

## 424/1999 - DISFAGIA Y AFONÍA BRUSCA EN PACIENTE ANCIANA

Y. Domínguez Fernández<sup>1</sup>, J. Merchán Geniz<sup>2</sup> y D. Casado Gómez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Valme. Sevilla. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Sevilla. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Oliva. Alcalá de Guadaira. Sevilla.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 95 años sin AP de interés salvo catarata en ojo derecho y dependencia para ABVD (institucionalizada) que es traída a atención primaria por su familia ante afonía y disfagia brusca de 2-3 días de duración. No tolera sólidos ni líquidos. No ha presentado fiebre.

**Exploración y pruebas complementarias:** En primer lugar, tras realizar desde atención primaria una exploración ORL completa y no observar signos de candidiasis orofaríngea ni cuerpo extraño se derivó a Hospital de referencia para valoración por ORL.

**Orientación diagnóstica:** Tras la valoración por ORL y hallazgo en fibrobroncoscopia de parálisis de la hemilaringe derecha sin lesiones visibles se decide valoración por neumología con broncoscopia en la que aparece lesión tumoral base de la lengua, pared lateral faríngea izquierda hasta seno piriforme y parálisis cuerda vocal derecha como diagnóstico posible lesión mediastino como causa (lesión faríngea izquierda y laringe derecha). Ante hallazgos no concluyentes para ampliar estudios recomiendan realización de un TAC de cuello y tórax y poner SNG para alimentación.

**Diagnóstico diferencial:** Con otras causas de afonía sin signos de alarma como pueden ser faringitis o amigdalitis víricas, que no serían tras bruscas, al igual que causas de disfagia como puede ser cuerpo extraño o atragantamiento.

**Comentario final:** Tras comentar con la familia ésta rechaza ampliar estudio y la colocación de SNG por sufrimiento de la paciente que se encuentra con mal control del dolor y situación de afagia sin tolerar sólidos ni líquidos. Tras comentar con Paliativos se procede a ingreso para control del dolor y limitación de esfuerzo terapéutico. Fallecimiento dos días más tarde. Los médicos estamos entrenados para curar y nos resulta difícil aceptar que la medicina tiene un límite, pero no debemos olvidar que tan importante como luchar por curar a un enfermo es saber parar cuando tenemos claro que es imposible curarle.

### Bibliografía

1. Palomeque Rico A. Cuidados intensivos y cuidados paliativos. Anales de Pediatría. 2005;62(5):409-11.
2. D'Empaire G, D'Empaire ME, Encinosa J. Limitación de medidas terapéuticas en los pacientes críticos. Gac Méd Caracas. 2002;110(1):92-109.

**Palabras clave:** Afonía. Disfagia. Odinofagia.