

PARALISIS FACIAL PERIFERICA RECIDIVANTE Y ALTERNANTE

APORTACION DE UN CASO CON CINCO EPISODIOS

*RICARDO REIXACH-CASULA
PEDRO GALVAN BERAMENDI
ERNESTO POTES SANCHEZ*

La parálisis facial periférica es una afección neurológica muy frecuente y en la mayor parte de los casos no se llega a establecer una etiología precisa, denominándolas idiopáticas o parálisis facial de Bell.

Diversos autores, desde el final del siglo pasado, han llamado la atención sobre las formas recidivantes de parálisis facial. Estas han recibido varias denominaciones, tales como parálisis facial en báscula, parálisis facial recidivante o parálisis facial alternante^{4,9,10}. En 1969 Devriese y Pelz³ sugieren los términos de recurrente para las parálisis faciales unilaterales y alternante para las bilaterales. Nosotros creemos que el término a utilizar en esta entidad es el de *recidivante* por existir entre brote y brote una remisión clínica completa, y *alternante* por no ocurrir dos brotes consecutivos del mismo lado. Así mismo debemos puntualizar que es frecuente observar pacientes que a lo largo de su vida han presentado dos episodios de parálisis facial recidivante y alternante y a nuestro juicio estos no deben ser incluidos dentro de la entidad que nos ocupa. La incidencia de estas formas de presentación (recidivante y alternante) varía entre un 7 y 15%.

OBSERVACION

Mujer de 36 años de edad visitada por primera vez en octubre de 1980. Su sintomatología se inició 10 días antes por sensación de tirentez en zona peribucal que en el curso de 5 días progresó a una parálisis completa de toda la hemifacies izquierda. No existían antecedentes de exposición al frío, a tóxicos o a drogas, y su historia familiar no aportaba nuevos datos. Entre los antecedentes personales destacaba:

A los 12 años una parálisis facial periférica, cuyo lado no se pudo precisar; a los 21 años, durante el cuarto mes de su primer embarazo, una parálisis facial periférica *derecha*; a los 22 años, durante el cuarto mes de su segundo embarazo, una parálisis facial periférica *izquierda*; a los 33 años, durante el sexto mes de su tercer embarazo, una parálisis facial periférica *derecha*. Todos los episodios fueron precedidos por un

Instituto Neurológico Municipal, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma. Barcelona, España.

cuadro ansioso-depresivo. En todos ellos la recuperación fué completa en aproximadamente 2 meses.

La exploración neurológica puso en evidencia una parálisis facial izquierda de tipo periférica, sin alteración del gusto ni de la audición. No existía edema facial ni anormalidades de la superficie lingual. El resto de la exploración fue normal.

Se practicaron diversas pruebas complementarias (estudio bioquímico e inmunológico de sangre y L.C.R., estudio de porfirias, estudio radiológico de craneo y torax, exploración O.R.L., tomografía de ambos acueductos del vestíbulo, EEG y EMG) que resultaron dentro de los límites de la normalidad, a excepción del estudio *electromiográfico* que evidenció una denervación parcial en la musculatura facial derecha a predominio en la inferior y una denervación subtotal de la musculatura facial superior e inferior izquierda.

Se instauró tratamiento corticosteroideo (prednisona 30 mg/día). Un mes después de iniciado el tratamiento la paciente presentó una mejoría parcial. La total regresión del cuadro se pudo evidenciar en mayo de 1981, en uno de los controles ambulatorios.

COMENTARIOS

Una multiplicidad de mecanismos etiopatogénicos se apuntan en la literatura como los responsables de las parálisis faciales periféricas recidivantes y alternantes.

Durante el embarazo, se pueden presentar estas formas de afectación del nervio facial, apuntándose que la retención hídrica y edema extracelular provocarían una isquemia del nervio facial en su canal óseo⁵.

La relación de esta entidad con la diabetes mellitus se basa en una angiopatía diabética que podría provocar, en un determinado momento, una isquemia del nervio facial⁶.

Las infecciones virales (herpes simple, influenza) pueden conducir a la presentación de estas formas recidivantes de afectación del nervio facial. En este sentido, investigaciones realizadas con herpes simple sugieren la posibilidad de que el virus asiente en el axón de la célula nerviosa periférica y a consecuencia de un traumatismo o trastorno metabólico se produciría su activación y de esta manera la afectación inflamatoria del nervio facial⁷.

El síndrome de Melkersson-Rosenthal es una entidad clínica que suele cursar con parálisis facial periférica recidivante y que en ocasiones se puede presentar de forma alternante. Sin embargo, este síndrome de etiopatogenia desconocida, se acompaña además de la afectación facial, de un edema facial de predominio en labio superior y más raramente de lengua plicata o escrotal².

Apesar de todos estos mecanismos, en la mayoría de los casos una etiología precisa no se llega a establecer. Algunos autores sugieren una posible predisposición del nervio facial ya sea por la presencia de un canal óseo estrecho ya sea por la existencia de un tejido perineural compacto^{1,8}. Otros, sin embargo,

incluyen a esta entidad dentro de los procesos neuríticos inmunoalérgicos por hipersensibilidad frente a un agente desconocido¹. Este último hecho podría hacernos pensar en un posible nexo de unión con las polirradiculoneuritis recidivantes y las parálisis múltiple y recurrente de pares craneales, que ultimamente hemos tenido oportunidad de estudiar.

RESUMEN

Los autores aportan el caso clínico de una hembra de 36 años de edad, que ha presentado cinco episodios recidivantes y alternantes de parálisis facial periférica, a lo largo de los últimos 24 años. Una etiología precisa no se pudo determinar. Apuntan la posibilidad de un trastorno inmunoalérgico. Se revisa la literatura y se comentan las otras teorías etiopatogénicas.

SUMMARY

Relapsing and alternating Bell's palsy: report of a clinic case with five episodes.

The clinic case of a 36 years-old woman with five episodes of relapsing and alternating Bell's palsy in the last 24 years is reported. The definitive etiology could not be demonstrated. The possibility of an immunologic factor is denoted. The literature was reviewed and other etiopathogenic theories are commented on.

REFERENCIAS

1. BODDIE, H. G. — Recurrent Bell's palsy. *J. Laryngol. Otol.*, 86:1117, 1972.
2. CANDEL, I.; GUTIERREZ, J.; FERNANDEZ, J.; LANZON, C. & DAMBORENEA, M. D. — Síndrome de Melkersson-Rosenthal. *Rev. Clin. Esp.*, 146:1, 1977.
3. DEVRIESE, P. P. & PELZ, P. G. — Recurrent and alternating Bell's palsy. *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.*, 78:1091, 1979.
4. HUNT, J. R. — Recurrent paralysis of the facial nerve. *JAMA*, 66:885, 1916.
5. KORCZYN, A. D. — Bell's palsy and pregnancy. *Acta Neurol. Scand.*, 47:603, 1971.
6. KORCZYN, A. D. — Bell's palsy and diabetes mellitus. *Lancet*, 1 (16):108, 1971.
7. McCORMICK, D. P. — Herpes-simplex virus as cause of Bell's palsy. *Lancet*, 4 (29):937, 1972.
8. MAMOLI, B.; NEUMANN, H. & EHRMANN, L. — Recurrent Bell's palsy: etiology, frequency and prognosis. *J. Neurol.*, 216:119, 1977.
9. PETIT, P. — Paralysies faciales récidivantes et paralysies faciales a bascule. *These de Paris*. Rousset, 1905.
10. TERRIER, G. — A propos de paralysies faciales peripheriques récidivantes et alternantes. *Confin. Neurol.*, 17:177, 1957.

Instituto Neurológico Municipal — Hospital Ntra. Sra. del Mar — Paseo Marítimo s/n — Barcelona, España.