

## 424/2694 - NO ES UNA SIMPLE AMIGDALITIS

M. Gómez González<sup>1</sup>, M. González Sánchez<sup>1</sup>, Á. Bolufer Pérez<sup>1</sup> y A. Galera López<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Centro. San Juan. Murcia.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Vistalegre-La Flota. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 30 años sin antecedentes de interés, consulta en Atención Primaria (AP) por incapacidad para cerrar el ojo derecho y desviación de la comisura bucal desde hace dos días. Había consultado hacía una semana presentando inflamación submandibular derecha, odinofagia y disfagia, siendo diagnosticado de amigdalitis. Actualmente presenta disfonía franca y empeoramiento de la disfagia con dificultad para la ingesta de líquidos. Además refiere aparición reciente de lesiones en pabellón auricular derecho.

**Exploración y pruebas complementarias:** Amígdalas hiperémicas. Adenopatía submandibular derecha. Pabellón auricular con eritema, lesiones costrosas y alguna vesícula. Neurológico: desviación del paladar a la izquierda, desviación de comisura bucal a la izquierda, parálisis palpebral derecha. Sensibilidad facial conservada. Resto normal. Rinne normal, Weber lateraliza levemente a la izquierda. Ante disfagia que incapacita al paciente para ingerir alimentos, se remite a Urgencias de Hospital de referencia para ingreso en Neurología, durante el cual se realiza RMN cerebral: Discreto realce y engrosamiento de los nervios VII y VIII, y pares craneales bajos IX al XI derechos.

**Orientación diagnóstica:** Parálisis facial periférica. Multineuritis craneal de VII, VIII, IX, X pares derechos. Síndrome de Ramsay Hunt (SRH).

**Diagnóstico diferencial:** Parálisis de Bell. Fracturas de hueso temporal. Infecciones: otitis media, mastoiditis, meningitis, parotiditis, VIH, sífilis, Lyme. Enfermedades sistémicas/metabólicas: diabetes, hipertiroidismo, sarcoidosis, amiloidosis. Síndrome de Guillain-Barré. Tumoral: neurinoma, meningioma, gliomas, metástasis, tumores parótida y hueso temporal.

**Comentario final:** El SRH se produce por una reactivación del virus varicela zóster en el ganglio geniculado que afecta sobre todo a los pares craneales VII y VIII. Pueden observarse vesículas en pabellón auricular. La parálisis facial tiene peor pronóstico que la idiopática y se debe considerar ingreso si hay afectación de algún otro par craneal. En el SRH el diagnóstico suele ser clínico (pudiendo aislarse el virus en las vesículas en ocasiones), por ello una adecuada anamnesis y exploración física son la principal herramienta con la que cuenta el médico de AP para el diagnóstico etiológico precoz.

### Bibliografía

1. Aguilar Rodríguez F, et al, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica, Hospital 12 de Octubre, 7<sup>a</sup> ed. Madrid: MSD; 2012.

2. Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias, 4<sup>a</sup> ed. Toledo: Complejo Hospitalario de Toledo; 2016.

**Palabras clave:** Varicela ZOSTER. Ramsay Hunt. Parálisis facial.