



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2330 - SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT: ¿UNA PATOLOGÍA BANAL?

A. Rodrigo Granda^a, C. Rodríguez García^b, S.R. Anselmi González^c, R. del Pozo Pisabarro^d, M. García Fernández^d, A. Sarmiento Calderón^e, C.M. Cordero Reverol^f, E. Madera González^g, L. Arboleya Álvarez^h y N.A. Imbachí Zambranoⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado II. León. ^bMédico de Familia. Centro de Salud José Aguado. León. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Condesa. León. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Trobajo del Camino. León. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Aguado I. León. ^gMédico de Familia. Centro de Salud de La Bañeza. León. ^hMédico de Familia. Hospital Valle del Nalón. Langreo. ⁱMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés del Rabanedo. León.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 38 años que acude a consulta por hiperestesia en hemicara derecha, imposibilidad para oclusión palpebral derecha y desviación de comisura labial a la izquierda. Ante parálisis facial periférica se inicia tratamiento corticoideo. A las 24 horas objetivamos lesiones en pabellón auricular sugestivas de afectación herpética pautando aciclovir. Tras 48 horas presenta una crisis epiléptica generalizada que se repite a su llegada a Urgencias del Hospital con cuadro de agitación postcrisis

Exploración y pruebas complementarias: Valoración inicial: pupila derecha hiporreactiva, reducción de surcos frontales y nasolabiales derechos, presencia de signo de Bell, lesiones vesiculares en pabellón auditivo. Tras la crisis comicial presenta hematoma parietal izquierdo y ausencia de incisivo izquierdo (secundario a traumatismo), exploración general y neurológica normal salvo la afectación del nervio facial derecho. Analítica normal (hemograma, bioquímica, sedimento, sistemático y tóxicos en orina), objetivando únicamente 11.800 leucocitos y PCR 12,2. Durante el ingreso: serología para herpesvirus positivo para IgG de herpes simple y herpes zoster. El LCR fue claro, negativo para xantocromía, con pleocitosis linfocitaria (sugestivo de afectación viral), negativo para lúes, *Borrelia*, *Brucella*, VIH, herpes-simple, Epstein-Barr, CMV y herpes-zoster (IgG), tinción Gram negativa. TC craneal normal, EEG: normal aunque con un fondo de ondas trifásicas en ambas regiones temporales, con mejoría del registro en EEG de control. RMN: dos pequeños focos desmielinizantes probablemente secundarios a isquemia crónica.

Juicio clínico: Síndrome de Ramsay-Hunt con encefalopatía herpética secundaria.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial central, ictus, neoformaciones.

Comentario final: En las encefalitis herpéticas la etiología más frecuente es HSV-1, sin embargo, el VZV también provoca encefalitis con patrones clínicos diferentes según la localización del virus durante su reactivación, entre la que se encuentra la afectación de pequeño vaso con presencia de

lesiones isquémicas, hemorrágicas o desmielinizantes

Bibliografía

1. García Moncó, JC. Encefalitis agudas. Neurología. 2010;25(Supl 1):11-7.
2. Hernández N, et al. Encefalitis como primera manifestación de herpes zoster. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2002;20:415-8.
3. Arana-Alonso E, Contín-Pescacen MS, Guillermo-Ruberte A. Síndrome de Ramsay-Hunt: ¿Qué tratamiento hacer? Semergen. 2011;37:436-40.

Palabras clave: *Parálisis facial. Virus herpes. Ictus.*