



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

## 482/630 - OTALGIA COMO DEBUT DE SARS-CoV-2

A. García-Puente García<sup>1</sup>, G. Carvalho Monteiro<sup>2</sup>, P. González Cuadrado<sup>3</sup> y L. García Ortiz<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca. <sup>2</sup>Especialista en Neurología. Hospital Universitario de Salamanca. Salamanca. <sup>3</sup>Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca. <sup>4</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 85 años hipertensa, antecedente de fibrilación auricular y cardiopatía isquémica, que durante la pandemia por COVID-19 llama a su médico de atención primaria por otalgia izquierda de tres días de evolución, ante la no mejoría se realiza exploración sin observarse alteraciones en la otoscopia. Previamente había presentado síndrome gripeal con tos, cefalea y mialgias, afebril en todo momento. Se realiza seguimiento telefónico. La paciente continúa con otalgia, refiere mareo con giro de objetos y su familia añade que han observado inatención y asimetría facial, presentando de forma brusca cuadro confusional siendo derivada a Urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a Urgencias presenta cuadro confusional con alteración del lenguaje, desviación cefálica hacia la izquierda, rigidez de miembro superior izquierdo con posterior pérdida de conciencia, mordedura de lengua y poscrítico. A la exploración neurológica presenta parálisis facial periférica, extinción sensitiva y visual izquierda y leve paresia de miembro superior izquierdo. Se observan vesículas en región central de pabellón auricular. Resto de exploración sin hallazgos. Se realiza TAC craneal normal. En la analítica destaca una linfopenia de 600/?l. Punción lumbar atraumática obteniéndose líquido xantocrómico, 48 leucocitos de predominio linfocitario hiperproteinorraquia (199), hipoglucorraquia y PCR VVZ (virus varicela zóster) positivo. RM cerebral donde se describen higromas bilaterales con depósito de hemosiderina frontal izquierdo y membranas de sangre en espacio subaracnoideo. PCR SARS-CoV-2 nasofaríngea positiva.

**Orientación diagnóstica:** Parálisis facial periférica y crisis epiléptica focal por reactivación de VVZ secundario a inmunosupresión por SARS CoV2.

**Diagnóstico diferencial:** Crisis epiléptica. Síndrome de Ramsay-Hunt. Encefalitis por diversos virus. Accidente cerebrovascular. Enfermedad de Lyme.

**Comentario final:** Tras completar estudio se inicia tratamiento con aciclovir 14 días, levetiracetam y corticoterapia. Se trata de un caso poco frecuente de síndrome de Ramsay-Hunt y crisis focal por reactivación del VVZ secundario a inmunodepresión por COVID-19.

### Bibliografía

1. Lanzas G, Ruiz de Ocenda M, Pardo I, Abu-Shams J, Tiberio G. Lesiones vesículo-papulosas y parálisis facial periférica. Síndrome de Ramsay-Hunt. An Med Interna. 1994;11(4):203.

2. Filatov A, Sharma P, Hindi F, Esponosa PS. Neurological complications of coronavirus (COVID-19): encephalopathy. *Cureus* 2020;12: e7352.

**Palabras clave:** Oinalgia. Síndrome de Ramsay-Hunt. SARS-CoV-2.