Semergen. 2016;42(Espec Congr 3):191

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

P-202 - ¡DOCTORA, SE ME ENREDA LA LENGUA!

I. Jara Calabuig, E.M. Gil Rabanaque, C. Pérez Ortíz, J. Sanz García, J.R. Ramos Segura y F.J. Martínez Egea

CS La Fábrica.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 69 años que acude a nuestra consulta por presentar cuadro de alteración en la sensibilidad y la movilidad de la hemilengua derecha asociando disartria de 10 días de evolución. También presenta cervicalgia de predominio derecho en los días anteriores. Afebril. Recientemente diagnosticado de tumor vesical con resección transuretral en los días previos. El cuadro se inició de forma súbita, sin fluctuaciones desde su aparición. Como antecedentes el paciente presenta hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, cardiopatía isquémica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica. En tratamiento con hipoglicemiantes, antihipertensivos, broncodilatadores y antiagregantes. Como dato importante, cabe destacar que se retiró la antiagregación para la intervención de vejiga, coincidiendo el inicio de los síntomas pocos días después de la cirugía.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, afebril, normotenso. Exploración neurológica con cierta disartria, pupilas isocóricas, normorreactivas. Pares craneales dentro de la normalidad, a excepción de parálisis del XII pc derecho (alteración en la movilidad de la hemilengua derecha, con discreta asimetría). Motor, fuerza y sensibilidad sin alteración. Coordinación conservada. No alteración en la marcha. No signos meníngeos presentes. No se palpan adenopatías laterocervicales. Auscultación cardíaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso sin palparse masas. Se realiza radiografía de tórax en la que no se observan consolidaciones ni ensanchamiento mediastínico. TAC cerebral y de cuello sin evidenciarse hallazgos de alteración parenquimatosa o vascular. No se aprecian adenopatías sospechosas de malignidad.

Juicio clínico: Parálisis aislada del XII par craneal derecho.

Diagnóstico diferencial: Afectación de la motoneurona inferior: poliomielitis, siringomielia, lesiones compresivas en la parte superior del cuello. Afectación de la motoneurona superior: lesiones vasculares con severa hemiplejía. Traumatismos quirúrgicos en el cuello. Neurofibroma del XII par craneal, casi exclusivo de las mujeres.

Comentario final: La parálisis del hipogloso se asocia comúnmente con la afectación de otros pares craneales. Su lesión aislada es infrecuente. Muchas y diferentes patologías pueden afectar al nervio o su vascularización, siendo así complicado el diagnóstico. En nuestro caso, el cuadro orienta más a una lesión infiltrativa que vascular. En las imágenes por TAC no se ha evidenciado ninguna causa aparente, sin embargo, la prueba diagnóstica fundamental es la resonancia magnética, que está

pendiente, para así poder filiar la causa de la parálisis y proceder con el tratamiento indicado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zarranz JJ. Anamnesis y exploración. El método clínico neurológico. Neurología, 5ª ed. Elsevier, 2013.

2. Santín Amo JM, Castro Bouzas D, Prieto González A, et al. Parálisis aislada del nervio hipogloso secundaria a quiste articular atlanto-occipital. Presentación de un caso y revisión de la literatura. Neurocirugía. 2010;21:322-5.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.