Revisión de un caso: paresia del hipogloso o XII par craneal

Review of a case: paresis of the hypoglossus or XII cranial nerve

Revisión dun caso: paresia do hipogloso ou XII par craneal

AUTORA

Leticia Seoane Fernández

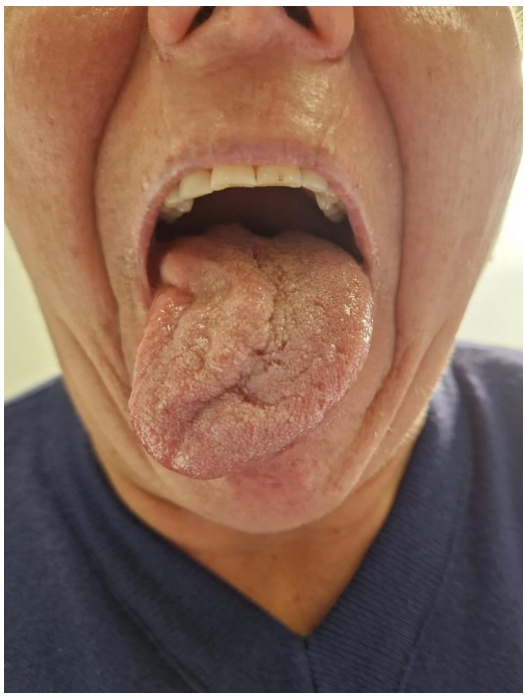
Médica interina residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria.

Autora para correspondencia: Leticia Seoane Fernández, e-mail: leticia.seoane.fernandez@sergas.es

Se presenta el caso de una paciente de 64 años que consulta por sensación de cuerpo extraño en la boca de 2 semanas de evolución. Entre los antecedentes personales destacan alergia a AINES, hipertensión arterial tratada con Irbesartán/hidroclorotiazida 300/25mg y amlodipino 5mg, dislipemia tratada con atorvastatina 20mg y discapacidad intelectual.

Durante la anamnesis, se detectan molestias a nivel posterior derecho lingual, sensación de cuerpo extraño en cavidad oral. En la exploración dirigida, se objetiva flacidez y debilidad de hemilengua derecha junto a desviación ipsilateral al movilizarla hacia delante (figura 1). No se palpa ninguna tumoración en la localización referida aunque sí dolor. Posteriormente, se completó la exploración física finalizando la exploración neurológica (sin más hallazgos destacables: habla y deglución sin alteraciones), auscultación cardiopulmonar normal y ECG en ritmo sinusal.

Figura 1. Paresia de hipogloso derecho



Autora para correspondencia:
leticia.seoane.fernandez@sergas.es

Publicado 29/12/2024 e2024id

©2024 Revista Cadernos de Atención Primaria este é un artigo Open Access publicado baixo a licenza CCBY-NC-ND
http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

La anamnesis y la exploración física obligaron a plantear un diagnóstico diferencial entre las posibles etiologías de paresia de XII par craneal: considerando causas centrales (mononeuropatía isquémica aislada del hipogloso) y periféricas (secundarias a patología compresiva/patología intrínseca lingual). Teniendo esto en cuenta, la paciente fue derivada al servicio de urgencias para descartar etiología central, excluída tras la realización de TAC cerebral y ECO-doppler carotídeo sin alteraciones. Posteriormente, en consulta de neurología se realizó resonancia magnética cerebral y angio-resonancia de territorio vertebrobasilar, nuevamente sin alteraciones, por lo que fue dada de alta con diagnóstico de paresia de XII par craneal de etiología idiopática.

La paresia del XII par craneal es una entidad poco frecuente que cursa con debilidad y desviación lingual ipsilateral y puede asociar leve disartria. Cabe mencionar el diagnóstico diferencial con la parálisis del hipogloso, también infrecuente, que asocia además alteraciones en el habla y la deglución (1). Ambas requieren una exhaustiva evaluación en la búsqueda de lesiones de base de cráneo, ya que la etiología más frecuente hoy en día son los tumores primarios o secundarios de base de cráneo (2) (carcinoma nasofaríngeo, cordomas, metástasis de cáncer de mama, próstata, renal o pulmonar) (3) así como también requiere el descarte de etiología vascular, causante de paresia central (evento embólico localizado) o periférica (disección o aneurisma carotídeos o vertebrales (4), (5).

En una revisión sistemática de parálisis del nervio hipogloso publicada en 2016 que incluyó 2 de los estudios con mayor número de casos, se observó que la prevalencia de la etiología ha ido variando en los últimos años (1) (Tabla 1). El primero, incluye un grupo de 100 pacientes evaluados a lo largo de 26 años analizados en la década de los 90 (6), mostró que el 49% de los casos correspondía a etiología tumoral, el 12% eran secundarios a lesiones traumáticas, siendo más infrecuentes la etiología vascular (6%), inflamatorias (6%) e idiopática (3%); el segundo, incluye un grupo de 245 casos evaluados a los largo de 30 años y analizados en 2016 (7), mostró que la principal etiología fue la postoperatoria (29,3%), seguida de la idiopática (15,1%), neoplásica primaria (14,2%) y metastásica (13,0%), siendo más infrecuentes las etiologías inflamatoria (7,3%), postradición (6,1%) y postraumática (4,1%).

Tabla 1. Comparativa de etiología de paresia del hipogloso a lo largo de los años

Estudio.	Número de casos (n).	Etiologías.
Keane (1996) (3)	100	Tumoral (49%) Traumática (12%) Ictus isquémicos (6%) Histeria (6%) Esclerosis múltiple (6%) Cirugía (5%) Síndrome Guillain-Barré (4%) Infecciones (4%)
Stino et al. (2016) (4)	245	Iatrogénica postoperatoria (29,3%) Idiopática (15,1%) Neoplásica primaria (14,2%) Tumoral metastásica (13%) Inflamatoria (7,3%) Radiación (6,1%) Traumática (4,1%)

Por tanto, con el paso de los años podemos decir que la etiología tumoral (primaria o metastásica) ha pasado a ser la primera causa de parálisis de hipogloso, habiendo ganado terreno también las etiologías postoperatoria e idiopática, entre las que se encuentran el caso a tratar.

A destacar que la mayoría de casos de etiología idiopática, presentan una evolución con remisión parcial o total de la sintomatología de forma espontánea, siendo recomendable mantener una actitud terapéutica expectante (2,8). En nuestro caso se presentó una paresia del nervio hipogloso unilateral e idiopática que mejoró de manera parcial con tratamiento logopeda tras haber descartado el resto de entidades mencionadas.

Consentimiento informado: Para la posible publicación del presente artículo, en el que figuran datos clínicos y una imagen, se obtuvo el consentimiento informado verbal y escrito de la paciente haciéndose constar en su historia clínica y en documento adjunto.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vicente-Pascual M, Gallego-Sánchez Y, Vázquez-Justes D, Andreu-Mencía L, Vicente-Pascual M, Gallego-Sánchez Y, et al. Etiología de la parálisis del nervio hipogloso. Revisión sistemática. Rev ORL. marzo de 2021;12(1):47-53.

2. Ibarra V, Jaureguiberry A, Moretta G, Lazzarini G, Ceruzzi R, Reich E. [Idiopathic and unilateral hypoglossal nerve palsy]. Medicina (Mex). 2015;75(3):173-4.

3. Bustos-Merlo A, Rosales-Castillo A, Ramírez Taboada J. Isolated hypoglossal nerve palsy as an initial manifestation of a lung adenocarcinoma (occipital condyle syndrome). Med Clin (Barc). 27 de octubre de 2023;161(8):362-3.

4. Riancho J, Infante J, Mateo JI, Berciano J, Agea L. Unilateral isolated hypoglossal nerve palsy associated with internal carotid artery dissection. J Neurol Neurosurg Psychiatry. junio de 2013;84(6):706.

5. Mes M, Palczewski P, Szczudlik P, Łusakowska A, Maj E, Gawel M. Hypoglossal nerve palsy as an isolated syndrome of internal carotid artery dissection: A review of the literature and a case report. Neurol Neurochir Pol. 2018;52(6):731-5.

6. Keane JR. Twelfth-nerve palsy. Analysis of 100 cases. Arch Neurol. junio de 1996;53(6):561-6.

7. Stino AM, Smith BE, Temkit M, Reddy SN. Hypoglossal nerve palsy: 245 cases. Muscle Nerve. diciembre de 2016;54(6):1050-4.

8. Shikino K, Noda K, Ikusaka M. Transient Idiopathic Isolated Unilateral Hypoglossal Nerve Palsy. J Gen Intern Med. 5 de octubre de 2012;28(4):591.