



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4748 - UN CASO ATÍPICO DE PARÁLISIS FACIAL

S. Conde Díez^a, R. de las Cuevas Allende^b, C. León Rodríguez^c, J. Martín Gurpegui^d, A. Artime Fernández^e y J. Linio Mateos^f

^aMédico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Altamira. Cantabria. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Selaya. Cantabria. ^dFEA de Neurología. Hospital de Sierrallana. Cantabria. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Alto Asón. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 15 años sin antecedentes de interés que tras un cuadro de fiebre y cefalea frontal de dos días de evolución que se trata con analgésicos y antitérmicos, no presenta mejoría clínica acudiendo unos días después a urgencias con sintomatología de parálisis facial periférica. A las 48 horas es reevaluado por aparición de cefalea, mareo y rigidez en cuello y espalda por lo que es derivado al especialista de Neurología.

Exploración y pruebas complementarias: FIS normales. Meníngeos negativos. No rigidez de nuca pero sí dolor a la flexión cervical en tramo final. Fondo ojo normal. Motilidad ocular normal. Asimetría facial con ligera debilidad de hemicara derecha. Analítica: hemograma y bioquímica normales. VSG 7. TAC craneal urgente normal. Punción lumbar: proteínas 152,30 mg/dl, glucosa 61,30 mg/dl, ADA 8 U/l. Serología: CMV negativa, VEB y VZV Ig G positivos e Ig M negativos, Borrelia burgdorferi IgG e IgM positivos confirmados por técnica de Western blot. RMN de cerebro: asimetría en la captación del nervio facial derecho, siendo más intensa que el contralateral en el CAI y en el trayecto intrapetroso, probablemente en relación con neuritis secundaria a meningitis.

Juicio clínico: Parálisis facial en el contexto de un cuadro infeccioso a nivel del SNC. Enfermedad de Lyme. Neuroborreliosis.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial periférica: parálisis idiopática o de Bell, esclerosis múltiple, síndrome de Ramsay-Hunt, fractura de peñasco, otitis media o poscirugía de oído. Parálisis facial central: ACVAs, tumores, infecciones.

Comentario final: Ante el caso de un paciente con parálisis facial es imprescindible la exploración física, que nos va a ayudar a diferenciar entre origen periférico o central. En nuestro caso, el paciente fue diagnosticado inicialmente de una parálisis facial periférica cuyo origen era un cuadro infeccioso a nivel del sistema nervioso central confirmándose posteriormente por las pruebas serológicas y presentando una evolución favorable con el tratamiento antibiótico con ceftriaxona iv.

Bibliografía

1. Santos-Lasaosa S, Pacual-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.

Palabras clave: Parálisis facial. Neuroborreliosis. Enfermedad de Lyme.