



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1887 - SÍNDROME RAMSAY-HUNT

A. de Antonio Pérez^a, M.Á. Álvarez García^a, S. Yebra Delgado^b, L. González Gómez^b, J. Lecumberri Muñoz^c, P. de la Fuente Laso^c, A. Sánchez Calvo^d, V. García Faza^d, M. Martino Blanco^e y M. Álvarez Calleja^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Llano. Gijón. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Calzada. Gijón. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Contrueces. Gijón. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Natahoyo. Gijón. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Coto. Gijón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 63 años. Sin alergias medicamentosas conocidas. Exfumadora hace 17 años. Antecedentes personales: Dislipemia, hipotiroidismo subclínico y hernia de hiato. Intervenciones: apendicectomía, colecistectomía y hallux valgus izquierdo. No sigue tratamientos crónicos. Acudió a su médico del centro de Salud por otalgia derecha de comienzo súbito hace 2 días asociada a inestabilidad y mareo, sin giro de objetos, pulsión ni caída. Se diagnóstico de vértigo periférico. Acude a urgencias a las 48 horas por persistir el dolor, con eritema auricular, asociándose tratamiento tópico ótico. Acude de nuevo al día siguiente por asociar lagrimeo y sensación de torcer la boca, habiendo aumentado el eritema auricular.

Exploración y pruebas complementarias: Afebril, TA: 105/70 mmHg, FC: 70 lpm. Normoperfundida, hidratada y coloreada. Eupneica en reposo. ORL: eritema y edema irregular con vesículas en la concha auricular derecha. Eritema en el área de Ramsay-Hunt. Tímpano íntegro. Riné positivo, Weber derecho. AC: RsCsRs, sin soplos. AP: MVC, sin sobreañadidos. Abdomen y MMII: sin hallazgos de interés. NRL: consciente, orientado, colaborador. Signos meníngeos negativos. PsISNs. No nistagmo espontáneo. Campimetría por confrontación normal. MOE normal. Facial periférico grado V de House-Brackman. X y XII pares normales. Tono, fuerza y sensibilidad normales. Marcha estable. No disimetrías. Test de impulso cefálico positivo derecho. Romberg-Unterberger sin giro. Analítica: hemograma, f. leucocitaria, y bioquímica normal. TAC craneal: no se aprecia sangrado intracraneal, signos de isquemia cerebral aguda, efectos masa ni desviación de la línea media.

Juicio clínico: Herpes zóster ótico derecho incompleto.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial periférica primaria. Parálisis facial central. Vértigo periférico. Otitis externa.

Comentario final: Es importante resaltar la importancia de un seguimiento correcto de los pacientes desde atención primaria. En este caso en cuestión, el cuadro fue evolucionando en pocas horas y orientándonos hacia un diagnóstico más certero. Esta patología se beneficia de la instauración de un tratamiento farmacológico adecuado de forma precoz, por lo que de haber hecho

un seguimiento adecuado podríamos haber disminuido las secuelas que pudiera tener nuestro paciente.

Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias, 5ª ed. España: Elsevier, 2015:778-9.

Palabras clave: *Herpes ótico. Parálisis facial.*