



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 199/171 - PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA VS CENTRAL

M. Bosch Racero<sup>a</sup>, M. Garrido Laguna<sup>b</sup>, M. Díaz Casado de Amezuca<sup>c</sup> y M. Molina Casado<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año; <sup>b</sup>Médico de Familia. CS Arroyo de la Miel. Benalmádena. Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. CS Las Lagunas. Mijas Costa. Málaga. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Benalmádena Alcolea. Benalmádena. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 38 años. Antecedentes personales: Alergia a Ibuprofeno. Exfumadora. Tratamiento habitual: anticonceptivos. Acude a Urgencias por cuadro de paresia en hemicuerpo izquierdo con desviación de la comisura labial y asimetría facial además de cefalea occipital. La paciente entró en el servicio de críticos activando código ictus que se desestimó posteriormente. Tras valoración por neurólogo es diagnosticada de parálisis facial izquierda periférica severa sin afectación de extremidades, siendo posible como diagnóstico diferencial el origen psicógeno asociado la parálisis. Fue dada de alta con corticoides orales y seguimiento por Neurología.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: T<sup>a</sup>: 36 °C. FC: 90 lpm. TA: 130/80. Consciente, orientada y colaboradora. Auscultación cardiopulmonar: sin hallazgos significativos. Exploración neurológica: parálisis facial completa izquierda, desviación comisura labial hacia la derecha, incapacidad para cerrar el ojo y levantar la ceja. Signo de Bell presente. Fuerza y sensibilidad 4/5 izquierda, 5/5 derecha. No adiadocinesia. No signos meníngeos. Miembros inferiores: no edemas ni signos de TVP. Pruebas complementarias: Analítica de sangre: linfocitos 15.000, resto de series normales. Radiografía de tórax: sin hallazgos patológicos. TAC craneal: sin hallazgos patológicos.

**Juicio clínico:** Parálisis facial periférica grave.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial se alcanza con una anamnesis y exploración completa fundamentalmente: Parálisis facial periférica: características principales: asimetría facial, incapacidad para elevar la ceja y cerrar el ojo, signo de Bell presente, desviación de comisura bucal hacia el lado sano, otalgia, alteraciones de los sentidos. Causas principales: idiopática o parálisis de Bell, esclerosis múltiple, síndrome de Ramsay-Hunt, fractura peñasco, poscirugía oído, otitis media. Parálisis facial central: características principales: función de la musculatura de la frente conservada y párpado superior, no presente signo de Bell. Frecuentemente, acompañadas de parálisis ipsilateral. Causas principales: ACV, tumores, infecciones.

**Comentario final:** Ante el caso de un paciente con parálisis facial es imprescindible la exploración física ya que ello nos va a permitir dilucidar ante qué tipo de patología estamos, diferenciando principalmente el origen periférico del central. En nuestro caso, la paciente fue diagnosticada

finalmente de parálisis facial periférica ya que presentaba asimetría facial con desviación de la comisura, signo de Bell y afectación de musculatura frontal y palpebral con movilidad en extremidades conservada.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Santos-Lasaosa S, Pascual-Millán LF, Tejero-Juste C, Morales-Asín F. Peripheral facial paralysis: etiology, diagnosis and treatment. *Rev Neurol.* 2000;30:1048-53.
2. Robla-Costales D, Robla-Costales J, Socolovsky M, di Masi G, Fernández J, Campero Á. Facial paralysis surgery. Current concepts. *Neurocirugia (Astur).* 201;26:224-33.
3. Shefner JM. Bell's palsy: Pathogenesis, clinical features, and diagnosis in adults Uptodate, 2016.