

Caso clínico

Ficha de identificación:

Paciente femenino de 36 años de edad. Originaria y residente del Estado de México

Antecedentes:

Antecedentes heredofamiliares:

Madre y hermana con diagnóstico de diabetes mellitus de tipo desconocido. Padre con antecedente de cáncer de hígado y páncreas. Resto interrogado y negado.

Antecedentes personales patológicos:

Crónico degenerativos: Diabetes mellitus tipo 1 diagnosticado a los 27 años de edad en tratamiento con insulina rápida e insulina NPH sin especificar dosis ni posología. Hipertensión arterial sistémica de 2 años de diagnóstico en tratamiento con losartán no especificado en dosis ni posología.

Hospitalizaciones: 6 hospitalizaciones por cetoacidosis diabética, último internamiento hace 20 días.

Quirúrgicos: una cesárea hace 18 años secundario a falta de progresión de trabajo de parto, sin complicaciones.

Antecedentes personales no patológicos:

COMBE: negado. Inmunizaciones recientes: negadas. Hemotipo: desconoce

Padecimiento actual:

Inicia hace 20 días durante internamiento en Hospital General Balbuena secundario a cetoacidosis diabética, con odontalgia en órgano dentario 22 y 24 de intensidad 6/10 en la escala análoga del dolor, de tipo punzante. Asociado a padecimiento actual refiere aumento de volumen en región canina izquierda, de aproximadamente 3 x 3 cm con aumento progresivo hasta 10x7 cm, doloroso de intensidad 9/10 en la escala análoga del dolor, de tipo punzante, continuo, sin irradiaciones; del mismo tiempo de evolución refiere paresia de hemicara izquierda. Es manejada con antibioticoterapia y analgesia no especificada en dosis ni posología; se resuelve desequilibrio metabólico y se decide su egreso hospitalario. 48 hrs posteriores se agrega aumento progresivo de dolor en hemicara izquierda, de intensidad 10/10 en la escala análoga del dolor, continuo, de tipo punzante, sin irradiaciones.

Exploración física:

Cara: asimétrica por aumento de volumen en región malar e infraorbitaria izquierda de 10 x 7 cm hiperémica, hipertérmica, dolorosa a la palpación, indurada, con cambio de color a la digitopresión, con úlcera en región malar izquierda de aproximadamente 2x2 cm; se observa segunda úlcera en región infraorbitaria izquierda de aproximadamente 1 cm con coágulo. Función facial derecha conservada e izquierda no valorable.

Ojos: ojo izquierdo con edema bpalpebral de predominio superior el cual limita la apertura ocular espontánea, no se observa salida de secreción, pupilas isocóricas, normorefléxicas, movimientos oculares y agudeza visual aparentemente conservados. Ojo derecho sin alteraciones periorbitarias, apertura ocular espontánea, pupilas isocóricas, normorefléxicas, movimientos oculares y agudeza visual aparentemente conservados.

Oídos: pabellones auriculares normoinsertos, sin malformaciones aparentes, conductos auditivos externos permeables, membranas timpánicas íntegras, proceso corto y mango del martillo visibles, móviles a las maniobras de Toynbee y Valsalva.

Nariz: con ligera laterorrinea a la izquierda a expensas de aumento de volumen malar, dorso regular, punta y base mediana, ángulo nasolabial recto, a la rinoscopia anterior mucosa nasal rosada con septum con desviación a la izquierda en área II a IV de Cottle con presencia de espolón ipsilateral no contactante con pared lateral; cornetes inferiores hipertróficos que reducen a la aplicación de oximetazolina. Válvulas nasales izquierda colapsada y derecha insuficiente.

Cavidad oral: sin limitación para la apertura, piezas dentales en mal estado, paresia bucal izquierda, edentulia parcial con presencia de prótesis dentaria de incisivos superiores, piso de la boca sin edema, ni elevaciones, paladar duro con herida de aproximadamente 3 mm x 2 mm contactante con hueso maxilar que no comunica estructura nasosinusal, paladar blando sin alteraciones.

Orofaringe: amígdalas palatinas grado I, cripticas sin caseum ni reacción periamigdalina; paredes faríngeas laterales sin desplazamiento ni edema, pared posterior sin abombamiento ni descarga.