Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2404

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3123 - PARÁLISIS AISLADA IDIOPÁTICA DEL HIPOGLOSO

M. Arias Lago[a], I. Ruiz Larrañaga[b], N. Otero Cabanillas[c], V. Maza Fernández[d], A. García Martínez[d] y E. Lino Montenegro[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [c]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Maliaño. Cantabria. [e]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 29 años. Fumadora de 15 cig-día. Sin otros antecedentes de interés. Acude a consulta por dificultad para la deglución y para los movimientos de la lengua de 5 días de evolución. Quince días antes, cuadro catarral y cefalea occipito-cervical de leve intensidad, autolimitada.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración neurológica se objetivo una desviación de la lengua hacia la izquierda. Resto de exploración neurológica normal. Exploración física general normal. No se palpan masas ni adenopatías patológicas. Analítica: Hemograma y bioquímica dentro de los rangos de normalidad. Serologías negativas (VIH, T. pallidum, Brucella, Rubeola, CMV, VHS, Coxiella burnetti, Bartonela henselae, Parvovirus, VEB). TAC y RMN cerebral: ligero engrosamiento de mucosa de los senos paranasales. RMN cervical normal. Ecografía cervical: Tiroides mínimamente nodular. Linfadenitis cervical inespecífica.

Juicio clínico: Parálisis aislada idiopática del nervio hipogloso.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias intracraneales y de base de cráneo. Lesiones traumáticas, desmielinizantes. Infección VEB, VHS.

Comentario final: Es una patología infrecuente. El nervio hipogloso puede afectarse en cualquier punto de su recorrido. Su afectación suele ser simultánea a la de otros nervios craneales como el vago o el glosofaríngeo debido a su estrecha relación anatómica con otras vías y núcleos a nivel bulbar y con el resto de pares craneales bajos. Su diagnóstico es de exclusión, requiriendo un examen exhaustivo en busca de lesiones a nivel de la base del cráneo. El pronóstico suele ser excelente, resolviéndose el cuadro a lo largo de días o meses; siendo la persistencia de la parálisis muy rara. En nuestro caso el cuadro se resolvió en un mes, estando a los 8 meses completamente asintomática y sin presentar nuevos episodios.

Bibliografía

1. Ibarra V, Jaureguiberry A, Moretta G, et al. Idiopathic and unilateral hypoglossal nerve palsy. Med (B Aires). 2015;75(3):173-7.
2. Shikino K, Noda K, Ikusaka M. Transient idiopathic isolated unilateral hypoglossal nerve palsy J Gen Intern Med. 2013;28:591.
3. Keane JR. Twelfth-nerve palsy. Analysis of 100 cases. Arch Neurol. 1996;53:561-6.
4. Giuffrida S, lo Bartolo ML, Nicoletti A, et al. Isolated, unilateral, reversible palsy of the hypoglossal nerve. Eur J Neurol. 2000;7(3):347-9.

Palabras clave: Parálisis hipogloso.

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