

J. MARTÍNEZ \*  
 T. LAHOZ \*  
 M. LAGUÍA \*  
 F. CASTRO \*\*

## Parálisis facial bilateral

\* Servicio de ORL

\*\* Servicio de Oftalmología

Hospital "Obispo Polanco"  
 Teruel

**P**aciente de 82 años, con antecedentes de coxartrosis bilateral, hernia de hiato y cardiopatía isquémica, que presenta una parálisis facial periférica izquierda, seguida a los quince días de una parálisis facial derecha, acompañada de pérdida progresiva de fuerza en extremidades superiores y posteriormente en las inferiores que le imposibilitan la marcha sin ayuda.

La exploración física O.R.L. fue normal, salvo la parálisis facial (foto 1). En la neurológica se apreció una debilidad simétrica en extremidades con atrofia muscular, sin alteraciones sensitivas y con arreflexia. El estudio oftalmológico encontró solamente un lagofthalmos.



Foto 1: Paciente con parálisis facial bilateral

Realizamos como pruebas complementarias una Rx de tórax que fue normal, un TAC de peñascos y fosa posterior que fue normal, una audiometría, con una hipoacusia perceptiva bilateral leve, un rastreo óseo para descartar un posible mieloma, siendo su resultado negativo.

Igualmente se solicitó un TAC abdominal en el que apareció un quiste hidatídico calcificado y una hepatopatía crónica. La bioquímica de L.C.R. y el cultivo de dicho líquido fueron normales. La serología en sangre y L.C.R. fue negativa, el TAC y RMN cerebrales resultaron normales. No existió proteinuria de Bence-Jones en orina. Se halló en la bioquímica una eleva-

ción de la ferritina y del índice de saturación con disminución de la transferrina, que orientaban hacia una hemocromatosis. En el proteinograma apareció una gammaglobulinemia, siendo normales los anticuerpos anticardiolipina Ig G e Ig M. El estudio de las células tumorales en L.C.R. fue negativo, así como la punción aspiración medular. El estudio electromiográfico informó de una intensa polirradiculoneuritis de predominio axonal.

El paciente ha evolucionado de una forma desfavorable, persistiendo la misma sintomatología a pesar del tratamiento con corticoides e inmunoglobulina G.

Pensamos que posiblemente se trata de un síndrome de Guillain - Barré de evolución atípica.

### Discusión

La parálisis facial bilateral es una patología infrecuente, constituyendo sólo un 0,3-2% del total de casos de parálisis facial (1). Se define como aquella en la que ambos lados de la cara se afectan en un intervalo de tiempo inferior a cuatro semanas (2). Puede aparecer como manifestación de múltiples patologías, por lo que es preciso realizar un minucioso estudio antes de establecer el diagnóstico de parálisis idiopática de Bell (ver tabla I).

La enfermedad de Lyme sería la primera entidad a descartar, ya que más de una tercera parte de las parálisis faciales bilaterales son debidas a ella (2). Como sabemos está producida por una espiroqueta, *Borrelia burgdorferi*, y se transmite por garrapatas. Un 11% de los pacientes con esta enfermedad presentan parálisis facial y en un 30% de los mismos es bilateral (39). Su confirmación es mediante el estudio de anticuerpos, en suero o en LCR, frente a espiroquetas. Estas parálisis generalmente se resuelven sin secuelas (40).

Otra causa es la infección por VIH, pudiendo aparecer en cualquier momento de su evolución (18).

Estas manifestaciones pueden ser las primeras del síndrome de Guillain-Barré en algún momento de su evolución (3). Cuando aparece una debilidad motora progresiva asociada a arreflexia se facilita su diagnóstico. Se duda sobre la utilidad de los corticoides, pues en muchos casos se observa una remisión espontánea de la parálisis facial.

**TABLA I. CAUSAS**

<u>Congénitas</u>	<u>Infeccciosas</u>
· S.Moebius (3)	· Enf. de Lyme (7)
· Talidomida (2)	· Mononucleosis (3)
· Distrofia miotónica (4)	· Tuberculosis, mastoiditis bilateral (8)
· Distrofia facioescapulohumeral (5)	· Herpes zoster ótico tétanos, paperas (9)
· Trauma en parto (6)	· Micoplasma pneumoniae (10)
	· H. simple I y II (11)
	· Paludismo, lepra, Leptospirosis, sífilis, triquinosis, difteria, escarlatina (9)
	· Arbovirus (12), Coxsackie (13)
	· Botulismo (14), Meningitis (15)
	· Encefalitis (16)
	· Poliomieltis (17), VIH (18)
	· Absceso intracraneal (19)
	· Viruela (20), Otitis media bilateral (21)
<u>Neurológicas</u>	<u>Tumorales</u>
· Accidente cerebrovascular (22)	· Leucemia (3)
· Esclerosis múltiple (2)	· Glioma pontino (9)
· Hipertensión intracraneal benigna (23)	· Enf. von Recklinghausen (24)
· Parálisis pseudobulbar (3)	· Linfosarcomas (8)
· Enf. Parkinson (2)	· Linfomas (25)
· Miastenia gravis (6)	· Metástasis de ca. mama, pulmón, riñón, páncreas, gástrico, cervix...(26)
<u>Postinfecciosas</u>	<u>Enf. Metabólicas</u>
· S. Guillain-Barré (3)	· Diabetes mellitus (9)
· S. Miller Fisher (27)	· Porfiria (28)
	· Parálisis familiar periódica (29)
<u>Tóxicas</u>	<u>Iatrogénicas</u>
· Alcoholismo (31)	· Embolización arterial (32)
· Ingesta plomo, arsénico, monóxido carbono, etilén glicol (30)	· Cirugía neurinoma acústico (3)
	· Vacunación antirrábica (33)
<u>Otras</u>	
· Parálisis de Bell (8)	· Sarcoidosis (35)
· S. Melkersson-Rosenthal (9)	· S.Steven Johnson (36)
· Traumatismo craneoencefálico, osteopetrosis (8)	· Panarteritis nodosa (37)
	· Amiloidosis (34)

**L**a sarcoidosis, enfermedad granulomatosa crónica de etiología desconocida, cursa a menudo con neuropatías craneales, siendo el facial el más frecuentemente afectado (41). El aumento de la calcemia, de la enzima convertidora de angiotensina, la alteración hepática y las adenopatías hiliares nos pueden orientar a su diagnóstico. El diagnóstico definitivo es mediante estudio anatomopatológico. Puede llegar a recuperarse totalmente en un 80% de los casos (42).

Las publicaciones más frecuentes de metástasis en hueso temporal son de carcinoma de mama. Otros son el adenocarcinoma renal, pulmonar y gástrico, el carcinoma epidermoide de cervix uterino, carcinoma bronquial de células grandes, carcinoma de células pequeñas de pulmón, el adenocarcinoma pancreático y el carcinoma de células transicionales de la pelvis renal (26).

El riesgo de parálisis faciales es más alto en mujeres embarazadas que en las que no lo están. Los periodos críticos son el tercer trimestre y el inmediato postparto (43).

La parálisis de Bell representa aproximadamente el 51% (3) de los casos de afectación unilateral, pero baja al 20% en los casos de bilateralidad.

En niños a raíz de otitis medias bilaterales, se han producido parálisis faciales bilaterales (44), resolviéndose con antibióticos y tubos de drenaje. Si en la exploración se observa serosidad, se aconseja realizar test de Lyme, ya que es la causa más frecuente a nivel pediátrico de parálisis facial bilateral (45).

Una variante del S.Guillain -Barré, como es el Síndrome de Miller Fisher, el cual consiste en ataxia, oftalmoplejia y arreflexia, puede producir parálisis facial bilateral entre el 27%-50% de los casos (46). Estos dos síndromes pueden seguir a una infección por Campilobacter jejuni, el germen más frecuentemente implicado en la producción de diarrea en pediatría.

La batería de pruebas necesarias se refleja en la tabla II. El tratamiento es etiológico fundamentalmente.

**Correspondencia:**

Jose J. Martínez Subías  
Salamanca, 5-7, 2º C  
50005- Zaragoza

**TABLA II. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**

<u>Anamnesis</u> <u>Exploración física</u> <u>Est. cocleovestibulares</u> <u>Est. neurofisiológicos</u>	<u>Analítica</u>	<u>Serología</u>	<u>Estudio</u> <u>LCR</u>	<u>Rx</u>	<u>Biopsias</u>
Audiometría, reflejo estapedial Test de secreción lacrimal y salivar, de gusto y olfato	Hemograma, VSG, ECA, PFH, glucemia	VIH, Lyme, Lúes VEB, Herpes...		Torax, TC, RM, Gammagrafía con galio	Oral, nasal, labial, bronquial...

**Bibliografía**

1.- STAHL N, FERIT T. Recurrent bilateral peripheral facial palsy. J. Larvngol. Otol. 1989; 103: 117-119.

2.- TELLER DC, MURPHY TP. Bilateral facial paralysis: A case presentation and literature review. J. Otolaryngol. 1992; 21: 44-47.

3.- MAY M, KLEIN SR. Differential diagnosis of facial palsy. Otolaryngol Clin North Am 1991; 24: 613-645.

- 4.-PARKER N. Dystrophia myotonica presenting as congenital facial diplegia. *Med J Aust.* 1963;2: 939-944.
- 5.- KORF BR, BRESNAN FJ, SHAPIRO F et al. Facio-scapulothoracic dystrophy presenting in infancy with facial diplegia and sensorineural deafness. *Ann Neuro* 1985;7: 513-516.
- 6.- RONTAL E, SIGEL ME. Bilateral facial paralysis. *Laryngoscope* 1972; 82: 607-615.
- 7.- ENG CD. Lyme disease with bilateral facial nerve palsy. *Arch Phys Med Rehabil* 1990; 71: 749-751.
- 8.- WORMALD PJ, SELLARS SL, DE VILLIERS JC. Bilateral facial nerve palsies. Groote Schuur Hospital experience. *J Laryngol Otol.* 1991; 105: 625-627.
- 9.- HORA JF, ELWELL RH. Facial diplegia. *Arch Otolaryngol* 1966;83:329-331.
- 10.- ERNESTER JA. Bilateral facial nerve paralysis associated with mycoplasma pneumoniae infection. *Ear Nose and Throat J.* 1984;63:585-90.
- 11.- GHONIM MR, CAVILAN C, SARRIA MJ. Bilateral simultaneous Bell's palsy: Two cases following herpes simplex gingivostomatitis. *ORL. J Otorhinolaryngol Relat Spce* 1988; 50: 269-272.
- 12.- PERRIN C, LONG FX, LEICHTMANN C et al. Diplegie faciale par piquere de tiques. *J Fr d'ORL* 1980; 29: 671-674.
- 13.- STERN H. An etiology of central nervous system infections during prevalence of poliovirus and coxsackie virus. *Br Med J* 1916; 1, 1061.
- 14.- SHUGAR MA, GRANICH MS, REARDON EJ. The otolaryngologic presentation of botulism. *Laryngoscope* 1981;91: 121-124.
- 15.- CHOTMONGKOL V, PONGSKUL CL Bilateral facial nerve paresis in eosinophilic meningitis. *J Med Assoc Thai* 1991; 74:230-232.
- 16.- SHERWEN PJ, THONG NC. Bilateral facial nerve palsy: A case study and literature review. *J OW* 1987; 16: 28-33.
- 17.- SHERMAN JC, KARNELBLIT S. Facial paralysis in poliomyelitis. *Neurology* 1959; 9:282-287.
- 18.- BELEC L, GHERARD R, GEORGES AJ et al. Peripheral facial paralysis and HIV infection: Report of four African cases and review of the literature. *J Neurol* 1989 ;236: 411-414.
- 19.- PACHNER AT, STEERE AC. The triad of neurologic manifestations of Lyme disease: Meningitis, cranial neuritis and radiculoneuritis. *Neuro* 1985; 35: 47-53.
- 20.- GANJOO RK, ROY AK, KUMAR A. Bilateral facial palsy following chicken pox (letter), *J Assoc Phisicians India* 1989; 37: 798.
- 21.- EDIVIOND CV, ANTOINE G, YIM D, YOSHIDA O. GONZALEZ C. A case of facial diplegia associated with acute bilateral otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1988;18: 257-262.
- 22.- WANG C, BROE G. Isolated facial palsy: A new lacunar syndrome. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1984; 47: 84-86.
- 23.- KIWAK KJ, LEVINE. SE. Benign intracranial hypertension in facial diplegia. *Arch. Neurol* 1984;41: 787-788.
- 24.- STEENRSON RL. Bilateral facial paralysis. *Am J Otol.* 1986;7: 99-103.
- 25.- PINKEL D, WOO S. Prevention and treatment of meningeal leukaemia in children. *Blood* 1994;84 (2): 355-356.
- 26.- Diagnosis Pathologic quiz case 2. Pathologic diagnosis bilateral herpes zoster oticus. *Arch Otholaryngol Head Neck Surg.* 1996; 12:197-198.
- 27.- KEANRE JR. Bilateral seventh nerve palsy. Analysis of 43 cases and review of the literature. *Neurology* 1994;44:1198-1202.
- 28.- LEWIS M, KALLENBACH J, HOCKIVIANN M et al. Otolaryngologic complications of acute porphyria. *Laryngoscope* 1983;93:483-484.
- 29.- JURYNZYK J, JURKOWSKI A. A case of sporadic hypokalemie form of familial periode paralysis. *Wiek Lek* 1990;43:1148-1150.
- 30.- SPILLANE L, ROBERTS JR, MEVER AE. Multiple cranial nerve deficits after ethylene glycol poisoning. *Ann Emerg Med* 1991-, 20: 208-210.
- 31.- RICE JP, HOROWITZ M, CHIN D. Wernicke Korsakoff syndrome with bilateral facial palsies. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1984; 47; 1356-1357.
- 32.- METSON R. HANSON DG. Bilateral facial nerve paralysis following arterial embolization for epistaxis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1983; 91: 299-303.
- 33.- DINGIANN V, FONTANELLE IL. Polyneuritis with facial diplegia syndrome developing during anti-rabics vaccination. *New Orleans Med Surg J* 1949; 102: 45-47.
- 34.- MASSEY EW, MASSEY JIVI. Facial diplegia due to amyloidosis. *South Med J* 1986; 79:1458-1459.
- 35.- GEORGE MK. PAHOR AL. Sarcoidosis: A cause for bilateral facial palsy. *Ear Nose Throat J* 1991; 70: 492-493,
- 36.- FRIEDIVIAN JR, CHALLENGOR V, BRUST JCM. Bilateral facial palsy associated with Stevens-Johnson syndrome. *Neurology* 1979; 29: 1304-1306.
- 37.- DUDLEY JP, GOODIVIAN M. Periarteritis nodosa and bilateral facial paralysis. *Arch Otolaryngol* 1969; 90: 139-146.
- 38.- UCHIARA I, YOSHIDA S, TSUKAGOSHI M. Bilateral paresis with Sjögren's syndrome. *J Neurol* 1989; 236: 186.
- 39.- CLARK JR, CARLSON RD, PACHNER AR et al. Facial paralysis in Lyme disease. *Laryngoscope* 1985; 95: 1341- 1345.
- 40.- ANGERER P, PFADENHAUER K, STOHR M. Prognosis of facial palsy in Borrellia burgdorferi meningopolyradiculoneuritis. *J Neurol* 1990; 240: 319-321.
- 41.- DELANAY P. Neurologic manifestations in sarcoidosis. Review of the literature with report of 23 cases. *Ann Int Med* 1977;87:336-345.
- 42.- JAMES-DG. Differential diagnosis of facial nerve palsy. Sarcoidosis-vasc-diffuse-long 1997;14(2):115-120.
- 43.- JESSEN-MR, SHANBOEN-MJ. Simultaneous bilateral facial palsy in pregnancy. *J-AmOstheopath-assoc.* 1996;96(1):55-7.
- 44.- EDIVIUN CV, ANTOYNE G, YIN D, et al. A case of facial diplegia associated with acute bilateral otitis media. *INT J Pediatr. Otorhinolaryngol* 1990;18:257-62.
- 45.- BEINGHAM PM, GALETA SL, ATHRRYA B et al. Neurology manifestations in children with Lyme disease pediatrics. *Pediatrics* 1995, 96(6):1053-1056.
- 46.- MAI MTHE. Facial nerve. New York. Thieme 1986:187-202.