamiento conservador. Transfusionales: negados. Alérgicos: negados. IVRS: 1 vez al año, caracterizadas por fiebre, faringodinia, malestar general, rinorrea y tos, niega fiebre, sin uso de antibiótico.

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia 6 meses previos a acudir a consulta de primera vez, con presencia de lesiones dérmicas en región supraciliar izquierda acompañadas de dolor de tipo urente localizado. Inmediatamente posterior a ello nota lesión en paladar del lado izquierdo, con aumento de volumen rápidamente progresivo hacia anterior que se acompaña de sensación de cuerpo extraño en dicha región, parestesias, y halitosis. 5 meses previos presenta faringodinia y odinofagia, así como dolor de tipo urente en paladar, intermitente, intensidad leve, sin irradiaciones. Del mismo tiempo de evolución hemorragia de lesión palatina, ocasional, escasa, autolimitada. Hace 5 meses también presenta aumento de volumen cervical en cara lateral izquierda sin cambios de coloración, dolor, aumento de temperatura local u otro síntoma relacionado. Refiere pérdida ponderal de 10 kilogramos en 6 meses. Recibió tratamiento con aciclovir y gabapentina por médico familiar sin mejoría. Niega disfagia, hemoptisis, hematemesis, datos de dificultad respiratoria u otro síntoma.

EXPLORACIÓN FÍSICA.

Consciente, orientado, tranquilo, cooperador, adecuado estado de hidratación y coloración tegumentarios.

Cráneo normocéfalo, con adecuada implantación capilar.

Ojos con presencia de pupilas isocóricas y normorrefléxicas, movimientos oculares sin alteraciones.

Se observan lesiones dérmicas en piel de región supraciliar izquierda tipo costra, escasas lesiones vesiculares en proceso de cicatrización.

Oídos: Ambos pabellones auriculares adecuadamente desarrollados e implantados.

OD: CAE permeable, membrana timpánica íntegra, translúcida, cono luminoso presente, mango de martillo normoinserito, pars flácida sin retracciones.

OI: CAE con otocerosis obstructiva, se retira mediante cucharilla fenestrada, membrana timpánica íntegra, translúcida, cono luminoso presente, mango de martillo normoinserito, pars flácida sin retracciones.

Nariz: mesorrina, pirámide central, dorso con giba mixta, vestíbulos simétricos, válvulas suficientes, septum con espolón área IV derecha no contactante con pared lateral, cornetes en ciclo, sin descarga por meatos.

Cavidad oral: labios simétricos, adecuada apertura, arcadas dentarias en mal estado de conservación e higiene a expensas de ausencia de segundo molar superior izquierdo y caries en todos los molares, lengua central y móvil, piso de la boca sin abombamientos, se observa neoformación en paladar duro y blando del lado izquierdo exofítica, con bordes irregulares, violácea con zonas rojizas y otras pálidas, y áreas ulceradas en parches, con borde derecho blanquecino, de consistencia firme, no dolorosa, no friable, con diámetro mayor de aproximadamente 3cm. Dicha lesión se extiende hacia surco gingivolabial ipsilateral. Conductos de Stenon y Warthon drenando saliva hialina, lengua central y móvil, úvula central, amígdalas intravélicas, sin descarga posterior.

Cuello: cilíndrico, asimétrico a expensas de múltiples adenopatías niveles II, III derechas, y II, III y V izquierdas, de 1 a 3cm de diámetro, ovoides, no fijas a planos profundos, consistencia blanda, móviles, no dolorosas, sin cambios tróficos en piel suprayacente. Pulsos carotídeos presentes, simétricos, tráquea central y desplazable.

Presenta: Dra. Claudia Cobos Palacios. R3 ORL y CCC.
Asesor: Dr. Ernesto Conde Vázquez. MB ORL y CCC.