



Paciente masculino de 7 años de edad, procedente de los Mochis Sinaloa, estudiante, el cual cuenta con los siguientes antecedentes:

#### **Antecedentes Heredo-Familiares**

Interrogados y Negados

#### **Antecedentes Personales No Patológicos**

Originario y residente de los Mochis Sinaloa, católico, habita en casa propia con todos los servicios de urbanización, hábitos higiénico dietéticos adecuados en cantidad y calidad, zoonosis negativa, alcoholismo, tabaquismo, otras toxicomanías interrogadas y negadas, combe negativo, grupo y Rh O+, refiere cartilla de vacunación completa para su edad.

#### **Antecedentes Perinatales y Desarrollo Psicomotor**

Producto de la gesta 1, obtenido por cesárea de 40 S.D.G con un peso de 4.5 kg que lloro y respiro al nacer, no recibió seno materno, sostén cefálico a los 6 meses, gateo a los 5 meses, marcha 12 meses y articulación de palabras a los 18 meses.

#### **Antecedentes Personales Patológicos**

Exantemáticos positivo para varicela a los 4 años de edad sin complicaciones, Quirúrgicos positivos para una traqueostomía el 4 de Agosto del 2012 sin presencia de complicaciones, Traumáticos positivo para una contusión en región frontal derecha con una puerta requiriendo sutura con 2 puntos en Junio del 2012; Transfusionales, Alérgicos y Médicos interrogados y negados.

#### **Padecimiento Actual:**

Inicia su padecimiento hace 2 meses posterior a traumatismo craneo encefálico en región parieto-temporal derecha desde su propia altura, resultando herida en ceja derecha y hematoma en región cigomática, un día después presenta parálisis facial derecha House- Brackmann IV, además de odinofagia, disfagia e hiporexia y aumento de volumen en región malar derecha, acude con facultativo el cual diagnostica parotiditis tratándolo con antibioticoterapia sin mejoría, es valorado por el servicio de neurología donde le descartan fractura de hueso temporal como etiología de la parálisis facial, por lo que es enviado a nuestro servicio para su valoración.

#### **Exploración Física**

O: TA 110/70 FC: 68 FR: 17 TEMP: 36.5°C

Paciente irritable, poco cooperador, con funciones mentales superiores integras, bien hidratado, con palidez de mucosas y tegumentos.

Cara: Cierre palpebral derecho incompleto al máximo esfuerzo con signo de Bell positivo, incapacidad para elevar la ceja derecha y con inmovilidad de comisura labial derecha.

Ojos: movimientos oculares normales, visión adecuada.

Otoscopia: Pabellones auriculares normoimplantados, conductos auditivos externos permeables.

Oído izquierdo: Membrana timpánica integra con adecuada coloración y movilidad a las maniobras de Toynbee y Valsalva.

Oído derecho: Membrana timpánica integra, abombada, hiperémica, que no permite la valoración de estructuras de cavidad timpánica.

Nariz: Pirámide alineada, dorso regular, septum con desviación en área II-IV hacia la derecha no contactante con pared lateral, cornetes en ciclo, sin descarga por meatos.

Cavidad oral: Mucosas hidratadas, piso de la lengua carrillos sin alteraciones, úvula central, paladar blando abombado por tumoración en nasofaringe que obstruye el 90% de la luz faríngea, no pulsátil que no permite la valoración de estructuras posteriores.

Cuello: Corto, cilíndrico con presencia de cánula de traqueotomía tipo Shiley número 4.5 con tráquea móvil sin datos de megalias, pulsos carotídeos presentes sincrónicos con radiales, con enfisema subcutáneo en región supraclavicular derecha.

Estudios paraclínicos y protocolo de manejo se discutirán durante la sesión.

