



242/3733 - ¿QUÉ HAY DETRÁS DE UNA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA?

M. Plasencia Martínez^a, S. López Zacarez^b, A. Pérez Díaz^c, A. Fernández López^d, J. García García^e y M. Rojano Torres^e

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Antón. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Menor. Cartagena. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Interna. Hospital Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años, fumador, bebedor importante, con antecedente de carcinoma basocelular de trago derecho, que consulta en urgencias por debilidad en hemicara derecha, imposibilidad de ocluir el párpado ipsilateral de un mes de evolución y desviación de la comisura bucal al lado sano que había empeorado desde su instauración. Al realizar la exploración otológica se aprecia una extensa lesión dérmica infiltrativa a nivel inferior a pabellón auricular derecho que se extiende a superficie mastoidea, asociado a edema de conducto auditivo externo, por lo que se remite a Otorrinolaringología para completar estudio.

Exploración y pruebas complementarias: NRL: asimetría facial con borramiento del surco nasogeniano derecho, pérdida de arrugas frontales y signo de Bell positivo. Resto de exploración neurológica normal. Cara y cuello: lesión cutánea inferior a pabellón auricular derecho de 2 × 2 cm con extensión a pabellón auricular y región mastoidea, enrojecida y dura. Región parotídea pétreo. Adenopatía no adherida a planos profundos en nivel IIB. Resto de exploración anodina. Anatomía patológica: carcinoma epidermoide infiltrante y ulcerado, moderadamente diferenciado. RM: masa necrótica de 9,1 × 7,57 × 6,2 cm en región auricular derecha con infiltración de músculo temporal, esternocleidomastoideo, parótida y nervio facial. Se aprecia adenopatía superficial a ECM de borde irregular y con extensión extracapsular. PET-TC: lesiones metastásicas hepáticas, pulmonares y ganglionares.

Juicio clínico: Carcinoma epidermoide cutáneo estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial de origen central, otras causas de parálisis periférica (Ramsay Hunt, sarcoidosis, traumatismos...), infecciosas (sífilis, tuberculosis, mononucleosis, enfermedad de Lyme...).

Comentario final: La parálisis facial periférica es idiopática en un 40% de los casos, existiendo numerosas teorías etiopatogénicas que no han sido demostradas (vascular, vírica, inmunológica...) que producen edema del nervio facial dentro del conducto de Falopio. Sin embargo es necesaria una adecuada exploración física para descartar causas secundarias como herpes zóster ótico (7%), otitis

(5,5%) o tumoral (12%) como la que nos ocupa en este caso. Aunque en este caso las lesiones son muy evidentes y visibles a simple vista, debemos explorar exhaustivamente zonas más ocultas como el conducto auditivo interno en busca de lesiones.

Bibliografía

1. Ronthal M, et al. Bell's palsy: Treatment and prognosis in adults. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Parálisis facial. Oncología.