



CASO CLÍNICO

Parálisis facial bilateral simultánea

Gustavo M. Torres^a, Alano N. Barcellos^a, Marco A.R. Santos^a, Marconi T. Fonseca^a,
Eustáquio C. Santos^b y Rubiana F. Sousa^{c,*}

^aServicio de ORL, Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil

^bServicio de Neurología, Hospital Socor, Belo Horizonte, MG, Brasil

^cEstudiante de Medicina, FASEH, Vespasiano, MG, Brasil

Recibido el 24 de julio de 2008; aceptado el 28 de octubre de 2008

PALABRAS CLAVE

Parálisis facial
bilateral simultánea;
Síndrome de
Guillain-Barré;
Parálisis de Bell

Resumen

La parálisis facial bilateral simultánea (PFBS) es una rara entidad clínica que generalmente surge como una manifestación de enfermedades de carácter sistémico, que se diagnostica como parálisis idiopática de Bell en una pequeña proporción de casos. Entre las causas más comunes de PFBS están los traumatismos craneoencefálicos, parálisis de Bell, enfermedad de Lyme, síndrome de Guillain-Barré, sarcoidosis y meningitis bacteriana. Presentamos el caso de una paciente con cuadro de parálisis de Bell bilateral y simultánea.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Simultaneous bilateral
facial palsy;
Guillain-Barré
syndrome;
Bell's Palsy

Simultaneous bilateral facial palsy

Abstract

Simultaneous bilateral facial palsy (SBFP) is an uncommon disorder that usually results from a systemic disease, with only a few cases diagnosed as Bell's Palsy. The most common causes of SBFP are head injuries, Bell's Palsy, Lyme disease, Guillain-Barré syndrome, sarcoidosis and meningitis. We present a case of SBFP.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rubiana.sousa@gmail.com (R. Ferreira Sousa).

Introducción

Las parálisis faciales están clásicamente divididas en periféricas y centrales; también clasificadas como parálisis unilaterales, recurrentes isolaterales, recurrentes alternantes y bilaterales simultáneas. La parálisis facial unilateral es un diagnóstico relativamente frecuente en la práctica otorrinolaringológica. La parálisis facial bilateral simultánea es mucho más rara y ocurre en el 0,3-2%¹⁻³ de los casos de parálisis facial; se define como aquella que acomete ambas hemifaces durante un plazo no mayor de 2 semanas⁴.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 43 años, ingresada en la sala de urgencia con cuadro de cefalea, rigidez de nuca, cervicalgia y vómitos con 3 días de evolución. El examen físico en la admisión evidenció hipoestesia cervicobraquial a la derecha y parálisis facial periférica de grado VI en la escala de House-Brackmann a la izquierda. La tomografía computarizada de cráneo, la radiografía de tórax, el hemograma y los demás exámenes bioquímicos eran normales. En la sala de urgencia fue sometida a punción del líquido, que estaba límpido, con leucocitos mononucleares, 1/ μ l; hematíes, 33/ μ l; glucosa, 55 mg/dl; coloración gramnegativa; prueba de Pandy positiva con proteínas de 82 mg/dl. Se le realizó una angiografía digital cerebral que resultó normal. Se la ingresó con tratamiento de prednisona 60 mg/día y aciclovir 2.000 mg/día divididos en cinco dosis.

Después de 24 horas de internación, evolucionó con parálisis facial súbita en la hemifaz derecha, clasificada como de grado III en la escala de House-Brackmann. Se realizó una resonancia magnética de cráneo, que evidenció solamente focos tenues subcorticales esparcidos de hiperseñal en T2, de aspecto inespecífico. Las serologías para los virus del herpes, de la inmunodeficiencia humana, de Epstein-Barr, citomegalovirus, toxoplasma, enfermedad de Lyme, además de VDRL, fueron negativas. Las serologías para el virus del herpes y la enfermedad de Lyme analizadas en el líquido también fueron negativas. El examen otorrinolaringeo no presentó otras anomalías. La electroneuromiografía realizada en el duodécimo día de parálisis facial a la derecha mostró desnervación aguda en el músculo frontal a la izquierda y una conducción normal en los nervios de las extremidades superiores.

Frente al resultado desfavorable de la electroneuromiografía, la ausencia de mejoría de la parálisis de grado VI a la izquierda y de la falta de una etiología exacta para el cuadro, optamos por realizar una descompresión quirúrgica del VII para la izquierda en el decimocuarto día de evolución. Se realizó una mastoidectomía cerrada con descompresión del ganglio geniculado y de los segmentos laberíntico, timpánico y mastoideo del nervio facial del lado izquierdo, que presentaba intenso edema. Recibió el alta 2 semanas después de la cirugía. Presentó una mejoría pausada y lenta de la parálisis facial izquierda, y continuaba con paresia de grado III en la escala de House-Brackmann un año después de la cirugía. Se mantuvo inalterado el cuadro en la hemifaz derecha (figs. 1 y 2).

Discusión

Al contrario de la forma unilateral, la parálisis facial bilateral simultánea (PFBS) está encuadrada como idiopática en sólo el 20% de los casos y generalmente indica una alteración de mayor seriedad³. Las causas más importantes de PFBS son los traumatismos craneoencefálicos, enfermedades infecciosas (mononucleosis infecciosa, sífilis, otitis media bilateral, herpes zoster, enfermedad de Lyme, meningitis), enfermedades neurológicas (esclerosis múltiple, neoplasias o accidentes vasculares), alteraciones de origen indetermi-



Figura 1 Seis meses del postoperatorio.



Figura 2 Seis meses del postoperatorio.

nado (síndrome de Guillain-Barré, sarcoidosis, síndrome de Melkerson-Rosenthal, leucemia, parálisis de Bell).

Hay pocas series de casos de PFBS en la literatura. En una serie de 43 pacientes, Keane⁵ señaló la parálisis de Bell como causa más común, seguida por el síndrome de Guillain-Barré (SGB). En otra serie de 24 pacientes, Wormald et al⁶ apuntaron a la parálisis idiopática de Bell como la causa más común, seguida por la osteosclerosis, una displasia craneotubular de transmisión autosómica recesiva y con distribución aumentada en una comunidad de África del sur. En 6 casos de PFBS, May³ encontró síndrome de Guillain-Barré en 4 pacientes, leucemia en 2 y un caso de parálisis pseudobulbar. Morales et al⁷, en una comunicación de 4 casos, encontraron las siguientes etiologías para la PFBS: infiltración leucémica, parálisis idiopática de Bell, sarcoidosis y poli-neuropatía mixta desmielinizante (probablemente una forma de síndrome de Guillain-Barré, según los autores).

En el caso que relatamos, iniciamos inmediatamente el tratamiento con prednisona y aciclovir, según el protocolo de nuestro servicio. Esto ocurrió porque la presentación clínica inicial —parálisis súbita, inicialmente unilateral a la izquierda, sin causa aparente y con exámenes normales— indicó que se trataba de parálisis de Bell.

La punción del líquido se realizó en la admisión de la paciente debido a que presentaba rigidez en la nuca y cervicalgia. El examen del líquido evidenció aumento del número de eritrocitos y prueba de Pandy positiva. Esta prueba detecta aumento de proteínas y es positiva en procesos infecciosos o autoinmunitarios del sistema nervioso central, que puede mostrar falso positivo cuando hay sangre en el líquido. En este caso, el aumento del número de eritrocitos en el líquido se produjo por el traumatismo de la punción lumbar, ya que la angiografía digital descartó una hemorragia intracranéa. Por lo que no podemos afirmar que la prueba de Pandy positiva realmente indicase un cuadro patológico. Morales et al⁷, en su revisión de casos, citan que en ausencia de una causa indicativa de PFBS, se debe incluir la punción de líquido en el protocolo de investigación.

Debido al inicio de la paresia facial contralateral y la ausencia de mejoría de la parálisis a la izquierda, la paciente se sometió a electroneuromiografía (ENM) de los músculos de la cara y las extremidades superiores e inferiores. Este examen evidenció parálisis facial bilateral, con señales de desnervación aguda en el músculo frontal izquierdo y reducción del reclutamiento muscular en todos los músculos de la cara. No se encontró prolongación de las ondas F, que son las primeras alteraciones en SGB. El resto del examen de conducción sensitiva y motriz en las extremidades superiores e inferiores resultó normal.

La recomendación de descompresión quirúrgica del nervio facial a la izquierda se basó en la ausencia de mejoría de la parálisis de grado VI en esta hemifaz y en el resultado de la ENM. Este resultado mostró, después de 12 días de evolu-

ción, una marcada reducción de las funciones motrices del lado izquierdo, además de la falta de un diagnóstico etiológico claro para esta alteración.

García Callejo et al⁸ llaman la atención sobre el hecho de que no se puede descartar la SGB como causa de PFBS, aunque ésta sea una manifestación aislada de tal síndrome. Descartamos la SGB con una hipótesis diagnóstica, ya que la paciente no presentó en la ENM las alteraciones más comunes de esta afección: prolongación de las latencias distales con reducción de la amplitud del potencial de acción compuesto muscular, disminución de la velocidad de conducción y anomalías de la onda F. García Callejo et al encontraron estas alteraciones en todos sus pacientes con PFBS secundaria a SGB.

Consideramos que la paciente presentó un cuadro de parálisis de Bell bilateral con evolución desfavorable a pesar de todas las medidas terapéuticas efectuadas.

Conclusiones

Creemos que, ante la ausencia de antecedentes mórbidos que justifiquen la PFBS, la investigación de su etiología demanda la realización de una historia clínica detallada con exámenes de laboratorio, estudios de imagen y estudio del líquido.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Adour KK, Byl FM, Hilsinger RL, Kahn ZM, Sheldom MI. The true nature of Bell's palsy: analysis of 1,000 consecutive patients. *Laryngoscope*. 1978;88:787-91.
2. Stahl N, Ferit T. Recurrent bilateral peripheral facial palsy. *J Laryngol Otol*. 1989;103:117-9.
3. May M, Hardin W. Facial palsy: Interpretation of neurological findings. *Laryngoscope*. 1978;88:1352-6.
4. Rontal E, Sigel ME. Bilateral facial paralysis. *Laryngoscope*. 1972;82:607-12.
5. Keane JR. Bilateral seventh nerve palsy: Analysis of 43 cases and review of literature. *Neurology*. 1994;44:1198-202.
6. Wormald PJ, Sellars SL, DE Villiers JC. Bilateral facial nerve palsies: Groote Schuur Hospital experience. *J Otolaryngol Otol*. 1991;105:625-7.
7. Morales Angulo C, Del Valle Zapico, Rubio Suárez A, Eshevarría S, Rama Quintela J. Parálisis facial bilateral simultánea. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1995;46:305-9.
8. García Callejo FJ, Vila MMV, Mateu LP, Cañizares JM, Algarra JM. Parálisis facial periférica bilateral y síndrome de Guillain-Barré. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1998;49:561-7.