

RESUMEN DE CASO CLINICO CMN DEL BAJÍO UMAE T1.

JEFE DE SERVICIO: DR. MIGUEL ANGEL RICO MALDONADO
JEFE DE ENSEÑANZA DE ORL: DR. MARCOS FLAVIO ROQUE MORENO

PONENTES:

- OSCAR FERNANDO CANDIDO MIRELES RESIDENTE 3 AÑO
- JHOSEP MANUEL MIRANDA GARCÍA RESIDENTE 4 AÑO
- EDUARDO DÁVILA GODINEZ RESIDENTE 4 AÑO

Paciente masculino de 20 años, Originario y residente de lagos de moreno, Jalisco. Ocupación: Estudiante.

AHF: Madre con HAS, Abuela materna con patología cardiaca no especificada, tía materna con tumor cerebral no especificado y otra tía materna con DM2. Niega antecedentes de otras enfermedades reumatológicas, endocrinológicas, hematológicas, neurológicas o de hipoacusia familiar.

APNP: Habita casa prestada con todos los servicios intradomiciliarios. Adecuados hábitos higiénicos con baño y cambio de ropa diario, lavado dental 3 veces al día, alimentación regular en calidad y cantidad. Hemotipo O +. Convivencia con animales negativa. Inmunizaciones completas para edad y género, 3 dosis para COVID (Aztra Zéneca, desconoce fecha de aplicación de última dosis). Tabaquismo con inicio a los 16 años a razón de 3 cigarros al día, suspendido hace 1 año, alcoholismo con inicio a los 16 años una vez a la semana hasta la embriaguez, suspendido hace 1 año. 5 Tatuajes, último realizado hace 1 año ninguno con técnica estéril. Exposición a ruidos (alarmas, durante 1 año sin equipo de protección). Niega otras toxicomanías y solventes.

APP: Médicos: Litiasis renal izquierda diagnosticada hace 1 mes sin tratamiento quirúrgico, Hospitalizaciones: En septiembre 2021 por pancreatitis durante 21 días, en julio 2022 por cólico renal. Alergias: Penicilina, clonixinato de lisina (Rash cutáneo). Niega antecedentes quirúrgicos, traumatológicos, infecciosos y transfusionales.

Estudios previos de importancia: 03/11/21: Tomografía de abdomen que reporta: Tejido pancreático heterogéneo con imagen sugestiva de pseudoquiste son uno hacia la cabeza del páncreas no mayor a 3 cm y otro de 2 cm aproximado.

PA: Inicia su padecimiento actual en marzo sufriendo fractura de primer molar superior izquierdo, por lo que acude con médico particular para extracción. Un mes posterior a procedimiento presenta aumento de volumen en región malar izquierda, que se acompaña de dolor EVA 10/10 irradiado a región frontal y temporal ipsilateral, que cede con analgésicos, así como aumento de temperatura local acudiendo a dentista particular quien a través de sitio de extracción de primer molar superior izquierdo realiza drenaje en 3 ocasiones de material hemático.

Hace 2 días debido a aumento de dolor, es referido a cirujano maxilofacial quien punciona a través de la misma herida obteniendo material hemático y sugiere la realización de TC de nariz y senos paranasales. Motivo por el que acude a servicio de urgencias en Lagos de Moreno quienes realizan estudio tomográfico encontrando tumor nasal izquierdo, deciden su envío a esta institución para tratamiento quirúrgico. Acude el día de su ingreso a urgencias de esta unidad donde es valorado por cirugía maxilofacial, quienes realizan nuevamente punción en sitio de extracción del molar, obteniendo 5 cc de material hemático, por lo que se nos interconsulta.

SV: TA 98/61 mmHg FC: 61 lpm FR: 18 rpm T: 36.3°C SatO2: 98%

EF: Paciente consciente, orientado, cooperador, con adecuado estado de hidratación y coloración de tegumentos. Aumento de volumen en hemicara izquierda a nivel de región cigomática y mandibular, sin cambios tróficos en piel. Endoscopia con lente de 30 grados: Septum con deflexión a la derecha. FND: con cresta basal área II-IV no contactante, cornetes en ciclo con adecuada coloración de la mucosa. FNI: tumor pálido, regular, contornos bien delimitados, sin evidencia de aumento de vascularidad, que condiciona obstrucción total de fosa nasal, que proyecta al cornete inferior hacia el septum, no se logran visualizar otras estructuras y obstrucción del marco coanal de la misma fosa, sin compromiso de fosa contralateral. Cavity oral: Ausencia de primeros molares superiores bilateral, mal estado de higiene dental, herida en sitio de inserción a nivel de primer molar superior izquierdo móvil con restos hemáticos, sin datos de infección o sangrado activo. Orofaringe: amígdalas intravélicas, sin reacción periamigdalina, pared posterior sin descarga hemática. Pares craneales sin alteraciones. Niega otra sintomatología ORL.

