



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3067 - PARÁLISIS DE HIPOGLOSO AISLADA. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Lidón Mazón^a, E. Mazón Ouviaña^a y J. Moreno Lamela^b

^aMédico de Familia. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz. ^bMédico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 67 años que consulta por disartria de dos semanas de evolución. Acude a consulta con sus hijos, que en una visita han notado alteración en el habla. El paciente indica inició una mañana hace 15 días. No asocia otra clínica neurológica ni semiología infecciosa en días previos. Sin alergias. Antecedentes de hipertensión arterial, estenosis del canal lumbar intervenido, hipertrofia benigna prostática, y leucoplasia oral con biopsia sin displasia. Exfumador de 5 cigarrillos/día desde hace 5 años. Tratado con ramipril 5, tamsulosina, tapentadol 25 mg/12h, lorazepam 5.

Exploración y pruebas complementarias: Realizo una exploración neurológica, en la que aprecio desviación de la lengua a la izquierda y fasciculaciones. El paciente reconoce no haberse percatado de ello. Remito a urgencias, que con tomografía axial computarizada y analítica sin hallazgos patológicos, citan con hospital de día de neurología y con ORL.

Orientación diagnóstica: Neurología, tras observar resolución de la sintomatología y completar estudio con resonancia craneal, filia finalmente de ictus reversible de territorio posterior.

Diagnóstico diferencial: Neoplasias, traumatismos, vascular, psiquiátrico, esclerosis múltiple, iatrogénico posquirúrgico, Guillain-Barré, infeccioso, idiopático.

Comentario final: En la práctica clínica, es muy infrecuente que se presente una parálisis aislada de nervio hipogloso (es más habitual encontrarlo asociado a afectación de otros pares craneales). En una revisión de 100 casos, un 49% se debían a neoplasias, seguidos por traumatismos (12%), vascular (6%), psiquiátrico (6%), esclerosis múltiple (6%), iatrogénico posquirúrgico (5%), Guillain-Barré (4%) e infeccioso (4%). Finalmente, un 3% de los casos no se determinaba la etiología. En otras series, predominaban formas idiopáticas, en menores de 40 años asociando fiebre, autolimitadas y con recuperación completa en meses (se ha especulado que pudiera tener cierta semejanza a la parálisis facial de Bell, y en algunos casos se han encontrado elevación de los Ac anti-GQ1b). Por lo tanto, la presentación aislada supone un reto diagnóstico, ya sea porque el signo puede no ser llamativo, por el complicado diagnóstico diferencial y por el mal pronóstico que presentan algunas de las enfermedades que pueden producirla.

Bibliografía

1. Keane JR. Twelfth-nerve palsy. Analysis of 100 cases. Arch Neurol. 1996;53:561-6.
2. Robaina Bordón JM, et al. Paresia idiopática del nervio hipogloso. Neurología. 2016. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2016.08.004>
3. Sagarra Mur D, et al. Parálisis aislada unilateral y regresiva del nervio hipogloso. Revista portales médicos.com. 2009;.IV:123.

Palabras clave: Parálisis nervio hipogloso. Disartria.