

SESIÓN INTERHOSPITALARIA DEL SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Paciente masculino de 18 años de edad, estado civil soltero, ocupación desempleado escolaridad bachillerato, religión agnóstica, originario de la Ciudad de México y residente del Estado de México; con los siguientes antecedentes de importancia:

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES

Abuela paterna y materna con antecedente de hipertensión arterial sistémica; abuela paterna con antecedente de diabetes mellitus tipo 2. Resto interrogados y negados.

ANTECEDENTES PERSONALES NO PATOLÓGICOS

Etilismo desde los 17 años de edad hasta la actualidad de consumo ocasional hasta llegar a la embriaguez, consumo de crack desde los 15 años de edad, a razón 3 gramos al día, último consumo en septiembre 2025; tabaquismo y otras toxicomanías, interrogadas y negadas. Esquema de inmunizaciones aparentemente completo, no muestra cartilla de vacunación; refiere inmunización contra SARS-CoV2, con 1 dosis de vacuna desconocida. Grupo sanguíneo desconocido. Niega inicio de vida sexual. COMBE negativo.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Alergias interrogadas y negadas. Resto interrogados y negados

PADECIMIENTO ACTUAL

Inicia padecimiento actual el día 02.03.26 con obstrucción nasal bilateral, de predominio derecho, de presentación intermitente, sin predominio de horario, que se exacerba a los cambios de temperatura, sin factores atenuantes aparentes; que se acompaña rinorrea anterior hialina de escasa cantidad, de predominio por fosa nasal derecha, de presentación intermitente, de predominio matutino, sin factores exacerbantes ni atenuantes aparentes. De igual forma refiere presentar algia centofacial de predominio en región maxilar bilateral y frontal, de tipo opresiva, sin irradiaciones, de intensidad 4/10 en escala análoga del dolor, sin factores exacerbantes ni atenuantes aparentes; por lo que acude a facultativo externo donde prescribe levofloxacino de 500 mg cada 12 horas por 7 días, paracetamol 500 mg cada 8 horas por 7 días y lavados nasales con Sterimar cobre cada 12 horas por 7 días, con mejoría parcial de la sintomatología. El día 14.03.26 rinorrea anterior de abundante cantidad, de predominio por fosa nasal derecha, coloración amarillenta, no fétida, de presentación continua, sin factores exacerbantes ni atenuantes aparentes así como aumento del algia centofacial de intensidad 8/10 en escala análoga del dolor, de predominio en región malar derecha, de tipo

opresiva, sin irradiaciones, sin factores exacerbantes ni atenuantes aparentes, por lo que acude nuevamente a facultativo externo quien por sospecha de infección por influenza, prescribe oseltamivir y analgésico en dosis y posología no especificada, sin mejoría de la sintomatología, el cual deja a libre evolución, presentando el día 28.03.26 persistencia del cuadro clínico que se acompaña de aumento de volumen en región malar de aproximadamente 3x3 cm no hiperémica, no hipertérmica, dolorosa a la palpación de tipo punzante, sin irradiaciones, de intensidad 8/10 en escala análoga del dolor, edema periorbitario derecho, disminución de la agudeza visual de ojo derecho, sensación de descarga retrorrenal de presentación continua, sin factores atenuantes ni exacerbantes aparentes; motivo por el cual acude a nuestra institución para valoración y manejo.

Al interrogatorio dirigido niega pérdida de peso, diaforesis nocturna, cacosmia, epistaxis anterior o posterior, trauma así como otra sintomatología agregada.

EXPLORACIÓN FÍSICA

| Signos vitales | | |
|---|---------------------------------------|---|
| Presión arterial: 112/78 mmHg | Frecuencia cardiaca: 83 lpm | Frecuencia respiratoria: 19 rpm |
| Temperatura: 36.5°C | | SatO2: 93% |
| Peso: 62 kg | | Talla: 174 cm |

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, despierto, cooperador, mesomórfico íntegro y mal conformado a expensas de edema en hemicara derecha con edema bipalpebral derecho, marcha y postura sin alteraciones, sin facies característica, con adecuada hidratación de mucotegumentos.

Cara: surcos nasogenianos y frontales conservados, cierre ocular al mínimo y máximo esfuerzo, sin desviación de la comisura labial. Se integra un House Brackmann I. Presenta aumento de volumen en región malar derecha de aproximadamente 3x3 cm, blando, no hiperémico, no hipertermico, doloroso a la palpación, sin cambios de la coloración a la digitopresión.

Cráneo: normocéfalo, sin exostosis ni hundimientos, adecuada implantación capilar, sin puntos algícos a la palpación.

Ojo derecho: edema del párpado inferior derecho que no limita apertura ocular espontánea, con presencia de proptosis del globo ocular; pupilas isocóricas, normoreflexicas, movimientos oculares limitados a la aducción, resto de aparentemente conservados; con disminución de la agudeza visual y diplopia. Ojo izquierdo: sin alteraciones periorbitarias, pupilas isocóricas, normoreflexicas, movimientos oculares y agudeza visual aparentemente conservados.

Oídos: pabellones auriculares normoinsertos, sin malformaciones aparentes, conductos auditivos externos permeables; a la otoscopia se aprecian membranas timpánicas íntegras, traslúcidas, triángulo luminoso en cuadrantes anteroinferiores,

pars tensa de aspecto liso y aperlado, pars flácida sin retracción, proceso lateral y mango del martillo visibles, móviles a las maniobras de Toynbee y Valsalva.

Nariz: central, dorso regular, punta y base ancha, ángulo nasolabial recto, a la rinoscopia anterior en fosa nasal derecha con mucosa nasal rosada con presencia de descarga por meato medio, de moderada cantidad, de coloración amarillenta, no fétida; en fosa nasal izquierda se observa mucosa nasal rosada; septum con desviación a la izquierda en área IV de Cottle a expensas de espolón contactante con cuerpo y cola del cornete inferior; cornetes inferiores hipertróficos que reducen parcialmente a la aplicación de oximetazolina. Válvulas nasales suficientes.

Cavidad oral: con adecuada apertura, buena hidratación de mucosas, adecuada higiene, lengua central móvil y sensibilidad conservada, piso de la boca sin edema ni elevaciones, paladar en sus porciones dura y blanda sin alteraciones, úvula central, amígdalas palatinas grado I, crípticas, sin caseum, sin reacción periamigdalina, paredes faríngeas laterales sin edema ni desplazamiento, pared faríngea posterior sin abombamiento ni descarga.

Cuello: cilíndrico y simétrico, movimientos conservados sin alteraciones, tráquea central y móvil, signo de Moore positivo no doloroso, sin adenopatías, pulsos carotídeos homócronos y sincrónicos entre sí y con pulso radial.

Tórax: normolíneo con adecuados movimientos de amplexión y amplexación. Resto de exploración sin datos que comentar.

Resto del caso clínico se comentará durante la sesión.

PRESENTA:

DRA NATALIA RIVERA ESPINOSA DE LOS MONTEROS

Jefa de servicio y médico de base del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga

DR. ROGELIO MARCO ANTONIO CHAVOLLA MAGAÑA

Médico de base del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga y coordinador del caso clínico.

DRA. ARIADNA VAZQUEZ CUESTA

Residente de tercer año del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga

DRA. LOPEZ GONZALEZ GRECIA FERNANDA

Residente de tercer año del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga

DRA. BONILLA MORALES JOSSELINE GUADALUPE

Residente de tercer año del Hospital General de México Dr Eduardo Liceaga