



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CMNSXXI  
"Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez"  
OTORRINOLARINGOLOGÍA Y CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO**

**Caso clínico:**

Mujer de 49 años de edad con los siguientes antecedentes de importancia:

Originaria y residente del estado de Chiapas, casada, católica, escolaridad: primaria incompleta, ama de casa.

**Antecedentes heredofamiliares: Negados.**

**Antecedentes personales no patológicos:**

Habita en casa propia, en zona urbana, con todos los servicios básicos de urbanización, hacinamiento negativo, COMBE negado. Alimentación buena en calidad y cantidad. Higiene adecuada, con baño y cambio de ropa diario. Exposición a humo de leña durante 20 años.

**Antecedentes personales patológicos:**

Tabaquismo negado.

Etilismo desde los 20 años de edad, de manera ocasional sin llegar a la embriaguez, hasta la actualidad.

Diabetes mellitus tipo 2 de 14 años de diagnóstico, en tratamiento médico actual con metformina 850 mg, 1 tableta vía oral cada 12 horas y glibenclamida 5 mg, 1 tableta vía oral cada 24 horas.

Resección de tumor de mama izquierda hace 14 años, en SSA, bajo anestesia general, sin complicaciones, ni secuelas, con reporte verbal de benignidad.

Niega antecedentes alérgicos, traumáticos y transfusionales.

**Padecimiento actual:**

Inicia hace 3 meses con dolor ocular derecho sin causa aparente desencadenante, intensidad 8/10, continuo.

Disminución de agudeza visual derecha de mismo tiempo de evolución, de inicio lento, progresiva hasta llegar a la amaurosis desde hace 1 mes.

Hipoestesia y parestesias en hemicara derecha de 2 meses de evolución.

Cefalea frontoparietal derecha de mismo tiempo de evolución, intensidad 5/10, de tipo punzante, sin exacerbantes, sin mejoría a tratamiento médico con pregabalina, carbamacepina y dexametasona, sin predominio de horario, no relacionada a movimientos cefálicos.

Además refiere astenia, adinamia, hiporexia, náusea y vómito en múltiples ocasiones sin especificar cantidad ni características en múltiples ocasiones.

Niega fiebre y pérdida de peso.

Niega resto de sintomatología rinosinusal, faringolaríngea y cocleovestibular.

**Exploración física:**

Signos vitales: TA 120/60, FC 108x', FR 18x', T 37° C, Sat O2 98%.

Paciente alerta, orientada, con leve palidez generalizada y mal estado de hidratación mucotegumentaria.

Ojo derecho: proptosis con oftalmoplejía, pupila midriática arrefléctica, reflejo oculomotor ipsilateral ausente, reflejo corneal presente.

Ojo izquierdo: movimientos oculares y agudeza visual conservada, reflejos fotomotor y oculomotor presentes.

Nariz: pirámide central, dorso cerrado, giba ósea, piel delgada, ángulo nasolabial de 90°, columnella central, vestíbulos simétricos. A la rinoscopia anterior se observa septum funcional, sin secreción a través de meatos, mucosa y cornetes de aspecto normal.

Otoscopia normal bilateral.

Boca: comisuras labiales simétricas, mucosa de lengua y carrillos de aspecto normal, anodoncia con caries y obturaciones, orofaringe con amígdalas intravélicas, sin reacción periamigdalina, ni descarga retranasal

Resto de la exploración física sin alteraciones.

El resto de los estudios paraclínicos y de gabinete se mostrarán en la sesión.

Presentan:

Alonso Ortiz Claudia R3

Chávez Delgado Nallely R3

Cisneros Apan Estefanía R3

Matamoros Conejo Ana Karina R3