

SESIÓN CLÍNICA EN RED SADEMI 08 NOVIEMBRE 2017, HOSPITAL GENERAL BÁSICO MOTRIL

MUJER DE 61 AÑOS CON DISFAGIA

Motivo de consulta: Disfagia.

Antecedentes personales: Fumadora, un paquete de cigarrillos/ día, desde hace 40 años. Hipertensión Arterial, desde los 55 años, tratada con Enalapril 20 mg/ Hidroclorotiazida 12,5 mg.

Enfermedad actual: Consulta por disfagia de un mes y medio de evolución, tanto a sólidos como a líquidos, con pérdida de unos 8 Kg de peso. Es ingresada desde Urgencias, para estudio de posible neoplasia esofágica, solicitando una Endoscopia digestiva alta. Una primera exploración ORL mostró edema de cuerdas vocales y retención de saliva en seno piriforme derecho.

Refiere cefalea en los últimos tres meses, intensa, con poca respuesta a analgésicos, continua, hemicraneal izquierda, sin vómitos ni fiebre. Asocia sensación de obstrucción nasal, hipoacusia izquierda, salivación y carraspeo persistente, que genera tos. Describe debilidad en mano izquierda para movimientos finos.

Exploración: Consciente, funciones superiores normales, bien orientada, afebril y sin signos de afectación meníngea. Discreta parálisis facial central izquierda. Ronquera y voz gangosa. Tics faciales frecuentes en área frontal y ocular izquierda. Hiperreflexia generalizada; atrofia de musculatura interósea de mano izquierda, con fuerza 4+/5. No se objetivan fasciculaciones linguales. La marcha es normal. No presenta temblor ni ataxia. No se palpan adenopatías y tampoco masas en abdomen y no hay crecimiento de hígado ni bazo. Buen murmullo vesicular, roncus aislados. Tensión Arterial 147/ 87 mmHg, 56 latidos/ minuto, rítmico, Saturación Arterial Oxígeno ambiente 98%. Talla 150 cm., peso 38 Kg, IMC 17. Fondo de ojo, sin edema de papila.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS AL INGRESO:

Radiografía de Tórax: Discreto patrón intersticial difuso bilateral.

TAC Cráneo urgente, sin contraste: No se describen alteraciones patológicas significativas.

Analítica: Normalidad de serie roja y leucocitos, plaquetas 98000/ mm³. Estudio básico de coagulación normal. Bioquímica básica de urgencias normal.

ECG: Ritmo sinusal normal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN PLANTA:

Analítica: Hemograma completo, estudio de coagulación, urea, creatinina, Filtrado Glomerular, iones séricos, TSH, perfil hepático completo (salvo LDH 524 UI/L) y marcadores tumorales habituales: Normales. PCR 40 mg/L. Serología completa, incluida VIH. Negativa.

Endoscopia Digestiva Alta: Pequeña hernia de hiato sin lesiones. Estómago y duodeno normales.

RNM Cráneo y Mielo-RNM cervical, sin contraste intravenoso: Sin hallazgos patológicos.

Estudio Neurofisiológico: Se descarta ELA; datos compatibles con “miopatía” afectando a la musculatura bulbar.

Nueva exploración ORL: Parálisis de hemilaringe izquierda, con luz glótica suficiente. Saliva espesa que colapsa el seno piriforme izquierdo.

Ante la intensidad y persistencia de la cefalea, revisé con Radiología las imágenes de TAC y RNM de cráneo, comprobando que había, en la base de cráneo, una probable lesión de partes blandas que afectaba estructuras óseas de la base del cráneo. Solicité entonces:

TAC con contraste intravenoso de Cráneo, cuello y tórax:

Masa de partes blandas, 4 x 2 cm., a nivel del hueso occipital izquierdo, próximo a la fisura petrooccipital, con destrucción ósea a dicho nivel y realza con contraste intravenoso. Patrón permeativo que se extiende por hueso esfenoidal, punta del peñasco, porción basilar del hueso occipital y cuerpos vertebrales C2-C6. Engrosamiento difuso de pliegues ariepiglóticos, con discreto realce mucoso en el derecho, importante esclerosis de cartílagos aritenoides.

Vías aéreas superiores normales. Silueta mediastínica normal. Múltiples imágenes bullosas de predominio en campos superiores y periféricas, tipo enfisematoso. Bronquiectasias, quistes subpleurales, a modo de panalización, y discreto patrón en vidrio deslustrado de distribución periférica, subpleural y predominio posterobasal, hallazgos sugerentes de fibrosis pulmonar. Se objetiva lesión tipo masa intraparenquimatosa, subpleural, en segmento posterior del lóbulo inferior pulmonar derecho, 3 x 5 cm., que se realza con el contraste intravenoso. Múltiples adenopatías mediastínicas, paratraqueales derechas, subcarinales, hiliares derechas. Hígado, bazo, páncreas, riñones y glándulas suprarrenales sin hallazgos a destacar. Lesión hiperdensa, osteoblástica afectando el cuerpo vertebral de D12.

Se realizó un procedimiento diagnóstico.