



242/2307 - PARÁLISIS FACIAL SECUNDARIA A PAROTIDITIS AGUDA

E. Maquiera Díez^a, L. López Menéndez^b, R. Sánchez Rodríguez^c y E. Cano Cabo^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Lugones. Asturias. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Asturias. ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siero-Sariego. Asturias. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pola de Siero. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años, sin antecedentes de interés. Acude al Centro de Salud por febrícula, tumefacción y dolor en la región parotídea izquierda irradiado al oído. A las 24 horas presenta parálisis facial ipsilateral. Niega disnea, disfonía, disfagia, diplopía y dolor a la masticación.

Exploración y pruebas complementarias: Tumefacción indurada desde la región infraauricular hasta la zona submaxilar. Parálisis periférica del VII par craneal izquierdo. Resto de la exploración neurológica normal. No presenta lesiones cutáneas auriculares ni en la otoscopia. No refiere dolor a la presión mastoidea. Hemograma y coagulación: normal. Bioquímica (incluyendo enzima convertidor de la angiotensina, VSG, calcio en sangre y orina normal): normal. Radiografía de tórax: pequeños tractos fibroparenquimatosos periféricos, de aspecto residual. Se pauta tratamiento con metilprednisolona 40 mg en pauta descendente durante 15 días y amoxicilina-clavulánico durante 7 días y se remite al Servicio de Cirugía Maxilofacial que solicita TAC. TAC de cuello realizado el mes siguiente: proceso inflamatorio en resolución en el lóbulo parotídeo accesorio izquierdo. Múltiples ganglios laterocervicales bilaterales de aspecto reactivo.

Juicio clínico: Parotiditis aguda con parálisis facial secundaria. Buena evolución tras tratamiento con corticoides y antibióticos vía oral.

Diagnóstico diferencial: Parálisis facial idiopática; parotiditis crónica granulomatosa; absceso parotídeo; tumores benignos y malignos de la parótida (adenoma pleomórfico, tumor de Warthin, oncocitoma, quistes); tumores de oído (colesteatoma, neurinoma del acústico); síndrome de Heerfordt (uveítis, parotiditis y parálisis facial); síndrome de Ramsay-Hunt (parálisis facial y herpes zóster con afectación del conducto auditivo externo); síndrome de Melkersson-Rosenthal (parálisis facial, lengua fisurada y edema orofacial recurrente); síndrome de Guillain-Barré.

Comentario final: Presentamos un caso de parálisis facial secundario a parotiditis aguda, probablemente debido a lesión de la motoneurona inferior del nervio facial como consecuencia del aumento de tamaño de la parótida. Es una complicación infrecuente en ausencia de absceso o tumor parotídeo. Debemos considerar las afecciones de la parótida como causa de parálisis facial.

Bibliografía

1. Incecik F, Herguner MO, Altunbasak S. Facial palsy caused by mumps parotitis. *Neur India*. 2009;57:511-2.
2. Endo A, Izumi H, Miyashita M, Okubo O, Harada K. Facial palsy associated with mumps parotitis. *Pediatr Infect Dis J*. 2001;20:815-6.
3. Kristensen RN, Hahn CH. Facial nerve palsy caused by parotid gland abscess. *J Laryngol Otol*. 2012;126(3):332-4.

Palabras clave: Parotiditis. Parálisis facial.