Semergen. 2015;41 (Espec Congr):771

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/133 - LO QUE ESCONDÍA LA DISFONÍA

N. Domene Martí, P. Barrado Sampietro, M. García Muñoz, M. Arenas Jiménez, M. Masamunt París y S. Carbó Queralto

Médico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años, sin hábitos tóxicos, con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, obesidad, hernia de hiato, fibrilación auricular paroxística, isquemia aguda en extremidad inferior derecha en 2013 de probable origen embólico, ictus de ACM izquierda en mayo 2014 (recuperación ad integrum) en contexto de abandono de anticoagulación. En tratamiento con bisoprolol 5 mg, enalapril/hidroclorotiazida 20/12,5 mg, amlodipino 5 mg, lorazepam 1 mg, rivaroxabán 20 mg. Refería molestias faríngeas y disfonía de 2-3 meses de evolución, motivo por el cual había sido derivada a otorrinolaringología (ORL), realizándose laringoscopia indirecta y radiografía de tórax que fueron normales. La paciente no presentaba síndrome tóxico. Se orientó como disfonía por reflujo gastroesofágico (RGE) y se prescribió omeprazol. Cuatro meses más tarde reconsulta por síndrome tóxico y un nódulo laterocervical compatible con adenopatía patológica.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA: 139/85; FC: 76; Afebril. Cavidad oral y orofaringe sin lesiones. Palpación cervical: adenopatía de 3 cm en área cervical IV de consistencia pétrea y adherida a planos profundos, indolora. Laringoscopia indirecta (practicada por ORL): normal. Radiografía de tórax: normal. Analítica: hemograma y bioquímica normales. TSH 1,37 mlU/L; T4 libre 15,03 ug/dl; anticuerpos anti TPO negativos; anticuerpos anti-tiroglobulina 30,36 (normal < 4,11); tiroglobulina 136 ng/mL. TAC cérvico-torácico-abdominal: adenopatías cervicales izquierdas, la mayor de 26 mm. Glándula tiroidea aumentada de tamaño a expensas de lóbulo tirodal izquierdo (LTI), de densidad heterogénea. No adenopatías axilares ni mediastínicas. Resto sin alteraciones significativas. Ecografía tiroides: masa hipoecóica en LTI de 30 × 28 mm sospechoso de proceso neoformativo primario. Adenopatía laterocervical derecha de 20 mm. PAAF: carcinoma metastásico de carcinoma papilar de tiroides. Tiroidectomía total: tumor que infiltra tráquea y pared lateral de esófago y laringe. Nervio recurrente izquierdo englobado por el tumor. AP: carcinoma papilar variante folicular izquierdo.

Juicio clínico: Carcinoma papilar de tiroides pT4aN1a.

Diagnóstico diferencial: La disfonía (que es el síntoma inicial de nuestra paciente) puede ser causada por laringitis agudas o crónicas (por tóxicos o irritantes como el tabaco, RGE, por fármacos, infecciosa, posradiación), lesiones laríngeas benignas (pólipos, nódulos, edema de Reinke), cáncer de laringe. Parálisis recurrencial (secundaria a cirugía de tiroides, de columna cervical, intubación orotraqueal, tumores de base de cráneo, cuello y tórax, neuropatía periférica, neuropatía diabética o malformación de Arnold-Chiari). Enfermedades neurológicas (Parkinson, miastenia grave, esclerosis

múltiple, ELA, distrofia muscular). Enfermedades autoinmunitarias (lupus, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide).Trastornos endocrinos (hipotiroidismo). Amiloidosis. Disfonía espasmódica.

Comentario final: La disfonía es un motivo de consulta muy frecuente en atención primaria y puede estar causada por múltiples patologías. Toda disfonía de más de 15 días de evolución debe ser valorada por ORL para descartar causas laríngeas, pero no debemos olvidarnos de las causas extra-laríngeas. El caso que nos ocupa es una disfonía causada por un tumor de tiroides que engloba al nervio recurrente laríngeo. Por ello, en el estudio de un paciente con disfonía persistente o intermitente es muy importante la anamnesis e interrogar sobre los hábitos tóxicos, los fármacos, los antecedentes quirúrgicos y los síntomas acompañantes (disfagia, disnea, RGE, síntomas neurológicos...). Deben ser consideradas también enfermedades sistémicas como el hipotiroidismo o enfermedades neurológicas. En la exploración también palparemos el cuello en busca de masas, adenopatías o patología tiroidea y exploraremos los pares craneales bajos: sensibilidad, movilidad velopalatina y reflejo nauseoso (nervios glosofaríngeo y vago), movilidad del hombro (nervio espinal), movilidad de la lengua (nervio hipogloso). Las exploraciones iniciales que debemos hacer son una analítica general con hemograma, velocidad de sedimentación globular y TSH y una radiografía de tórax (sospecha de tumor mediastínico, aneurismas de arco aórtico, hipertrofia de la aurícula izquierda). El estudio endoscópico faringolaríngeo o la laringoscopia indirecta se hará en el servicio de ORL y se valorará realizar otras pruebas de imagen como TAC cervical.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brunch JM, Kamani DK. Hoarseness in adults. Update 2008.

2. La Huche F, Allali A. La voz. Tomo 2. Patología vocal de origen funcional. Barcelona: Masson; 2004.

3. Marí Corell M, Alonso Martín I. Disfonía. AMF. 2009;5(11):644-8.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.