

PARÁLISIS IDIOPÁTICA Y UNILATERAL DEL NERVIPO HIPOGLOSO

VIVIANA IBARRA, ANABEL JAUREGIBERRY, GABRIELA MORETTA, GUSTAVO LAZZARINI,
ROBERTO CERUZZI, EDGARDO REICH

Servicio de Neurología, Sanatorio Dr. Julio Méndez, Buenos Aires, Argentina

Resumen La parálisis aislada del nervio hipogloso es un signo infrecuentemente observado en la práctica neurológica diaria. Se presenta el caso de un hombre de 74 años, sin antecedentes clínicos de importancia, que consultó por comenzar en forma aguda con dolor retroauricular y dificultad en la deglución. En el examen neurológico se constató paresia del nervio hipogloso izquierdo como único dato positivo, sin evidencia de atrofia o fasciculaciones. Los estudios de neuroimágenes no mostraron hallazgos patológicos. El paciente evolucionó favorablemente en forma espontánea. La parálisis aislada e idiopática del nervio hipogloso requiere una exhaustiva evaluación con neuroimágenes y exámenes complementarios. Habitualmente presenta remisión parcial o total espontánea.

Palabras clave: parálisis, nervio hipogloso, idiopática

Abstract *Idiopathic and unilateral hypoglossal nerve palsy.* The isolated unilateral palsy of the hypoglossal nerve is an unusual sign in daily medical practice. We present the case of a 74 year old man, without relevant medical history, who started with headache and difficulty to swallow. On the physical examination, he had isolated hypoglossal nerve palsy without evidence of tongue atrophy or fasciculation. The patient had a good spontaneous evolution. Idiopathic isolated hypoglossal nerve palsy requires an exhaustive evaluation with neuroimages and complementary exams. It usually presents partial or total spontaneous remission.

Key words: palsy, hypoglossal nerve, idiopathic

La parálisis benigna e idiopática unilateral aislada del nervio hipogloso es un hallazgo infrecuente en la práctica neurológica diaria.

Para su diagnóstico se requiere un conocimiento preciso del trayecto del nervio hipogloso y de sus relaciones anatómicas a lo largo del mismo. El nervio hipogloso es puramente motor. Inerva los músculos intrínsecos y extrínsecos de la lengua, y su trayecto puede ser dividido en cinco segmentos. En el segmento bulbar, se encuentra en localización paramediana en íntima relación con el cuarto ventrículo y el lemnisco medio hasta su salida a través del surco preolivar. En el segmento cisternal, a su salida del bulbo y previo a su ingreso en el agujero condíleo anterior, se vincula con la arteria vertebral y la articulación atlanto axoidea. En el segmento de base de cráneo, se localiza en el interior del agujero condíleo anterior. En el cuarto segmento, en el espacio nasofaríngeo, se relaciona íntimamente con la vena yugular interna, la arteria carótida interna, el glossofaríngeo y el nervio vago. Finalmente, en

su último segmento, el sublingual, rodea la arteria occipital, se relaciona con el vientre anterior del digástrico y, a nivel del hioides, cruza la arteria lingual para finalmente dirigirse a los músculos de la lengua.

El nervio puede ser lesionado en cualquiera de los segmentos previamente descriptos. Los mecanismos de injuria relacionados son por tracción, por compresión o por compromiso vascular (*vasa nervorum*).

Presentamos un caso de parálisis unilateral aislada del nervio hipogloso con remisión total espontánea.

Caso clínico

Hombre de 74 años de edad, con antecedentes de hipertensión y obesidad. Consultó por dolor retroauricular izquierdo, pulsátil, de tres días de evolución, sin respuesta al tratamiento con antiinflamatorios. Evolucionó con disfagia y disartria. Presentaba desviación de la punta de la lengua a izquierda al protrirla, y voz gangosa (Fig. 1A y 1B). Sin evidencia de atrofia o fasciculaciones, ni afección de vías largas ni de otros nervios craneales.

Con diagnóstico presuntivo de parálisis aislada y unilateral del nervio hipogloso izquierdo se realizaron tomografía axial computarizada de encéfalo y de base de cráneo, resonancia magnética nuclear de encéfalo con gadolinio y angio-resonancia de vasos intra y extracraneales en tiempo arterial y venoso que no mostraron hallazgos patológicos.

Recibido: 19-XI-2014

Aceptado: 26-III-2015

Dirección postal: Dra. Viviana Ibarra, Sanatorio Dr. Julio Méndez, Avellaneda 551, 1405 Buenos Aires, Argentina
e-mail: vivianaiba@gmail.com.



Fig. 1.– A: En reposo se observa desviación de la lengua hacia la derecha. B: Desviación de la punta de la lengua hacia el lado parético.

Se efectuó evaluación por otorrinolaringología y rinofibroscoopia que no evidenció lesión local. En la rutina de laboratorio no se encontraron datos anormales.

El paciente permaneció internado hasta completar estudios, teniendo ligera mejoría de los síntomas en forma espontánea. Luego de su externación continuó con controles neurológicos periódicos. Presentó remisión absoluta de los síntomas al cabo de 6 meses.

Discusión

La parálisis aislada del nervio hipoglosos representa un desafío en la práctica médica diaria y requiere una exhaustiva evaluación en búsqueda de lesiones de base de cráneo, dado que las causas más estrechamente asociadas son los tumores primarios o secundarios de base de cráneo (carcinoma nasofaríngeo; cordomas; metástasis de cáncer de mama, próstata o renal), la etiología vascular (disección carotídea o vertebral, aneurismas carotídeos o vertebrales, fístula arteriovenosa dural) y la patología traumática (traumatismo de base de cráneo, quiste articular)¹.

En una revisión de parálisis del nervio hipoglosos que incluyó 100 casos, evaluados a lo largo de 26 años, se observó que el 49% correspondió a etiología tumoral, el segundo lugar fue para lesiones traumáticas graves (12%) y las causas más infrecuentes correspondieron a accidente cerebrovascular (6%), esclerosis múltiple (6%) e idiopática (3%)^{1, 2}.

La etiología idiopática es infrecuente, y su diagnóstico se realiza por exclusión^{3, 4}.

Existen muy pocas publicaciones de parálisis aislada e idiopática del nervio hipoglosos. Es importante destacar

que la mayoría de estos casos tienen una evolución favorable con remisión parcial o total de la sintomatología en forma espontánea, por lo cual es recomendable mantener una conducta terapéutica expectante^{3, 5-8}.

En nuestro caso se presentó una parálisis del nervio hipoglosos unilateral e idiopática sin otro signo ni síntoma acompañante. Los estudios descartaron las etiologías vascular, tumoral, traumática. El paciente evolucionó con remisión de los síntomas de manera espontánea al cabo de seis meses y permanece asintomático luego de un año de evolución.

Bibliografía

1. Keane JR. Twelfth- nerve palsy. Analysis of 100 cases. *Arch Neurol* 1996; 53: 561-6.
2. Giuffrida S, Lo Bartolo ML, Nicoletti A, et al. Isolated unilateral reversible palsy of the hypoglossal nerve. *Eur J Neurol* 2000; 7: 347-9.
3. Boban M, Brinar VV, Habek M, Rados M. Isolated hypoglossal nerve palsy: a diagnostic challenge. *Eur J Neurol* 2007; 58: 177-81.
4. Hui AC, Tsui IW, Chan DP. Hypoglossal nerve palsy. *Hong Kong Med J* 2009; 15: 234.
5. Combarros O, Alvarez de Arcaya A, Berciano J. Isolated unilateral hypoglossal nerve palsy: nine cases. *J Neurol* 1998; 245: 98-100.
6. Ahmed SV, Akram MS. Isolated unilateral idiopathic transient hypoglossal nerve palsy. *BMJ Case Rep* 2014; doi: 10.1136/bcr-2014-203930.
7. Shikino K, Noda K, Ikuzaka M. Transient idiopathic isolated unilateral hypoglossal nerve palsy. *J Gen Intern Med* 2013; 28:591.
8. Ho MWS, Fardy MJ, Crean JV. Persistent idiopathic unilateral isolated hypoglossal nerve palsy. *Br Dent J* 2004; 196: 205-07.