

347/2298 - DOCTORA, SE ME CAE LA COMIDA

Á. Martínez Tolosa^a, F. Soriano Gómez^b, A. Martín Díaz^c e I. Pérez Zambrano^d

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia I. Cáceres. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Santos de Maimona. Badajoz. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plasencia II. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años acude a consulta de Atención Primaria refiriendo desviación de la comisura bucal hacia la derecha e incapacidad para cerrar el ojo derecho de 5 días de evolución. Indica que hace una semana comenzó con leve otalgia derecha, sin acúfenos ni hipoacusia ni otorrea. Refiere que los primeros días presentó pérdida de gusto, pero ha ido recuperándolo. No pérdida de fuerza ni sensibilidad de miembros superiores ni inferiores. No fiebre. No reacciones alérgicas medicamentosas. Antecedentes patológicos: HTA, DM tipo II. En tratamiento con sitagliptina/metformina 50/1.000 mg, olmesartán/hidroclorotiazida 40/12,5 Tras tratamiento con prednisona 50 mg, y medidas de protección ocular, presentó recuperación completa en 4 semanas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 137/76 mmHg. FC: 78 lpm. T^a: 36,5 °C. BEG. Normohidratado y perfundido. Otoscopia: no eritema ni supuración. No se observan vesículas sugestivas de herpes en pabellón ni CAES. Membranas timpánicas íntegras. Orofaringe: no se aprecian vesículas ni eritema de orofaringe. Amigdalectomizado. Neurológico: pupilas isocóricas y normorreactivas. Asimetría facial por parálisis de VII PC derecho (lagoftalmos derecho, no puede elevar la ceja derecha, ni mostrar los dientes ni silbar). Sensibilidad facial no disminuida. Fuerza y sensibilidad de MMSS y MMII conservada y simétrica. ROT presentes y simétricos. RCP flexor bilateral. No dismetrías ni disdiadococinesias. Romberg y Barany negativos. Marcha normal. ACP: Rítmico, sin soplos, ni ruidos sobreañadidos. Abdomen y miembros inferiores sin hallazgos importantes. Hemograma: parámetros normales. Bioquímica: glucosa, iones, perfil hepatorrenal y PCR con valores dentro de la normalidad. Rx tórax: sin hallazgos relevantes.

Orientación diagnóstica: Parálisis facial periférica “a frigore” o parálisis de Bell.

Diagnóstico diferencial: Otitis, mastoiditis, síndrome de Ramsay-Hunt, traumatismo, cirugía, accidente vascular del tronco cerebral, tumoral (meningioma, neurinoma del acústico, colesteatoma), encefalitis.

Comentario final: La parálisis de Bell es la forma más frecuente de parálisis periférica, siendo la causa más aceptada vírica. El papel de AP es fundamental en el diagnóstico y seguimiento.

Bibliografía

1. Lagarde. J, Améri A. Parálisis periférica. Tratado de Medicina. 2012;16(3):1-7.
2. <https://www-fisterra-com.ses.a17.csinet.es/guias-clinicas/paralisis-facial-bell/#23809>

Palabras clave: Parálisis. Facial. Lagoftalmos.