



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4764 - TODO EMPEZÓ CON UN VÉRTIGO

S. Castro Prieto<sup>a</sup>, A. Fernández Escudero<sup>b</sup>, C. Toca Incera<sup>c</sup>, N. Villegas Zambrano<sup>a</sup>, C. Cayón de las Cuevas<sup>a</sup> y F. Álvarez Álvarez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Campoo. Cantabria. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Nansa. Cantabria. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Altamira. Cantabria.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 35 años sin antecedentes médicos de interés, presenta cuadro de vértigo periférico con escasa respuesta al tratamiento que pasadas 48 horas se acompaña de parálisis facial izquierda completa. A las 72 horas aparecen lesiones vesiculares en pabellón auricular izquierdo e hipoacusia del mismo lado. Recibe tratamiento con prednisona y famciclovir con mejoría escasa de la clínica. Tras 20 días presenta fiebre y cefalea e ingresa en hospital comarcal por sospecha de meningitis en relación con VVZ. En el estudio se detecta infección VIH, siendo finalmente esta la causa más probable de la meningitis.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración del primer día: exploración neurológica sugestiva de vértigo periférico con nistagmus, sin otra focalidad neurológica. A las 48 horas parálisis facial periférica hemicara izquierda que según la escala de House-Brackmann es grado VI e hipoacusia leve del mismo lado. A las 72 horas se observan lesiones ampollosas en pabellón auricular izquierdo, siendo la exploración de cavidad oral normal. Durante su ingreso hospitalario se realizan analíticas, serologías y punción lumbar con LCR: escasas células, gran negativo, PCR enterovirus, VVZ y VHS negativo. TAC sin alteraciones. Estudio serológico: VIH positivo. Borrelia, lúes, Brucela, negativo.

**Juicio clínico:** Síndrome de Ramsay-Hunt en paciente VIH.

**Diagnóstico diferencial:** Herpes simple, otitis externa, impétigo, Guillain Barré, parálisis de Bell, neurinoma del acústico.

**Comentario final:** El síndrome R-H suele comenzar con otalgia, erupción cutánea vesicular en pabellón y cavidad oral y parálisis facial. Ocasionalmente afecta a cóclea y vestíbulo por afectación de ganglios espiral y vestibular produciendo acufenos, hipoacusia perceptiva y vértigo. Como posibles complicaciones meningitis y encefalitis. La parálisis facial es de peor pronóstico que la parálisis de Bell y dependiendo del grado afectación, de la clínica asociada y del inicio del tratamiento, la evolución será más o menos favorable con recuperación completa en 20-30%. Más frecuente pacientes ancianos e inmunodeprimidos.

### Bibliografía

1. Zainine R, Sellami M, Charfeddine A, Beltaief N, Sahtout S, Besbes G. Ramsay Hunt Syndrome. European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck diseases. 2012;129:22-5.
2. Arana-Alonso E, Cotin-Pescacen A, Guillermo-Ruberte A, Morea Colmenares E. Síndrome de Ramsay-Hunt: ¿Qué tratamiento precisa? Semergen. 2011;37(8):436-40.

**Palabras clave:** Síndrome Ramsay-Hunt. Parálisis facial periférica.