



## 160/2069 - PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA RECURRENTE IDIOPÁTICA A PROPÓSITO DE UN CASO

G.E. Ayala Gonzales<sup>a</sup>, A.M. Felipe Lemes<sup>b</sup> y M.T. Pérez Hernández<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Rondilla II. Valladolid.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, acude de urgencia por presentar cuadro clínico de 2 días de asimetría facial derecha, ausencia de parpadeo y desviación de la comisura labial contralateral. No hipoacusia, otalgia ni disgeusia. Niega antecedentes infecciosos o traumáticos. Descartándose afectación central; iniciamos tratamiento corticoideo, lágrimas artificiales y rehabilitación. No obstante presentó dos episodios de empeoramiento del déficit motor, valorándose urgentemente por Otorrinolaringología; se realizaron pruebas resultando normales. Posteriormente se añade clínica sensitiva de I y II rama del trigémino, cefalea frontal y occipital bilateral pulsátil, acúfenos sin diplopía y debilidad en extremidades derechas. No náuseas ni vómitos; y se deriva a Neurología. Actualmente tuvo otro episodio derecho y otro contralateral con recuperación salvo afectación de comisura izquierda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Exploración física: general normal y neurológica: parálisis facial hemicara derecha (signo de la pestaña, signo de Bell) con mioquimias faciales y sincinesias. Hipoestesia en región de I y II rama del trigémino. Analítica general y serologías: dislipemia mixta, resto normal. Estudio de LCR: presión de apertura 15 cm de H<sub>2</sub>O (normal). Citobioquímica normal. Microbiología, anatomía patológica y serología negativos. TAC cerebral: no isquemia, hemorragia o tumores. RM peñasco: no lesiones en cisternas del ángulo pontocerebeloso, ni del estatoacústico facial. Ambos nervios faciales en su porción horizontal intratimpánica con morfología normales. Cóclea, conductos semicirculares y auditivos internos normales. RM cerebral: silla turca excavada y vacía parcial probablemente por un diafragma selar incompetente. Ectasia de la vaina de nervios ópticos con impronta sobre la papila. Sospechándose de hipertensión intracraneal benigna, siendo la causa probable la asimetría en calibre y flujo de senos transversos-sigmoideo, menor calibre del izquierdo con foco de estenosis debido a un granuloma de Paccioni. EMG: afectación neurógena crónica en musculatura dependiente del nervio facial derecho, en relación con lesión previa.

**Juicio clínico:** Parálisis facial periférica derecha de repetición de etiología no filiada "parálisis de Bell".

**Diagnóstico diferencial:** Parálisis facial central, DM, VIH, síndrome de Ramsay Hunt, sarcoidosis, esclerosis múltiple.

**Comentario final:** El caso trata de una paciente con episodios de parálisis facial periférica recurrente, de etiología no filiada, con una recuperación parcial y lenta que se asocia a clínica neurológica de cefalea y disminución de fuerza de extremidades derechas que tras prueba de neuroimagen se sospecha hipertensión intracraneal idiopática, descartándose tras punción lumbar; llegando concluyentemente al diagnóstico mencionado. La etiología en el 70%, es la parálisis de Bell, 15% traumática, y 8% herpes zoster ótico. A pesar de su infrecuencia, es posible la causa neoplásica intracraneal o extracraneal. Por lo cual ante un caso donde la recuperación es poco progresiva es necesario realizar evaluaciones adicionales con el fin de establecer la causa específica. Es primordial en atención primaria diferenciar la parálisis facial periférica de la central, derivar al especialista oportunamente y realizar correcto seguimiento.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Murthy JM, Sanexa A. Ann Indian Acad Neurol. 2011;14(Suppl1):S70-2.