

Razonamiento Clínico: Mujer de 38 Años de Edad en Puerperio Alejado con Debilidad Muscular en Hemicara Derecha

Clinical Reasoning: 38-Year-Old Woman In Remote Puerperium With Weakness In Right Side Of The Face

Jorge Armando Torres-Ortiz, Daniella Alejandra Bustamante-Mieles

Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 38 años de edad con debilidad muscular en hemicara derecha durante su puerperio alejado. Revisamos la historia clínica, exploración física, y analizamos el diagnóstico diferencial, etiológico y final.

Palabras clave: Diagnóstico diferencial, Puerperio, Debilidad Muscular

Abstract

A case of 38-year-old woman is presented with muscular weakness in right side of the face during her remote puerperium. We reviewed the history, physical examination, and analyze the differential diagnosis, etiology and the final diagnosis.

Keywords: Differential Diagnosis, Puerperium, Muscular Weakness

Rev. Ecuat. Neurol. Vol. 30, N° 1, 2021

Introducción

Una mujer de 38 años de edad acude a consulta externa en un centro de salud rural, el día 21 de agosto por debilidad muscular en hemicara derecha. La paciente se encontraba cursando el día 49 de puerperio de un embarazo a término (41 Semanas de gestación) finalizado por cesárea. La paciente refiere que la debilidad comenzó de manera súbita 7 días antes de la consulta y continuó con muy poca mejoría, por lo que acudió al centro de salud.

Se exploraron cuidadosamente todos los sistemas en los cuales no se encontró alteraciones, neurológicamente en el momento niega otalgia, mareos, vértigos o disgeusia.

Como antecedentes la paciente había finalizado su tercer gestación (G3A1P1C1) sin complicaciones a excepción de la cesárea practicada por distocia de presentación donde se utilizó anestesia general, no tuvo alteraciones en los signos vitales durante el mismo, lo único llamativo durante los controles pregestacionales fue una proteinuria leve (+/+++) que presentó en las últimas semanas de gestación, las pruebas de tamizaje infeccioso fueron negativas (VIH, VDRL-sífilis, virus hepáticos, malaria), la

paciente relata que el día de aparición del cuadro acudió a consulta odontológica donde se realizó un procedimiento de baja complejidad.

El examen físico general incluyendo signos vitales fue normal, sin palpar masas ni adenomegalias, el examen neurológico demostró estado mental conservado, la debilidad muscular a nivel facial tenía las siguientes características: 0/3 en escala de Lacotte, con borramiento de pliegues faciales, desviación de la comisura labial contralateral a la parálisis, con visible asimetría facial desfigurante sin movimiento, sin lograr oclusión ocular ni siquiera con esfuerzo máximo, que coincidían con lo que refería la paciente al momento inicial del cuadro, resto de examen de pares craneales, sensitivo, estuvo conservado. Marcha normal.

Preguntas a considerar

¿Dónde localizaría la lesión?

¿Qué exámenes consideraría en este caso?

¹Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Ecuador.

²Ministerio de Salud Pública, Centro de Salud "La Unión", Jipijapa, Manabí, Ecuador

Correspondencia:

Jorge Armando Torres-Ortiz, Md.

Dirección: Cdla. Bellavista Mz. 26 Villa 25

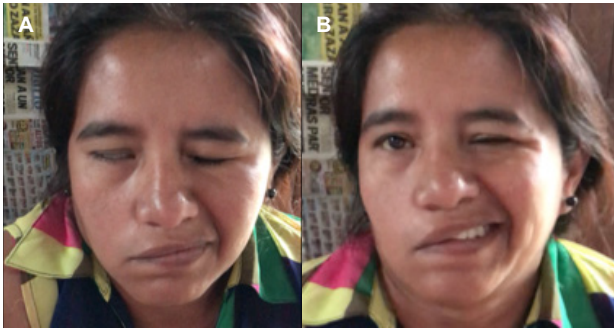


Imagen 1. A. Intento de oclusión máxima. B. Intento de sonreír.

Segunda parte

El examen neurológico (alteración facial brusca, espontánea, <72 H, sin síntomas acompañantes) es consistente con la afectación del séptimo par craneal (nervio facial), donde tendríamos que diferenciar entre una parálisis central, periférica o una afectación miopática, las características y la examinación física de la parálisis hacen más probable que la causa sea una afección del séptimo par que alguna miopatía, ya que las miopatías suelen ser bilaterales, y las parálisis faciales muy raramente son bilaterales; al tener alteración de los pliegues frontales de la cara, la incapacidad de elevar la ceja o la falta de oclusión ocular nos orienta hacia una ubicación infranuclear (periférica). (Imagen 1) Recordando que, aunque la mayoría de las pacientes con ictus y hemiparesia tendrá debilidad muscular en la cara, su presentación aislada es poco probable, incluyendo presentaciones raras imitando parálisis periférica en la protuberancia donde se acompañaría de síntomas vertebrobasilares.^{2,3}

Al tener una característica periférica no se considera necesario realizar estudios complementarios.⁴ De existir sospechas de causas secundarias se recomendaría realizar otros estudios para determinar la etiología del cuadro, infecciosas (Herpes, Varicela, Lyme, meningitis), neoplásicas, o miopáticas, incluyendo en algunos casos imágenes la resonancia magnética (hallazgo: refuerzo ipsilateral del nervio) o electrodiagnóstico recomendado sólo en parálisis completa (hallazgo: disminución de la amplitud en la respuesta motora).

¿Cuál o cuáles serían los diagnósticos etiológicos del cuadro?

¿Cuál sería el manejo agudo?

Tercera Parte

En este caso, tomando en cuenta la edad de la paciente, el no tener antecedentes de picaduras de insectos, masas o adenopatías, cambios en su clínica, ni un cuadro clínico similar al presente entre sus antecedentes, nos hace descartar las patologías secundarias, en consecuencia se procede al tratamiento empírico con el diagnóstico de Parálisis de Bell.



Imagen 2. A. Posición primaria sin desfiguración evidente. B. Intento de sonreír. C-D: Intento de oclusión y oclusión máxima con movimiento de musculatura periocular.

Durante el seguimiento del cuadro la paciente presenta otalgia de moderada intensidad, sin una mejoría notoria; podría hacernos pensar en el síndrome de Ramsay Hunt, pero en la exploración no se observa dermatitis (vesículas) en el pabellón auricular ni el conducto auditivo externo, la otalgia debería ser de carácter más intenso, además existen casos de parálisis de Bell que cursan con otalgia,⁵ y en gestantes en las que aparecen como pró-dromo de la enfermedad.⁶

Ya con la sospecha clínica, se realizaron pruebas infecciosas se obtuvieron resultados negativos con los que se descarta la presencia de ésta y otras patologías infecciosas, incluyendo el virus del Herpes. Así que tenemos dos posibles diagnósticos etiológicos; el procedimiento odontológico ipsilateral como detonante de la parálisis, que, aunque raro, ha sido descrito en otras series;⁷ y, la parálisis también puede ser explicada como una complicación del puerperio la cual normalmente se asocia a preeclampsia, antecedente que no se encuentra en nuestro caso. Se le añadió al tratamiento corticoides, y se indicó seguir con ejercicios de rehabilitación. En su tercer control durante la cuarta semana de evolución se evidenció mejoría (Imagen 2).

Discusión

La parálisis de Bell (PB) es la mononeuropatía más frecuente, a pesar de haber sido descrita como una afectación del séptimo par craneal hace ya 2 siglos por el anatomista escocés Sir Charles Bell (1821) aún se mantiene sin causa clara que precipite su aparición, más allá de su demostrada relación etiopatogénica viral presenta múltiples factores relacionados que varían entre pacientes.³

El presente caso con características clínicas tradicionalmente descritas pero, que atípicamente enlaza diversos factores que se encuentran relacionados con el riesgo de PB, ejemplifica bien la diversidad de condiciones necesarias para su aparición.

La PB es un trastorno frecuente, mundialmente llega a fluctuar en su incidencia entre 11-40/100.000 casos, según la revisión de De-Diego et al., con un ligero predominio en su presentación en climas tropicales y mediterráneos sobre los climas templados, en latinoamérica datos de Brasil y Colombia coinciden con la presentación global. (con 18 y 20/100.000 habitantes respectivamente)⁸

Factores de Riesgo

La activación del virus del herpes simple es una de las causas a las que más se atribuye la parálisis facial; luego de que se resuelve la primoinfección, el virus queda en estado de latencia y se puede alojar en el ganglio geniculado del nervio facial produciéndose una reactivación durante un estado de inmunodepresión o de gran estrés que en este caso sería explicado por la gestación y el parto.^{9,10} En el caso presentado todas las pruebas virales fueron no reactivas.

Durante el embarazo ocurren cambios fisiológicos que predisponen a las gestantes, uno de estos el aumento del volumen extracelular, es por esto que la incidencia de parálisis facial ocurre 3,3 veces más en mujeres gestantes que en la población no gestante con 45,1/100.000 casos.¹¹ La mayoría de los casos ocurren durante el tercer trimestre etapa que coincide con la mayor ocurrencia de preclampsia (2,7% casos) después de las 34 semanas de gestación, lo cual podría ser explicado por el extra-edema que se produce en ella; no siendo este el único mecanismo ya que durante la preclampsia existe un estado de hipercoagulabilidad el cual puede producir trombosis en la vasa nervorum produciendo isquemia del nervio y parálisis.^{10,11} En este caso nunca se evidenció niveles de tensión arterial alterados o edema durante su gestación y no se obtuvieron valores llamativos de proteinuria.

En relación a los procedimientos dentales existen varias hipótesis que explicarían su aparición, tales como: la infiltración anestésica, procesos inflamatorios, traumáticos o infecciosos a nivel dental, extracciones dentales, incluso cualquier procedimiento dental podría reactivar una infección viral, un vasoespasmo reflejo de ramas de la carótida externa u otros factores concomitantes como diabetes o el embarazo, lo cual se ajusta al presente caso. Un procedimiento dental de baja complejidad, junto con reciente estado gestacional, y actual puerperio con todo lo que implica justificaría la presencia de la parálisis de Bell al haber descartado, ya sea por laboratorios o clínica otras etiologías.^{7,9,12-16} De otros factores se resume que no

hay diferencia entre sexos, excepto en población menor de 18 años donde hay un ligero predominio en mujeres, otros ya más establecidos como la obesidad, hipertensión y trastornos hipertensivos en el embarazo, Diabetes y; otros en estudio como, la migraña.^{5,17} Al inicio del caso se llegó a pensar como posible factor la anestesia durante la cesárea, pero no se encontró diferencias significativas entre su aplicación o no, en la frecuencia de la PB.^{18,19}

Tratamiento general y tratamiento en poblaciones especiales.

Adultos: La PB suele resolverse espontáneamente incluso sin tratamiento (70%), pero las guías recomiendan el inicio de corticoterapia en las primeras 72 horas hasta un máximo de 7 días después, con comprobado beneficio, por su efecto sobre el edema del nervio que junto con la estrechez por donde transcurre es el principal postulado para el desarrollo de la PB, llegando casi al 95% de recuperación completa a los 9 meses después de 10 días de tratamiento con prednisolona.²⁰ El uso de antivirales (aciclovir o valaciclovir) en monoterapia no se recomiendan por no demostrar beneficio en comparación con corticoides solos, mientras que en combinación con esteroides puede ser una opción válida según las guías, por no haber descartado su beneficio clínico, recientemente una revisión de Gagyor et al., publicada en Cochrane coincide y resalta un potencial beneficio en secuelas tardías.^{5,21,22} Entre las medidas generales se recomienda la protección ocular con lágrimas artificiales, uso de gafas, oclusión con parche o la combinación de estos. La resolución quirúrgica (descompresión del nervio) no cuenta con suficiente evidencia para recomendarse, con muy pocos potenciales pacientes.^{5,23} La selección del tipo de rehabilitación depende del profesional sanitario, ya que a la fecha no hay evidencia clara de superioridad de alguno.²³⁻²⁶

Niños (<16 años): La población infantil tiene mejores porcentajes de recuperación sin tratamiento que los adultos, haciendo el uso de corticoides controvertido, mientras que el uso de antivirales o de cirugías no está recomendado.⁵

Embarazo y Lactancia: El manejo sugerido en la guía es de individualizar casos. Los corticoides están excluidos en el uso en el primer trimestre por su mayor riesgo de tener defectos congénitos, no así en el tercer trimestre que es el momento de mayor presentación de PB, por lo que se puede recurrir a su uso, en lactancia su uso es compatible y se aconseja descartar la leche producida en las posteriores 4 horas a la ingesta del corticoide.²⁵ En cambio, los antivirales sin evidencia aún en mujeres embarazadas con PB al ser categoría B constituyen una alternativa válida, sin claros beneficios aún, ya que en lactancia es excretado en cantidades muy bajas.²⁷

Conclusión

La Parálisis de Bell es el trastorno mononeuropático más frecuente con etiología desconocida, con varios factores de riesgo que aumentan su incidencia, en donde hay que tener en cuenta los procedimientos odontológicos con o sin uso de anestesia, estrés periparto y puerperio. Su manejo debe incluir corticoides en las primeras 72 horas y una protección ocular adecuada, mientras que no se puede recomendar otros tratamientos por la falta de información actual, en el embarazo y lactancia el manejo debe ser individualizado pero muy similar al de un adulto, haciendo falta estudios para clarificar efectos y beneficios.

Referencias

1. Gulati A, Virangna T, Sayal A. Simultaneous Bilateral Facial Nerve Palsy- Case Series and Review of Literature. *British Journal of Research*. 2018 Marzo 31; 5(1:39): p. 1-4. <https://doi.org/10.21767/2394-3718.100039>
2. Boodaie B, Amin M, Sabetian K, Quesada D, Torrico T. Medial Pontomedullary Stroke Mimicking Severe Bell's Palsy: A Case Report. *Clinical Practice and Cases in Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2020.5.46965>
3. Reich SG. Bell's Palsy. *Continuum*. 2017 Abril; 23(2): p. 447-466. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000447>
4. Gilden DH. Bell's Palsy. *N Eng J Med*. 2004 Septiembre 23; 351: p. 1323-31. <https://doi.org/10.1056/NEJMc041120>
5. Baugh R, Basura G, Ishii L, Schwartz S, Murray C, Burkholder R, et al. Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2013 Noviembre 4; 149(3): p. 1-27. <https://doi.org/10.1177/0194599813505967>
6. Cabrera S, Olarte C, Vargas C. Parálisis de Bell y Preeclampsia. Reporte de Caso. *Rev Per de Gin y Obst*. 2012; 58: p. 137-140. ISSN:2304-5132
7. Gaudin R, Remenschneider A, Phillips K, Knipfer C, Smeets R, Heiland M, et al. Facial Palsy after Dental Procedures - Is Viral Reactivation Responsible? *Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery*. 2016 Noviembre; S1010-5182(16). <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2016.11.002>
8. De Diego-Sastre J, Prim-Espada M, Fernandez-Garcia F. Epidemiología de la parálisis facial de Bell. *Revista Neurología*. 2005 Febrero; 41(5): p. 287-290. <https://doi.org/10.33588/rn.4105.2004593>
9. Leon-Arcilla M, Benzur-Alalus D, Alvarez-Jaramillo J. Parálisis de Bell, reporte de un caso. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2015 Febrero 15; 35(4): p. 162-166. <https://doi.org/10.1016/j.maxilo.2011.10.009>
10. Foguet Q, Mascaro O, Aragones JM, Moros S. Parálisis facial posparto. *Med Clin*. 2008; 131(1): p. 35-9. <https://doi.org/10.1157/13123042>
11. Hilsinger R, Adour K, Doty HE. Idiopathic Facial Paralysis Pregnancy, and the Menstrual Cycle. *Ann Otol*. 1975 Abril 11; 84: p. 433-442. <https://doi.org/10.1177/000348947508400402>
12. Gray R. Peripheral Facial Nerve Paralysis of Dental Origin. *British Journal of Oral Surgery*. 1978 Agosto 2; 16(1): p. 143-150. [https://doi.org/10.1016/0007-117x\(78\)90024-0](https://doi.org/10.1016/0007-117x(78)90024-0)
13. Miles PG. Facial palsy in the dental surgery. Case report and review. *Australian Dental Journal*. 1992 Agosto; 37(4). <https://doi.org/10.1111/j.1834-7819.1992.tb04741.x>
14. Shuaib A, Lee MA. Recurrent peripheral facial nerve palsy after dental procedures. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1990 Diciembre; 70(6). [https://doi.org/10.1016/0030-4220\(90\)90011-g](https://doi.org/10.1016/0030-4220(90)90011-g)
15. Tazi M, Soichot P. Facial Palsy Following Dental Extraction: Report of 2 Cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2003; 61: p. 840-844. [https://doi.org/10.1016/s0278-2391\(03\)00162-9](https://doi.org/10.1016/s0278-2391(03)00162-9)
16. Tolstunov L, Belaga G. Bell's Palsy and Dental Infection: A Case Report and Possible Etiology. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010; 68: p. 1173-1178. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2009.12.021>
17. Kontorinis G, Tyagi A. Potential association between recurrent facial nerve palsy and migraines. *J Laryngol Otol*. 2020 Junio 2; p.14. <https://doi.org/10.1017/S0022215120001905>
18. Dorsey D, Camann W. Obstetric anesthesia in patients with idiopathic facial paralysis (Bell's palsy): a 10-year survey. *Anesth Analg*. 1997 Julio; 77(1): p. 81-3. PMID: 8317752
19. Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. *Journal of Neurology*. 2020 Marzo; 267: p. 1896-1905. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09282-4>
20. Sullivan F, Swan I, Donnan PT, Morrison JM, Smith B, McKinstry B, et al. Early Treatment with Prednisolone or Acyclovir in Bell's Palsy. *N Eng J Med*. 2007 Octubre 18; 357(16): p. 1598-1607. Octubre 18; 357(16): p. 1598-1607. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa072006>
21. Vrabec J, Isaacson B, Van Hook JW. Bell's Palsy and pregnancy. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2007 Septiembre 10; 137(6): p. 858-861. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.09.009>
22. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis) (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019; 9(CD001869). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001869.pub9>
23. Shokri T, Saadi R, Schaefer EW, Lightball JG. Trends in the Treatment of Bell's Palsy. *Facial Plast Surg*. 2020 Agosto 13. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1713808>

24. Agostini F, Mangone M, Santilli V, Paoloni M, Bernetti A, Saggini R, et al. idiopathic facial palsy: umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Biological Regulators & Homeostatic Agents*. 2020 Julio; 34(4): p. 1245-1255. <https://doi.org/10.23812/20-339-a>
25. Bermas BL. UpToDate. Safety of rheumatic disease medication use during pregnancy and lactation. [Online].; 2020 [cited 2020 Septiembre 24. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/safety-of-rheumatic-disease-medication-use-during-pregnancy-and-lactation>.
26. Gronseth GS, Paduga R. Evidence-based guideline update: Steroids and antivirals for Bell palsy: Report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *American Academy of Neurology*. 2012 Noviembre 7; 79: p. 2209-2213. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e318275978c>
27. NCBI. Acyclovir. Drugs and Lactation Database. [Online].; 2018 [cited 2020 Septiembre 24. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501195/>.