



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

452/136 - UNA DISFONÍA QUE PROGRESA A AFONÍA

S. Soler Allué¹, A. Climente González², M. Sirera Rus², C. Cañardo Alastuey³, C. Soler Allué⁴, R. Torres Cabrero²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pirineos. Huesca.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital San Jorge. Huesca.³Médico Adjunto de Urgencias. Hospital San Jorge. Huesca.⁴Enfermero. Hospital San Jorge. Huesca.

Resumen

Descripción del caso: No alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: Ninguna enfermedad de interés. Paciente de 56 años refiere episodio de pérdida de conciencia sin cortejo vegetativo sin giro de objetos, sin náuseas ni vómitos, y sin pérdida de control de esfínteres. A los tres días empezó con parálisis facial izquierda acompañada de hipoacusia grave asimétrica. Fue remitida a Otorrinolaringología, donde se objetivaron ambos hallazgos, objetivando hipoacusia neurosensorial, y se realiza estudio mediante RM coclear para descartar neurinoma o proceso expansivo. Tres días más tarde la paciente vuelve a acudir a su médico de atención primaria por progreso de parálisis facial periférica progresando a ser bilateral, además la paciente presenta disfonía, por lo que dada la clínica neurológica que presenta, se comenta con Neurología, se realiza TAC toraco-abdominal y cerebral. Se objetiva nódulo pulmonar en segmento anterior de lóbulo superior izquierdo, sin otra imagen adicional. La paciente ingresa para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, consciente, orientada, normohidratada y normocoloreada. Glasgow 15. Movimientos oculomotores extrínsecos normales. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Parálisis facial periférica bilateral. Fluencia verbal y articulación verbal normales. Disfonía. No disartria. Reflejos osteotendinosos presentes. Romberg normal. Utensilios normal. Auscultación cardiaca: rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado en ambos campos pulmonares. Abdomen: peristaltismo presente, abdomen blando, depresible no doloroso a la palpación superficial. RM cerebral: sin hallazgos. TAC toraco-abdominal: nódulo en segmento anterior de lóbulo superior izquierdo compatible con adenocarcinoma. Bioquímica, hemograma y coagulación con anticuerpos oncológicos: CA 15,3, CA 125, CA 19.9, Cyfra 21,1: normales. Enolasa neuronal específica, K-ras y p53: elevados.

Juicio clínico: Adenocarcinoma pulmonar con síndrome paraneoplásico de: parálisis de cuerda vocal izquierda y parálisis facial progresivo bilateral.

Diagnóstico diferencial: Neurinoma del acústico. Colesteatoma. Carcinoma parotídeo.

Comentario final: La parálisis facial periférica idiopática no se asocia a otra clínica neurológica. En la afonía de más de tres días de evolución sin clínica infecciosa, hay que descartar origen tumoral. Los síndromes paraneoplásicos, no siempre van acompañados de anticuerpos onconeuronales positivos.

Bibliografía

Non-small cell lung cancer. Fort Washington, Pa.: National Comprehensive Cancer Network. Disponible en: http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp. Acceso Oct. 19, 2017.

AskMayoExpert. Non-small cell lung cancer. Rochester, Minn.: Mayo Foundation for Medical Education and Research; 2017.

Palabras clave: Parálisis. Facial. Afonía.