



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES NÚMERO 2
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

CASO CLÍNICO

Ficha de identificación:

ADV, femenino de 27 años de edad, originaria y residente de Hermosillo, Sonora. Casada, católica, escolaridad bachillerato, empleada de centro de atención telefónica.

Antecedentes heredofamiliares:

Línea paterna: Abuelo finado por complicaciones de DM2, abuela finada por adenocarcinoma gástrico, tía finada por CaCu. Padre finado por leucemia no especificada.

Línea materna: Abuela finada por cáncer gástrico no especificado, madre viva y sana.

Antecedentes personales no patológicos:

Vivienda urbana, con todos los servicios intra y extradomiciliares. Esquema de vacunación completo. Menarca 12 años, Gesta: 0. Vecino con mascota que porta garrapatas. Viaje en el último año a Guadalajara. COMBE negativo, exposición a biomasa negado. Etilismo, tabaquismo y otras toxicomanías negadas.

Antecedentes personales patológicos:

Crónico-degenerativos, infectocontagiosos, transfusionales, quirúrgicos, traumáticos negados. Alérgica a penicilina.

Padecimiento actual:

Inicia padecimiento 4 meses previos a su valoración por presentar obstrucción nasal bilateral de predominio izquierdo, rinorrea hialina, episodios de epistaxis bilaterales leves y autolimitados, y prurito ótico bilateral, astenia y adinamia, mejorando parcialmente con corticoide nasal y cauterización de mucosa nasal con nitrato de plata. Tres meses después, se agrega hipoacusia bilateral progresiva, que se acompaña de acúfeno de tono agudo bilateral intermitente, parálisis facial izquierda y sensación febril no cuantificada. Acude con particular quien maneja con colocación de tubos de ventilación bilateral, antibiótico no especificado y esteroide a dosis reducción, presentando mejoría casi total de los síntomas. Tras 3 semanas de seguimiento, presenta recidiva en la sintomatología, con mayor grado de hipoacusia, otalgia severa y otorrea amarillenta fétida bilateral, agregándose parálisis facial en esta ocasión de lado derecho, y sensación rotatoria intensa de escasos segundos de duración, acompañada de intolerancia a la vía oral; siendo manejada por unidad local con levofloxacino y claritromicina y se envía a nuestra unidad para valoración.

Exploración física:

Peso: 85 kg Talla: 1.57m IMC 34.5 TA 128/77 mmHg FC 76 lpm FR 18 rpm Temp 36.2°C

Paciente consciente, orientada, cooperadora, con palidez de piel, conducta auditiva de hipoacusia severa, sin movimientos anormales.

Mímica facial: House-Brackmann II derecho, I izquierdo. Pupilas isocóricas, normorreflécticas, movimientos oculares conservados.

Cavidad oral: Mucosa bien hidratada, lengua, paladar duro y suelo de la boca sin alteraciones. Orofaringe: amígdalas palatinas grado I, sin reacción periamigdalina ni descarga retranasal, desviación de úvula hacia la izquierda, reflejo nauseoso abolido bilateral.

Rinoscopia: septum con desviación en área II de Cottle hacia la izquierda, cornetes inferiores hipertróficos con poca respuesta a vasoconstrictor, sinequia turbinoseptal izquierda, mucosa violácea, rinorrea hialina, escasas costras hemáticas.

Otoscopia: ambos pabellones auriculares bien formados e implantados, conductos auditivos externos con presencia de otorrea amarillenta no fétida, membranas timpánicas con tubo de ventilación en cuadrante anteroinferior, funcionales; resto de membrana timpánica engrosada.

Cuello: cilíndrico, corto, con moderado panículo adiposo. Tráquea central, móvil. No se palpan adenomegalias.

Adecuado trofismo y movimiento de músculos esternocleidomastoideos y trapecios