

CENTRO MÉDICO ISSEMyM Metepec

Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello



OTORRINOLARINGOLOGÍA
CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO | **ISSEMYM**

SESIÓN INTERHOSPITALARIA ENERO 2025

Asesor:

Dra. María Teresa Beltrán Perdomo, jefa de servicio de ORL y CCC
Dr. Benjamín García Enríquez, Profesor titular del servicio de ORL y CCC

Médicos Residentes:

Dr. Antonio Anchondo López R3 ORL y CCC
Dr. Omar Bastida Arizmendi R1 ORL y CCC

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Masculino de 56 años originario y residente de Malinalco Estado de México, estado civil: casado, 2 hijos aparentemente sanos, religión católica, escolaridad secundaria, ocupación: electricista y pastor.

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Rama materna con carga genética para diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica.

Rama paterna antecedentes interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Habita en casa propia, cuenta con todos los servicios de urbanización, zoonosis positiva para 3 gatos vacunados, se dedica a la crianza de borregos.

Hacinamiento negativo

Hábitos higiénicos adecuados y dietéticos regulares en calidad y cantidad.

Esquema de inmunizaciones completo, Esquema COVID completo, 3 dosis.

Consumo de alcohol desde los 18 años dos veces por semana llegando al estado de ebriedad, suspendido a los 45 años.

Tabaquismo desde los 20 años a razón de 6 cigarrillos al día, suspendido desde el 2012 por decisión propia.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Crónicos degenerativos: diabetes mellitus desde hace 26 años, en tratamiento con glibenclamida cada 12 horas, actualmente insulina glargina 40 UI.

Quirúrgicos: drenaje de absceso septal en enero 2024 sin causa aparente.

Antrostomía maxilar endoscópica (20/07/2024) por probable bola fúngica en seno maxilar derecho, realizado en un hospital privado.

Traumáticos, Transfusionales, alérgicos negados

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia desde enero 2024, posterior presentar absceso septal y ser drenado por otorrino particular, con la siguiente sintomatología:

☑ Sensación de obstrucción nasal constante, que cede parcialmente con lavados nasales y antihistamínicos

☑ Dolor en hemicara derecha de leve a moderada intensidad, cede parcialmente con analgésico y aumenta con movimientos cefálicos

☑ Pérdida de peso a razón de 6 kilos los últimos 5 meses sin causa aparente

Julio 2024 presenta los siguientes síntomas:

☑ Otaglia derecha constante, de predominio nocturno EVA 5/10, que cede con analgésicos, sin exacerbantes

☑ Hipoacusia de predominio derecho que no interfiere con la discriminación fonémica

☑ Sensación de plenitud ótica derecha, intermitente, sin atenuantes ni exacerbantes.

☑ Acúfeno derecho, no pulsátil, de tono grave, que no interfiere con la discriminación fonémica ni la comunicación

3 días previos al ingreso (08 agosto 2024) presenta de manera súbita:

☒ Otolgia derecha constante, EVA 9/10 que cede parcialmente con analgésicos sin exacerbantes

☒ Otorrea derecha no fétida.

☒ Parálisis facial derecha, acompañada de disartria

Niega fiebre, vértigo, disfagia, disnea, globus faríngeo, o alguna otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA:

Paciente alerta, orientado, cooperador, con adecuado estado de hidratación. Cuenta con los siguientes signos vitales: FC: 74 x', FR: 18 x', TA: 135/85 mmHg, temperatura 36°C, saturación de oxígeno 95% al aire ambiente.

Cara: Parálisis facial House Brackmann III

Oído derecho: Región retroauricular sin alteraciones, pabellón auricular de características normales y adecuada implantación, conducto auditivo externo con detritus y secreción de los cuales se obtiene muestra para cultivo, posteriormente se realiza aspiración observando eritema con edema circunferencial, membrana timpánica íntegra, opaca, móvil, triángulo de Politzer en cuadrante anteroinferior, mango de martillo visible, pars flácida íntegra, sin bolsa de retracción.

Oído izquierdo: Pabellón auricular con adecuada implantación y de características normales, conducto auditivo externo con presencia de tapón de cerumen el cual se retira, visualizando conducto auditivo externo permeable y amplio, membrana timpánica íntegra, opaca, móvil, triángulo de Politzer en cuadrante anteroinferior, mango de martillo visible, pars flácida íntegra, sin bolsa de retracción.

Nariz: Mesorrina, pirámide central, dorso con deformidad en silla de montar, piel gruesa, base ancha, ángulo nasolabial menos de 90 grados, columnella central, vestibulos simétricos, septum con desviación en bloque a la izquierda no contactante con mucosa ipsilateral, cornetes en ciclo.

Cavidad oral: Chasquido de apertura no doloroso a la palpación, mucosa bien hidratada, piezas dentales en regular estado, lengua y úvula centrales y móviles con adecuado tono, amígdalas intravélicas, pared posterior con descarga, reflejo nauseoso presente, conductos de Stenon y Wharton permeables, drenando secreción hialina, paladar duro y blando íntegros.

Cuello: Simétrico, tráquea central y desplazable, no se palpa glándula tiroides ni adenomegalias.

Tomografía simple y contrastada en corte axial, sagital y coronal en ventana para hueso y tejido blando de cráneo (09 agosto 2024): Se visualiza septum funcional, seno maxilar derecho y celdillas etmoidales anteriores y posteriores con imagen isodensa a tejidos blandos parcialmente ocupativa, resto de senos paranasales sin alteraciones, CAE derecho permeable, caja timpánica con huesecillos presentes articulados, parcialmente ocupada con imagen isodensa a tejidos blandos, al igual que mastoides derecha, se observa imagen de 6x4cm heterogénea, irregular, alternando con imágenes hipodensas con bordes que realzan al paso del medio de contraste en múltiples colecciones dentro de la misma que se extiende hasta apex petroso derecho y lisis ósea del mismo, articulación temporomandibular respetada. Lado contralateral sin alteraciones.

Se inicia impregnación antibiótica con: Ceftriaxona 2gr IV cada 8 horas + Ciprofloxacino 400mg IV cada 12 horas, omeprazol 40mg IV cada 24 horas, insulina glargina 40 UI SC cada 24 horas, paracetamol 1gr IV cada 8 horas, hipromelosa gotas oftálmicas.

A las 24 horas posterior a inicio de impregnación antibiótica, se decide por realizar mastoidectomía simple derecha + colocación de tubo de ventilación derecho, sin embargo, durante evento quirúrgico sufre de crisis hipertensiva por lo que el servicio de anestesiología solo nos permite realizar la colocación de tubo de ventilación tomando nuevamente secreción para cultivo.

48 horas posterior a evento quirúrgico no muestra mejoría, inicio de parálisis facial contralateral sin otorrea ...

Resto del caso se comentará durante la sesión.