



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3124 - UNA PARÁLISIS FACIAL UN TANTO PECULIAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

C. Bellido Moyano<sup>a</sup>, C. Abellán Ortiz<sup>b</sup>, R. Barrera Moyano<sup>c</sup>, E. Rodríguez Guerrero<sup>d</sup>, I. Aguilar López<sup>a</sup> y L. Delgado Fernández<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. <sup>b</sup>Médico Residente de Anestesiología. Hospital Reina Sofía. Córdoba. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Osuna. Sevilla. <sup>d</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lucena I. Córdoba. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castro del Río. Córdoba.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 75 años de edad, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, hiperplasia benigna de próstata, HTA y cardiopatía hipertensiva, portador de marcapasos por síndrome bradi-taqui y EPOC. No tolera AAS ni Metformina. Consulta por otalgia izquierda de diez días de evolución.

**Exploración y pruebas complementarias:** En su exploración, se aprecian lesiones vesiculosas grupadas en pabellón auricular con dolor, y sin afectación de CAE ni tímpano. Se decide tratar con aciclovir oral durante una semana. Dos días más tarde, vuelve a consultar por desviación de comisura hacia la derecha y molestia de ojo izquierdo junto con sensación subjetiva de hipoacusia. La exploración física era normal salvo la parálisis facial periférica izquierda grado II-III de House. Auscultación cardiaca normal. Se le realizó en el centro un EKG en el que no se apreciaban datos de interés. Debido a la nueva aparición de síntomas, se decide derivación a la consulta de alta resolución de Otorrinolaringología de nuestro hospital de referencia. Se le solicitó una audiometría en la que se apreciaba hipoacusia neurosensorial leve del oído izquierdo y TAC craneal (contraindicado RMN por marcapasos) con signos de atrofia córtico-subcortical sin otros hallazgos. Se decidió continuar con aciclovir durante una semana e iniciaron tratamiento con deflazacort de 30 mg durante 15 días. Se le recomendó la realización de ejercicios de rehabilitación de la musculatura facial.

**Juicio clínico:** Síndrome de Ramsay-Hunt.

**Diagnóstico diferencial:** Parálisis facial de origen central, otitis infecciosa bacteriana o fúngica.

**Comentario final:** La recuperación de la parálisis facial tras un síndrome de Ramsay-Hunt es menor que en la parálisis de Bell a pesar de un inicio temprano con aciclovir. Aunque dicho síndrome es poco frecuente (solo un 5% de todas las parálisis faciales), ante la presencia de parálisis facial periférica, debemos hacer una otoscopia en busca de lesiones vesiculosas, ya que la introducción precoz de aciclovir, mejora el pronóstico.

## **Bibliografía**

1. Kuhweide R, Van de Steene V, Vlamincck S, Casselman JW. Ramsay-Hunt syndrome: pathophysiology of cochleovestibular symptoms. *J Laryngol Otol.* 2002;116:844-8.
2. De Ru JA, Van GP. Combination therapy is preferable for patients with Ramsay Hunt syndrome. *Otology & Neurotology.* 2011;32:852-5.

**Palabras clave:** Ramsay Hunt. Zoster. Parálisis facial periférica.