

Parálisis facial bilateral como manifestación de síndrome de Guillain-Barre

J. A. GÓMEZ CARRASCO y R. PALENCIA

RESUMEN: Los autores presentan el caso de un paciente con una parálisis facial periférica bilateral cuyo líquido cefalorraquídeo mostraba una disociación albúmino-citológica, hallazgo compatible con síndrome de Guillain-Barré; su recuperación fue completa de forma espontánea. Se señala la necesidad de profundizar en el estudio de los niños con parálisis facial aparentemente idiopática, ya que en ocasiones puede ser manifestación de una polineuropatía subclínica generalizada. PALABRAS CLAVES: PARÁLISIS DE BELL. PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO. SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ.

BILATERAL FACIAL Palsy AS A MANIFESTATION OF GUILLAIN-BARRE SYNDROME. (SUMMARY): The authors report the case of a patient with a bilateral peripheral facial palsy which cerebrospinal fluid showed a dissociation albumin-cytologic. This finding is compatible with the diagnosis of Guillain-Barré syndrome. Their recovery was complete and spontaneous. The need for studying in depth children with apparently idiopathic facial palsy is emphasized, since it could be a manifestation of a generalized subclinical polyneuropathy. KEY WORDS: BELL'S PALSÝ. PERIPHERIC FACIAL PALSÝ. CEREBROSPINAL FLUID. GUILLAIN-BARRE SYNDROME.

INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años se han comunicado casos de síndrome de Guillain-Barré con parálisis facial como manifestación clínica dominante (1). Recientes estudios (2, 3, 4) aportan datos en el sentido de que la parálisis de Bell, cuya etiopatogenia es desconocida, podría ser una manifestación clínica de una polineuropatía subclínica generalizada. Como resultado de la consulta de la literatura y tras haber estudiado el enfermo que a continuación describimos, sugerimos el hecho de que tras algunos casos de parálisis faciales idiopáticas (parálisis de Bell) subyacen procesos más generalizados, que deben de ser descartados.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón de 9 años y 10 meses de edad, sin antecedentes familiares ni personales destacables, que 15 días antes de acudir a nuestro hospital presenta un cuadro con las características de la varicela, refiriendo 5 días después vómitos y epigastralgias, que ceden con tratamiento dietético. Tres días antes del ingreso manifiesta molestias difusas en ambas piernas, observándose una desviación de la comisura bucal hacia el lado derecho. En la *exploración* se aprecian elementos varicelosos en fase de costra así como la presencia de una parálisis facial periférica en el lado izquierdo; refiere dolor a la palpación de masas musculares de ambas piernas, pero no se objetivan alteraciones del tono, de la fuerza, ni de los reflejos osteo-tendinosos o de la sensibilidad en las

extremidades. 24 horas después del ingreso se observa la presencia de una parálisis facial periférica bilateral, aunque de predominio izquierdo. La *exploración otorrinolaringológica* y el *estudio radiológico* de peñasco no evidenciaron patología local (salvo la clínica de parálisis facial bilateral). No se encontraron alteraciones de los músculos óculo-motores y el examen de fondo de ojo fue normal. Se efectuó *punción lumbar* mostrando el líquido cefalorraquídeo inicial un aspecto claro, 4 células (linfocitos), 64 mg. % de glucorraquia, 119 mEq/l de cloruros y 107 mg. % de proteínas. El cultivo liquoral no mostró crecimiento bacteriano y los títulos de anticuerpos frente a virus Herpes simplex y Varicela Zoster fueron negativos. En control efectuado 20 días más tarde el líquido cefalorraquídeo no contiene células y muestra una proteinorraquia de 112 mg. %; en este momento la exploración clínica muestra que la parálisis facial persiste en el lado izquierdo, habiéndose resuelto la del lado derecho.

A los 7 meses la exploración clínica fue normal, no aceptando la familia nuevas punciones lumbares para el examen del líquido cefalorraquídeo.

COMENTARIOS

La rareza de presentación de una parálisis facial bilateral fue el motivo que impulsó a efectuar estudios complementarios en este paciente, en especial la valoración del líquido cefalorraquídeo. El hallazgo de una disociación albúmino-citológica justifica el diagnóstico de síndrome de Guillain-Barré, proceso en el que puede afectarse el VII par craneal (hasta en cerca del 50 % de los casos según algunos autores) (5); lo que ya no es tan frecuente es que sea la única manifestación (o la más

evidente) en la enfermedad, si bien se han descrito casos (1).

Recientes publicaciones han mostrado que en un porcentaje próximo al 30 % de enfermos con parálisis de Bell se encuentran alteraciones electromiográficas en otros territorios (3); los mismos autores encuentran que el líquido cefalorraquídeo de 7 niños con parálisis facial unilateral presentaba pleocitosis linfocitaria e hiperproteinorraquia, sin que en 6 de ellos hubiese signo clínico alguno de inflamación meníngea. Concluyen que la clásicamente denominada parálisis de Bell es en muchos casos una manifestación de una poli-neuropatía generalizada, probablemente en relación con infecciones virales.

Algunos autores (6) han señalado que las dos terceras partes de los casos de parálisis facial periférica son idiopáticas. Es muy probable que esta proporción se reduzca en futuras estadísticas si se realizan las exploraciones complementarias antes mencionadas.

El enfermo que comentamos fácilmente hubiera sido diagnosticado de parálisis facial idiopática, sin efectuar estudio de líquido cefalorraquídeo, de no haber llamado la atención el carácter bilateral de la parálisis facial y las mialgias de extremidades inferiores.

Concluimos señalando la necesidad de profundizar en el estudio de los niños con parálisis facial aguda, supuestamente idiopática, sugiriendo la práctica de punción lumbar y valoración del líquido cefalorraquídeo así como electromiografía de grupos musculares aparentemente no afectados.

BIBLIOGRAFIA

1. CHAROUS, D. I.; SACE, B. I. The Landry-Guillain-Barré syndrome. The report of a unusual case, with a comment on Bell's palsy. N. Engl. J. Med., 1962; 267: 1334-1337.
2. SANDSTEDT, P.; HYDEN, D.; ODKVIST, L. M. KOSTULAS V. Parálisis facial periférica en niños. Acta Paediatr. Scand. (Ed. Esp.), 1985; 2: 307-312.

3. SANDSTEDT, P.; HYDEN, D.; ODKVIST, L. M. Bell's palsy-a part of a polyneuropathy? Acta Neurol. Scand., 1981; 64: 66-73.
4. DJUPESLAND G.; DEGRE, M.; STIEN, R.; SKREDE, S. Acute peripheral facial palsy-part of cranial polyneuropathy? Arch Otolaryngol, 1977; 103: 641-644.
5. MENKES, J. H. Políneuritis infecciosa aguda. En: Neurología Infantil, de Menkes J. H., Salvat. Barcelona 1978; pág. 336-339.
6. EDITORIAL. Parálisis de Bell. Lancet. (Ed. Esp.), 1982; 1: 62-63.