



242/3014 - PARESIAS FACIALES E HIPOACUSIA PROGRESIVA. PIENSA EN EL NEURINOMA

I. Ruiz Larrañaga^a, M. Arias Lago^b, N. Otero Cabanillas^c, M. Guerra Henández^b, A. García Martínez^d y V. Maza Fernández^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José Barros. Maliaño. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años que acude a Urgencias por parestesias faciales izquierdas de 5 semanas aproximadamente de evolución que únicamente asocian hipoacusia izquierda progresiva de un año de evolución. Niega vértigo, alteración de la agudeza visual o diplopía, no cefalea ni acúfenos, no pérdida de peso o proceso infeccioso previo. Como antecedentes destacan que es exfumador y padece enfermedad de Parkinson desde hace unos 10 años y como tratamiento habitual: bomba de apomorfina, amantadina, lisinopril, mirtazapina, motilium y sinemet.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física: presentaba BEG, estable HD, CyO en las tres esferas. Pupilas isocóricas y normoreactivas; movilidad ocular conservada pero con nistagmo horizontal batiendo a la derecha con la mirada a la izquierda; parálisis facial periférica izquierda leve; campimetría normal; parestesias en hemicara izquierda de distribución V2-V3 con movilidad conservada. Resto de pares craneales normales. Marcha no valorable por enfermedad de Parkinson. RCP flexor bilateral. Audiometría: hipoacusia neurosensorial de OI. TAC cerebral: masa hipodensa a nivel del ángulo pontocerebeloso izquierdo bien definida de un diámetro de unos 37 × 36 mm y que realza con contraste. Se introduce en conducto auditivo izdo y contacta con tronco encefálico desplazándolo a la derecha. La lesión es compatible con neurinoma del VIII par.

Juicio clínico: Neurinoma de pares craneales bajos izquierdos.

Diagnóstico diferencial: Esclerosis múltiple, neuralgia del trigémino.

Comentario final: El paciente fue intervenido quirúrgicamente mediante craneotomía y exéresis del neurinoma con buena evolución posterior. El schwannoma vestibular o neurinoma del VIII par es un tumor benigno de crecimiento lento y que constituye el tipo de tumor más frecuente del ángulo pontocerebeloso y el tumor primario más frecuente de la fosa posterior en el adulto. Se origina a partir de la vaina de mielina de la rama vestibular del VIII par craneal. La clínica más habitual es hipoacusia neurosensorial, acúfenos y vértigo por afectación del VIII par pero en su crecimiento pueden afectar a los pares V y VII produciendo hipoestesia trigeminal con abolición del reflejo

corneal y paresia facial, o incluso comprimir el tronco encefálico y otros pares bajos. El método diagnóstico de elección es la RMN y el tratamiento suele ser quirúrgico o bien mediante la radiocirugía.

Bibliografía

1. [http://uptodates.scsalud.csinet.es/contents/vestibular-schwannoma-acoustic-neuroma?source = search_result&search = neurinoma&selectedTitle](http://uptodates.scsalud.csinet.es/contents/vestibular-schwannoma-acoustic-neuroma?source=search_result&search=neurinoma&selectedTitle)

Palabras clave: Schwannoma. Neurinoma.