



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2535 - SÚBAME EL VOLUMEN

J. Castiñeiras Moracho<sup>a</sup>, O. Gutab<sup>b</sup>, F. Juárez Barillas<sup>c</sup>, R. Carral Cancela<sup>d</sup>, M. Ochoa Fernández<sup>e</sup> y J. Ballesteros Pérez<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cascante. Tudela. Navarra. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tudela Este. Navarra. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Valtierra. Tudela. Navarra. <sup>d</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Oeste. Navarra. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tudela Este. Navarra.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 75 años de edad con antecedentes de EPOC e Insuficiencia Mitral, que acude a nuestra consulta por presentar disfonía y disnea en el contexto de una infección de vía aérea alta de 3 días de evolución sin fiebre. Se constata en la primera exploración la presencia de faringe hiperémica por lo que se trata con tratamiento antiinflamatorio a dosis habituales, 20 días más tarde acude de nuevo a nuestra consulta con clínica de afonía, ahora ligeramente más marcada que en anteriores ocasiones, y sensación disneica cuando prolonga sus conversaciones.

**Exploración y pruebas complementarias:** Faringe normocoloreada, sin adenopatías, no aumento de tamaño amigdalar, se decide derivación a Otorrinolaringología para estudio. En Otorrinolaringología observan mediante nasofibrofaringoscopia una paresia de cuerda vocal izquierda con buen cierre compensatorio sin otras anomalías y se decide la realización de un TAC cérvico-torácico. TAC: dilatación de aorta descendente (ya conocida) y de arteria pulmonar izquierda con compresión del nervio recurrente izquierdo (NRI), sin otros hallazgos. Ante dicho resultado decidimos derivación a Cardiología para estudio de descompensación de su hipertensión pulmonar (HTP) de base.

**Juicio clínico:** Síndrome de Ortner.

**Diagnóstico diferencial:** Neoplasia pulmonar; laringitis vírica; laringitis irritativa; poliposis cordal; traumatismo laríngeo.

**Comentario final:** Ortner describió por primera vez en 1897 la parálisis del NRI en pacientes con valvulopatía mitral, atribuyéndola a la compresión de aquél por la aurícula izquierda dilatada. Posteriormente, otros autores han descrito este fenómeno en otros cuadros clínicos que cursan con HTP esencial o secundaria. Este síndrome suele ser de muy rara aparición. La HTP suele cursar inicialmente con cuadros de disnea, letargo y fatiga que a medida que pasa el tiempo se acompaña de otros síntomas, los más comunes dolor torácico y abdominal, edemas generalizados, síncope, y los menos frecuentes, tos, hemoptisis y el síndrome que nos ocupa el Ortner. Si bien es cierto que nuestra paciente estaba bajo seguimiento por su patología valvular y que con anterioridad había sufrido de HTP esta se había corregido con tratamiento farmacológico, y hasta la aparición disfónica no dio muestras clínicas de posible descompensación.

### Bibliografía

1. Zamora Mestre S, de Guevara Bravo F, Acosta Varo M. Parálisis recurrenial izquierda secundaria a insuficiencia mitral periprotésica. Revista Española de Cardiología. 1997;50(12):902-3.

**Palabras clave:** Hipertensión pulmonar. Afonía.