Semergen. 2017;43(Espec Congr 4):272

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

262/249 - DISFONÍA DE LARGA EVOLUCIÓN EN VARÓN DE MEDIANA EDAD

C. Sevillano Esquivel[a], M. Chacón González[b], J. Soto Olivera[c], M. López Rico[d] y A. Moreno Moreno[e]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.
[b]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.
[c]Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.
[d]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.
[e]Médico de Familia. Centro de Salud de San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 55 años exfumador (ICAT 60 años/paq) con dislipemia, ictus isquémico 2014, oclusión carotídea izquierda; acude por disfonía de 3 meses de evolución que aumenta en decúbito lateral izquierdo, en esa posición presenta episodios de tos, refiere también disfagia para líquidos y desde hace 2 semanas dolor facial izquierdo irradiado a cuello.

Exploración y pruebas complementarias: Cabeza y cuello: ptosis palpebral derecha, no adenopatías. Exploración orofaríngea: normal. Auscultación cardiopulmonar: rítmica, MVC. Abdomen y extremidades: normales. Neurológico: disfonía marcada, leve hemiparesia e hiperreflexia derecha ya conocidas, resto normal Analítica normal. Debido a la disfonía se deriva a ORL: Nasofibroscopia: buena movilidad de cuerdas sin lesiones aparentes. TC cervical: adenopatías cervicales subcentimétricas. El paciente regresa a nuestra consulta sin mejoría, solicitamos: Radiografía tórax: posible masa en ventana aortopulmonar. TC tórax: nódulo espiculado en LSI de 16 mm, lesión irregular parahiliar izquierda de 40 mm, adenopatías mediastínicas. Se deriva a Neumología desde donde se solicita: PET TC: nódulo en LSI con escasa actividad metabólica, adenopatía mediastínica y masa parahiliar hipermetabólicas. Broncoscopia: parálisis de cuerda vocal izquierda, árbol bronquial permeable hasta el límite de visión óptica. Se deriva a Cirugía Torácica para realización de mediastinoscopia donde se visualiza masa hiliar izquierda de características infiltrativas que engloba al nervio laríngeo recurrente, se biopsia masa y adenopatía. Anatomía patológica: tejido fibroso infiltrado por adenocarcinoma primario pulmonar.

Juicio clínico: Adenocarcinoma pulmonar IIIB, parálisis recurrencial izquierda.

Diagnóstico diferencial: Lesiones en cuerda vocal, laringitis inflamatorias, neoplasias de laringe, parálisis cuerda vocal, disfonías neurológicas, disfonías funcionales.

Comentario final: El nervio laríngeo recurrente izquierdo se desprende del vago en el tórax, a la altura del cayado de la aorta y asciende hasta la laringe, su lesión genera parálisis de todos los músculos intrínsecos de la hemilaringe excepto del músculo cricotiroides y esto generaba la disfonía en nuestro paciente. Los tumores malignos y sus adenopatías pueden comprimir cualquier punto del nervio recurrente por lo que ante una disfonía de larga evolución hemos de sospechar la presencia

de neoplasias torácicas.

Bibliografía

1. Suárez C. Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, 2ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana, 2008.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.