

347/2150 - PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Laynez Gallego^a, C. Valenzuela Núñez^b y A. Santaella García^c

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Gestión Clínica Loreto Puntales. Cádiz. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Cayetano Roldán. San Fernando. Cádiz. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ribera del Muelle. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 78 años con estos AP: no RAMc. HTA, DLP. No hábitos tóxicos. Retinopatía por isquemia AC izquierda, glaucoma, espondilolistesis, ERC G3b, FA permanente. Tratamiento habitual: torasemida, fluoxetina, rivaroxaban, fentanilo, metamizol, amlodipino, parches NTH, bisoprolol, losartan. Independiente para las ABVD. Refiere desde hace una semana, la aparición de lesiones vesiculosa y luego costras en la hemicara derecha, que posteriormente se extienden hacia pabellón auricular izquierdo. En los últimos dos días, presenta desviación de la comisura bucal y dificultad para cerrar el ojo, motivo por el cual acude a Urgencias. Tras contactar con ORL, se inició tratamiento con Dacortin 60 mg en pauta descendente, omeprazol 20 mg/24h, valaciclovir/8h durante 7 días y medidas higiénicas con respecto al ojo. Se derivó a consultas para estudio de la audición y realizar pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, COC, BHYP. Normocoloreada. Eupneica en reposo. Cuello: lesiones en fase vesiculosa y costra por dermatoma facial. OI: lesiones costrosas en pabellón auricular. CAE y membrana timpánica íntegras. Neuro: PINRLA. MOEC. No nistagmo. Parálisis facial derecha. No dismetrías, ni claudicación. No alt en la fuerza ni sensibilidad. Romberg y meníngeos negativos.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Ramsay Hunt.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial a frigore. Parálisis facial de etiología tumoral. Parálisis facial de origen infeccioso.

Comentario final: Se plantearon dos dudas: 1. ¿Había que pedir alguna prueba complementaria?: de URG no, porque no cambia nuestra actitud terapéutica. Sí habrá que realizar serología de VVZ y TAC/RMN para descartar otras posibles causas. 2. ¿Había que ingresar al paciente?: no, ya que las lesiones llevaban más de una semana de evolución, y no hay evidencia de que el tratamiento con CTC y valaciclovir iv sea tan efectivo. Sí que hay que derivar a ORL de forma preferente para comprobar la integridad de la audición.

Bibliografía

1. Mochón A, Esteban F, Solano J, et al. Brote epidémico de zoster ótico (síndrome de Ramsay-Hunt). An Otorrinolaringol Ibero-Amer. 1995;22:339-48.
2. Sweeney CJ, Gilden DH. Síndrome de Ramsay Hunt. J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2001;71:149-54.
3. Cai Z, Li H, Wang X, et al. Factores pronósticos de la parálisis de Bell y el síndrome de Ramsay Hunt. Medicina. 2017;96:e5898.

Palabras clave: Herpes. Ramsay-Hunt. Parálisis facial.