

Varón de 46 años con síndrome vertiginoso y parálisis facial

46 years-old male with vertiginous syndrome and facial paralysis

Bazo Fariñas Antonio V.¹, Blasco Morente Gonzalo², Risco Solanilla José Carlos³, Cano Lucas Lorena E.¹

¹ Centro de salud "Valdepasillas". Badajoz

² Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

³ Centro de salud "San Roque". Badajoz

Resumen

Varón de 46 años que acude a servicio de urgencias por presentar vómitos alimentarios, mareo y fiebre de 38°C de dos días de evolución. En la exploración física destacaban hipoestesia y paresia en lengua y hemicara izquierda, acompañado de presencia de vesículas en CAE. Tras una exploración física minuciosa llegamos al diagnóstico.

Abstract

A 46 year-old comes to the emergency department because of vomiting, dizziness and temperature of 38°C. Physical examination revealed hypoesthesia and palsy of left facial side and tongue, accompanied by the presence of vesicles in CAE. After a meticulous physical examination we got the diagnosis.

Palabras clave: Vómitos, vesículas, hipoestesia, zoster, Ramsay Hunt

Keywords: Vomiting, vesicles, hypoesthesia, zoster, Ramsay Hunt

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 46 años de edad con antecedentes personales de hiperreactividad bronquial. No fumador. Niega consumo de alcohol u otras drogas. En tratamiento habitual con Omeprazol y Propionato de fluticasona.

Acude a servicio de urgencias por presentar náuseas y vómitos de características alimentarias junto con mareo y fiebre termometrada de 38°C. En anamnesis dirigida, refiere haber presentado también disfagia, parestesia de hemicara izquierda y lengua de aproximadamente dos días de evolución además de prurito, vesículas y rubefacción en el pabellón auricular izquierdo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Al examinar al paciente, presentaba las siguientes constantes: TA: 142/81 mmHg, frecuencia cardíaca de 97 latidos por minuto, temperatura de 38.1°C y saturación de O₂ de 98%. Mostraba un aceptable aspecto general, orientado y colaborador, eupneico en reposo, sin trabajo respiratorio y sin deshidratación cutáneo-mucosa. Las funciones superiores estaban conservadas, sin alteraciones del lenguaje, con pupilas isocóricas normorreactivas, motilidad extrínseca ocular normal. Balance muscular 5/5 en extremidades con asimetría facial, hipoestesia y parálisis en hemicara izquierda acompañada de desviación de comisura oral hacia la derecha con disgeusia en lado izquierdo de la lengua y



Figura 1. Imagen en la que se observan las lesiones vesiculosas características del herpes ótico localizadas en el pabellón auricular del paciente.

descenso de ceja izquierda. No existía rigidez de nuca y los signos meníngeos fueron negativos. No existían ni disimetrías ni diadocinesias. En la exploración otoscópica se hallaron signos flogóticos en pabellón auricular y en CAE de oído izquierdo junto con vesículas. No se encontraron adenopatías retroauriculares, cervicales ni supraclaviculares. La auscultación cardiorrespiratoria resultó rítmica, sin soplos, con murmullo vesicular conservado y sin ruidos sobreañadidos. La exploración abdominal fue normal así como la de MMII. No había otras lesiones cutáneas además de las ya mencionadas en oído izquierdo.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En urgencias se extrajeron muestras para hemograma y bioquímica. El hemograma presentaba una Hemoglobina de 14 g/dl, con Hematocrito de 42,2%, 5000 leucocitos/mm³ (Neutrófilos 73.5%, Linfocitos 13.4% y Monocitos 12.8%) con 177.000 plaquetas/mm³. En la bioquímica destacan función renal, iones y enzimas hepáticas normales. Los estudios analíticos se exponen en la tabla 1.

HEMOGRAMA	BIOQUÍMICA
Hemoglobina 14,0 g/dl	Glucosa 101 mg/dl
Hematocrito 42,2 %	Urea 27 mg/dl
VCM 86,3 fl	Creatinina 1.18 mg/dl
HCM 28,7 pg	Filtrado glomerular >60 ml/min
CHCM 33.2 g/dl	Proteínas totales 7.5 g/dl
RDW 13.9	Albúmina 5 g/dl
Leucocitos 5.000/mm ³	Sodio 140 mmol/l
Neutrófilos 3.700/mm ³ (73.5%)	Potasio 4.5 mmol/l
Linfocitos 700/mm ³ (13.4%)	GOT/AST 20 UI/l
Monocitos 600/mm ³ (12.8%)	GPT/ALT 28 UI/l
Plaquetas 177.000/mm ³	

Tabla 1. Estudios analíticos en el servicio de urgencias.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Ante este caso es conveniente precisar es si la parálisis facial es de tipo central o periférico. La parálisis facial de origen central presenta una importante discrepancia entre afectación de movimientos faciales voluntarios y emocionales así como preservación de los músculos frontal y orbicular de los párpados pues poseen una inervación bilateral. Por tanto, en nuestro caso excluimos dicha posibilidad con la anamnesis y la exploración física.

Dentro de las parálisis faciales periféricas contemplamos la eventualidad de una parálisis facial idiopática (de Bell) y otras posibilidades menos frecuentes como tumores, la enfermedad de Paget, infecciones bacterianas (Sífilis, lepra y enfermedad de Lyme) así como infecciones víricas (Epstein Barr, Sarampión, Rubeola, Rabia, parotiditis, VIH, Citomegalovirus y el síndrome de Ramsay-Hunt). Puesto que la parálisis no era bilateral, desechamos otros diagnósticos como el síndrome de Guillain-Barré, Mononucleosis infecciosa y Sarcoidosis.

DIAGNÓSTICO FINAL

Debido a la presencia de vesículas en CAE del oído izquierdo y la clínica que presentaba el paciente se hizo el diagnóstico de síndrome de Ramsay Hunt. La afectación de los nervios facial y auditivo por reactivación del virus varicela zoster latente en el ganglio geniculado ocasionó dichas lesiones en el pabellón auricular y la parálisis facial del mismo lado junto con otalgia y el síndrome vertiginoso.

EVOLUCIÓN

Tras el diagnóstico se realizó tratamiento inicialmente con 250mg de Aciclovir intravenoso para después llevar a cabo tratamiento con 250mg de Famciclovir cada 8 horas durante 7 días asociado a 60mg de Prednisona oral cada 24 horas durante 7 días con pauta descendente. En revisión posterior a las dos semanas el paciente mostraba una notable mejoría clínica de la parálisis aunque en el momento actual no ha llegado a conseguir una remisión completa de la misma.

CONCLUSIONES

El síndrome de Ramsay Hunt consiste en una parálisis facial periférica acompañada de una erupción vesicular eritematosa en la oreja o en la boca cuyo responsable es el virus varicela zoster (VZV). Existen varias formas clínicas de la parálisis facial y rash y otros signos y síntomas frecuentes como acúfenos, pérdida de audición, náuseas, vómitos, vértigo y nistagmo. La incidencia de la parálisis motora oscila entre el 1 y el 5% de los pacientes y suele iniciarse posteriormente a la erupción, afectando a regiones musculares cuya inervación corresponde al dermatomo afectado. En comparación con la parálisis de Bell (parálisis facial sin erupción), los pacientes con síndrome de Ramsay Hunt a menudo tienen parálisis más grave en el inicio y es menos probable que se recupere completamente. El tratamiento con Prednisona y Aciclovir puede mejorar el resultado según series de estudios retrospectivos, aunque faltan ensayos de tratamiento aleatorizado prospectivo por realizarse. En el único estudio prospectivo de los pacientes con síndrome de Ramsay Hunt, el 14% desarrolló vesículas después de la aparición de debilidad facial. Por tanto, el síndrome de Ramsay Hunt inicialmente puede ser indistinguible de la parálisis de Bell. La parálisis de Bell se asocia significativamente con la infección por el virus del herpes simple (VHS). A la luz de lo conocido la seguridad y eficacia de los medicamentos antivirales contra VZV o VHS, se debe considerar el tratamiento precoz de los pacientes con síndrome de Ramsay Hunt o parálisis de Bell durante 7-10 días de Famciclovir (250 mg, tres veces al día) o Aciclovir (800 mg, cinco veces al día), así como con Prednisona oral (1mg/kg/día durante 3-5 días). El tratamiento de estos pacientes con Aciclovir y Prednisona dentro de los 7 días del inicio se ha demostrado que mejora el resultado de la recuperación de la parálisis facial.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Gilden D. Functional anatomy of the facial nerve revealed by Ramsay Hunt syndrome. *Cleve Clin J Med.* 2013 Feb;80(2):78-9. PMID:23376910
- Riancho J, Villalobos I. [Ramsay Hunt syndrome]. *Med Clin (Barc).* 2013 Jan 19;140(2):96. Nakamura Y, Matsumoto H. Case of atypical Ramsay-Hunt syndrome who presented with severe vertigo and vomiting. *No To Hattatsu.* 2012 Jan;44(1):66-8.
- Lee HY, Kim MG, Park DC, Park MS, Byun JY, Yeo SG. Zoster sine herpette causing facial palsy. *Am J Otolaryngol.* 2012 Sep-Oct;33(5):565-71. Lee DH, Yoon TM, Lee JK, Joo

- YE, Lim SC. Herpes zoster laryngitis accompanied by ramsay hunt syndrome. *J Craniofac Surg.* 2013 Sep;24(5):e496-8.
4. Gómez-Torres A, Medinilla Vallejo A, Abrante Jiménez A, Esteban Ortega F. Ramsay-Hunt syndrome presenting laryngeal paralysis. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2013 Jan-Feb;64(1):72-4.
 5. Van Le M. Image diagnosis: Ramsay Hunt syndrome. *Perm J.* 2012 Fall;16(4):51-2.
 6. Alicandri-Ciufelli M, Aggazzotti-Cavazza E, Genovese E, Monzani D, Presutti L. Herpes zoster oticus: a clinical model for a transynaptic, reflex pathways, viral transmission hypotheses. *Neurosci Res.* 2012 Sep;74(1):7-9.
 7. Finsterer J, Bachtar A, Niedermayr A. Favorable Outcome of Ramsay Hunt Syndrome under Dexamethasone. *Case Rep Med.* 2012;2012:247598.
 8. Prognostic factors in herpes zoster oticus (ramsay hunt syndrome). Coulson S, Croxson GR, Adams R, Oey V. *Otol Neurotol.* 2011 Aug;32(6):1025-30. PMID:21725270