



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3124 - UNA PARÁLISIS FACIAL UN TANTO PECULIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Bellido Moyano^a, C. Abellán Ortiz^b, R. Barrera Moyano^c, E. Rodríguez Guerrero^d, I. Aguilar López^a y L. Delgado Fernández^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^bMédico Residente de Anestesiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Osuna. Sevilla. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 75 años de edad, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna de próstata, HTA y cardiopatía hipertensiva, portador de marcapasos por síndrome bradi-taqui y EPOC. No tolera AAS ni Metformina. Consulta por otalgia izquierda de diez días de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: En su exploración, se aprecian lesiones vesiculosas grupadas en pabellón auricular con dolor, y sin afectación de CAE ni tímpano. Se decide tratar con aciclovir oral durante una semana. Dos días más tarde, vuelve a consultar por desviación de comisura hacia la derecha y molestia de ojo izquierdo junto con sensación subjetiva de hipoacusia. La exploración física era normal salvo la parálisis facial periférica izquierda grado II-III de House. Auscultación cardiaca normal. Se le realizó en el centro un EKG en el que no se apreciaban datos de interés. Debido a la nueva aparición de síntomas, se decide derivación a la consulta de alta resolución de Otorrinolaringología de nuestro hospital de referencia. Se le solicitó una audiometría en la que se apreciaba hipoacusia neurosensorial leve del oído izquierdo y TAC craneal (contraindicado RMN por marcapasos) con signos de atrofia córtico-subcortical sin otros hallazgos. Se decidió continuar con aciclovir durante una semana e iniciaron tratamiento con deflazacort de 30 mg durante 15 días. Se le recomendó la realización de ejercicios de rehabilitación de la musculatura facial.

Juicio clínico: Síndrome de Ramsay-Hunt.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial de origen central, otitis infecciosa bacteriana o fúngica.

Comentario final: La recuperación de la parálisis facial tras un síndrome de Ramsay-Hunt es menor que en la parálisis de Bell a pesar de un inicio temprano con aciclovir. Aunque dicho síndrome es poco frecuente (solo un 5% de todas las parálisis faciales), ante la presencia de parálisis facial periférica, debemos hacer una otoscopia en busca de lesiones vesiculosas, ya que la introducción precoz de aciclovir, mejora el pronóstico.

Bibliografía

1. Kuhweide R, Van de Steene V, Vlamincx S, Casselman JW. Ramsay-Hunt syndrome: pathophysiology of cochleovestibular symptoms. J Laryngol Otol. 2002;116:844-8.
2. De Ru JA, Van GP. Combination therapy is preferable for patients with Ramsay Hunt syndrome. Otolaryngol & Neurotology. 2011;32:852-5.

Palabras clave: Ramsay Hunt. Zoster. Parálisis facial periférica.