

## Caso Clínico

# Parálisis facial de etiología infrecuente

## Facial palsy of infrequent ethiology

### Caso Clínico

Paciente varón de 86 años de edad que como antecedentes de interés presenta DMID y carcinoma de próstata en tratamiento desde hace 6 años, presentando actualmente múltiples metástasis óseas.

Acude al servicio de urgencias presentando parálisis facial izquierda de aparición brusca, acompañado de otalgia e hipoacusia.

En la exploración otoscópica se observa un tímpano íntegro, con sensación de ocupación mucosa de caja timpánica, así como un tejido de granulación, en pared posterior de fondo de C.A.E. junto a membrana timpánica. Resto de exploración ORL normal.

Con una primera sospecha de otitis externa maligna, se ingresa el paciente instaurando tratamiento antibiótico y antiinflamatorio. Se solicita TAC de oído y se toma biopsia de fondo de C.A.E.

La T.A.C. se informa como imagen de osteólisis en mastoides izquierda con desestructuración de la masa ósea. La misma imagen se observa en la práctica totalidad del clivus, y es compatible con metástasis ósea.

La biopsia realizada confirma el diagnóstico de metástasis mastoidea de adenocarcinoma de próstata, PSA positivo. El paciente es remitido al servicio de urología para tratamiento paliativo, falleciendo a los pocos meses.

### Discusión

La parálisis facial tiene diversas causas que varían desde la más común, parálisis de Bell, idiopática, a tumores y anomalías congénitas raras.

El origen de la parálisis facial puede dividirse en seis clasificaciones mayores: idiopática, traumática, infecciosa, neoplásica, neurológica y sistémica metabólica.

Las neoplasias representan del 5 al 13% de los casos de parálisis facial (1,2) y se incluyen tumores parotídeos primarios o metastásicos, colesteatomas, glomus yugular o timpánico, meningioma, sarcoma o carcinoma primario o metastásico, neuroma del acústico o del facial.

Las parálisis faciales con origen en metástasis mastoideas son raras y de ellas las debidas a adenocarcinoma de próstata son extremadamente inusuales, encontrándose muy pocos casos descritos en la literatura (3).

Se trata de una etiología tan infrecuente que es difícil pensar en ella a pesar de los antecedentes del paciente.

### Bibliografía

1. Bleicher JN, Hamiel S, Gengler JS. Et al: A survey of facial paralysis: Etiology and incidence. *Ear nose throat J.* 75: 355-357, 1996.
2. May M, Klein SR: Differential diagnosis of facial nerve palsy. *Otolaryngol Clin North Am.* 24: 613, 1991.
3. Sahin AA, Ro JY, Ordoñez NG, et al: Temporal bone involvement by prostatic adenocarcinoma: Report of two cases and review of the literature. *Head and neck* 13(4): 349-354, 1991.

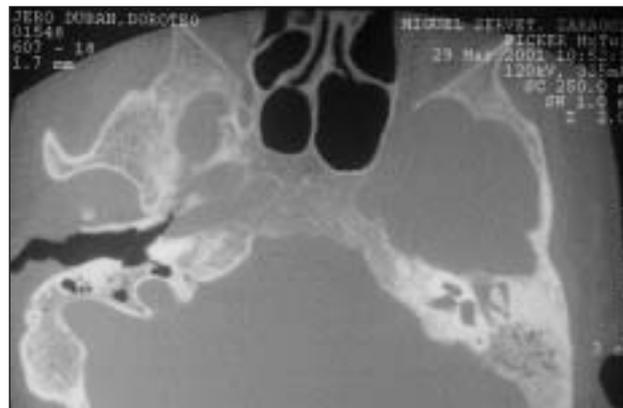


Foto 1 y 2: TAC, corte axial. Se aprecia la desestructuración completa de la masa ósea a nivel de mastoides y clivus. Caja timpánica y celdas mastoideas ocupadas por moco.