



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 347/696 - PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA RECIDIVANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

E. García Palomo<sup>a</sup>, T. Higuera Linares<sup>b</sup>, N. González Lorenzo<sup>c</sup> y M. Elechiguerra Martínez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Guerra. Tenerife. <sup>b</sup>Médico de Familia. Centro Salud Valle de Guerra. Tenerife. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Valle de Guerra. Santa cruz de Tenerife.

### Resumen

**Descripción del caso:** Presentamos el caso de un varón de 65 años con antecedentes de hipertensión y dislipemia que acude a consulta de atención primaria por dificultad para cierre palpebral derecho, desviación de comisura bucal hacia izquierda y disgeusia de 24 horas de evolución. Ante esta situación, lo primero que descartamos fue afectación del SNC y establecimos diagnóstico de exclusión de otras causas. La anamnesis de nuestro paciente y antecedentes personales orientaban a causa idiopática de parálisis facial. Establecimos el grado de disfunción con escala de House-Brackmann (grado IV) y pautamos tratamiento con prednisona 1 mg/kg/día durante 10 días con protección ocular. Nos surgió la duda si derivar pero no presentaba criterios por lo que se inició tratamiento ambulatorio. El paciente fue seguido en consulta, consiguiendo remisión completa de los síntomas en 8 días. ¿Pero cuál fue nuestra sorpresa? Un año después acude con misma clínica. Está descrito que 7-15% de pacientes presentan recurrencia aunque ésta no implica peor pronóstico. Se trató de igual forma y nos planteamos añadir antivirales. Su uso no está bien descrito aunque sí están recomendados ante grado IV-V House-Brackmann o en recurrencias. Solicitamos valoración por Neurología quienes solicitaron RMN donde se evidenció signos moderados de atrofia cerebral; recomendaron tratamiento corticoideo en momento agudo y dado que eran recidivantes, cubrir al paciente con aciclovir.

**Exploración y pruebas complementarias:** Lo primero que descartamos fue afectación del SNC. Realizamos adecuada anamnesis y exploración física evidenciando los signos anteriormente descritos y objetivando disminución de la contracción de musculatura frontal derecha. No pruebas complementarias.

**Orientación diagnóstica:** Parálisis facial periférica idiopática.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico es clínico de exclusión de otras causas: idiopática, traumática, infecciosa, neoplásica, neurológica, isquémica o secundario a enfermedades sistémicas.

**Comentario final:** Se trata de una revisión de parálisis facial periférica idiopática y su manejo en AP. Aprender a diagnosticar, establecer diagnóstico diferencial, criterios de derivación y tratamiento valorando el uso de antivirales ante recurrencias o disfunción avanzada.

### Bibliografía

1. <https://www.uptodate.com/contents/bells-palsy-pathogenesis-clinical-features-and-diagnosis-in-adults?search=bell%20palsy>

2. Llisterri Caro JL, Aicart Bort MD, Romero Vígara JC. Manual de Diagnóstico y tratamiento dirigido al Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid: SEMERGEN; 2015.

**Palabras clave:** Parálisis facial periférica idiopática.