

424/1278 - ESTE DOLOR DE OÍDO ME HA MAREADO

N. Crespo García¹, J. Capón Álvarez¹, V. Ruiz Larrea¹ y Á. Díaz Rodríguez²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León.²Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 68 años. Hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica. Endocarditis. Prótesis mecánica de válvula mitral. Tratamiento: pantoprazol 40 mg, enalapril 20 mg, bisoprolol 2,5 mg, acenocumarol 4 mg. Acudió por otalgia derecha de 24 horas de evolución. A la exploración presentaba enrojecimiento y edema del conducto auditivo externo (CAE), sin secreción. Membrana timpánica íntegra. Se pautó tratamiento con ciprofloxacino/fluocinolona 6 gotas/12h. Ver evolución. A las 48 horas acudió de nuevo, por empeoramiento de los síntomas, dolor facial derecho y dificultad para tragar. Sensación de mareo, con inestabilidad y giro de objetos. La clínica mejoró en decúbito, en ambiente oscuro y al cerrar los ojos. Náuseas acompañantes. Se pautó tratamiento con sulpirida 50 mg im y dexketoprofeno 25 mg im. Por persistencia de clínica vertiginosa se derivó a urgencias hospitalarias para valoración. Ingresó en Otorrinolaringología por vértigo refractario al tratamiento. Durante su estancia se pautó tratamiento con famciclovir 500 mg/8h, aciclovir crema tópico, sulpirida 50 mg/8h y dexketoprofeno 25 mg/8h. A las 24 horas del ingreso, presentaba asimetría facial, desviación de comisura bucal y parestesias en hemicara derecha, compatible con parálisis facial. Se añadió deflazacort 30 mg/12h. Mejoría clínica. Se decidió alta hospitalaria, revisión en 1 mes por ORL y control por AP.

Exploración y pruebas complementarias: Alodinia táctil en territorio trigeminal derecho. No alteración motora ni sensitiva en extremidades. Roomberg +. Otoscopia derecha: eritema, edema en concha y vesículas de contenido claro. Edema del CAE que imposibilita ver membrana timpánica. Alodinia táctil de pabellón auricular. Faringoscopia: lesión en celda amigdalina derecha. Analítica: bioquímica normal. Linfopenia. Plaquetopenia. INR 1,4. TAC: ocupación de caja timpánica derecha con inflamación de CAE.

Orientación diagnóstica: Síndrome de Ramsay-Hunt.

Diagnóstico diferencial: Otitis, dermatitis, neuritis vestibular, vértigo, neurinoma del acústico, parálisis de Bell.

Comentario final: El síndrome de Ramsay-Hunt se caracteriza por la triada de herpes zóster ótico, parálisis facial periférica y síndrome vertiginoso (afectación VIII par craneal). Se asocia a otalgia intensa e hipoacusia. La aparición en primer lugar de vesículas en el CAE antes que la parálisis facial es infrecuente. La instauración de tratamiento antiviral en las primeras 72h de la aparición de las lesiones mejora el pronóstico y la aparición de complicaciones como la neurálgia postherpética.

Bibliografía

1. Suárez Pita D. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Madrid: Merck Sharp & Dohme, 2016.

Palabras clave: Otitis. Vértigo. Parálisis facial.