

# PARÁLISIS FACIAL EN EL PUERPERIO

Moreno Sánchez, C.; Gazabat Barbado, E.; Marín Pérez, A.; Lorca Alfaro, S.; Araico Rodríguez, F; Servet de Lema, CM; Nieto Díaz, A.

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

## INTRODUCCIÓN

La mayoría de casos de parálisis facial durante la gestación se producen en el tercer trimestre y se asocian a entidades como preeclampsia e hipertensión arterial inducida por el embarazo. La parálisis facial en la primera semana del posparto es muy poco frecuente, relacionándose con el valsalva, la raquianestesia o la reinfección herpética asociada al estrés del parto\*\*.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años, G2P1, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos y con antecedentes de talasemia menor. La gestación cursó sin incidencias con controles ecográficos y analíticos normales, serologías negativas para los virus de la hepatitis B, VIH y sífilis e inmune para rubeola.

La paciente ingresó a las 40+4 semanas en nuestro hospital por pródromos de parto.

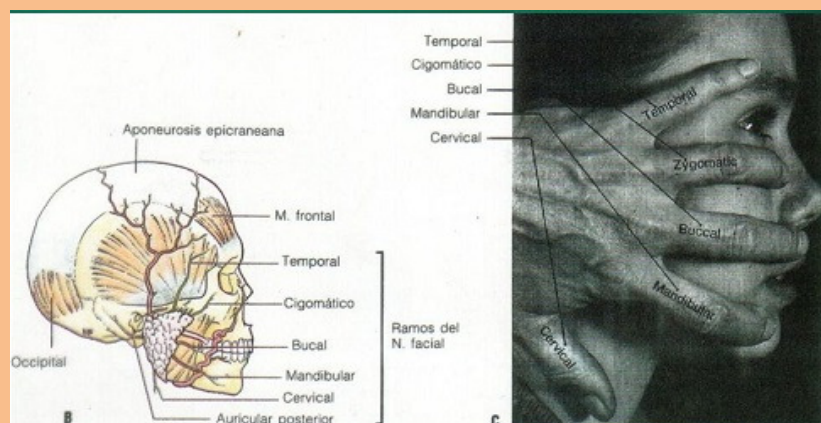
Previo al parto, desviación de comisura bucal, dificultad para la oclusión palpebral izquierda y otalgia, sin hipoacusia ni otorrea. A la exploración, pabellón auricular eritematoso sin vesículas ni adenopatías. Afebril en todo momento excepto por un pico febril de 38º C durante el parto, asistido con ventosa, bajo anestesia epidural, que cursó sin incidencias.

Tras el parto es valorada por Neurología y Otorrinolaringología, diagnosticando una parálisis facial periférica izquierda de probable origen idiopático que se trató con glucocorticoides orales, lágrimas artificiales y pomada óculoepitelizante junto con oclusión de ojo izquierdo.

Durante su estancia en planta, avisaron al equipo de guardia por empeoramiento clínico con entumecimiento de lengua, mareos y otalgia. El hemograma de control evidenció una anemia muy sintomática con Hb 7'4 g/dl, por lo que se transfundieron dos concentrados de hematíes.

La nueva otoscopia mostraba edema en trago y concha auricular con lesión vesiculosa en tercio inferior de concha auricular, CAE y tímpano íntegros y normales. A la vista de la evolución, el diagnóstico último fue de parálisis facial periférica izquierda grado IV asociada a infección herpética, añadiéndose al tratamiento famciclovir 500 mg c/8h 7 días y diprogenta 1

aplicación c/12h en CAE 7 días junto con ejercicios faciales, siendo dada de alta con revisión por ORL de zona.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La incidencia de parálisis facial en la primera semana del posparto, se sitúa entre el 1,6 y el 9,8% del total de casos de parálisis facial relacionada con la gestación. En nuestro caso, la etiología más razonable es una reactivación del virus herpes, que supone, la causa de parálisis facial aguda más frecuente en la población general, teniendo en cuenta que el parto es una situación de estrés elevado que puede potenciar esa reactivación.

## BIBLIOGRAFÍA

Postpartum facial palsy, Foguet Q, Mascaró O, Aragonés JM, Moros S. *Medicina Clínica*, Junio 2014.

Idiopathic facial nerve paralysis in late pregnancy and the early puerperium. McGregor JA, Guberman A, Amer J, Goodlin R. *Obstetrics and gynecology*. March 2015.