

Parálisis de nervio hipogloso como complicación del uso de mascarilla laríngea

Hypoglossal nerve palsy as a complication of the use of laryngeal mask airway

Sr. Editor:

La parálisis aislada del nervio hipogloso es una entidad muy poco frecuente en la infancia, que aparece como signo más que como síntoma¹.

El nervio hipogloso es puramente motor e inerva la musculatura intrínseca de la lengua; su núcleo se encuentra en el suelo del IV ventrículo y sus fascículos pasan ventralmente para abandonar la médula lateral al tracto piramidal saliendo del cráneo por el foramen hipogloso.

Las manifestaciones clínicas incluyen debilidad unilateral de la musculatura de la lengua, disartria y desviación de la lengua hacia el lado de la debilidad al protruírla.

Las pruebas complementarias para su diagnóstico comprenden resonancia magnética (RM), tomografía computarizada, radiografía de tórax, cultivo de líquido cefalorraquídeo y diversos análisis hematológicos^{1,2}. El diagnóstico diferencial de las causas que lo producen es amplio¹ e incluye la afección de la base del cráneo y del tronco cerebral por neoplasias (en especial tumores nasofaríngeos y metástasis de la base del cráneo), traumatismos, infecciones, cirugía, radiación, enfermedades vasculares (dissección carotídea, infarto vertebrobasilar, etc.), esclerosis múltiple y neuropatías (Guillen-Barré) y otras entidades como enfermedades autoinmunitarias y endocrinas, trastornos conversivos y procedimientos otorrinolaringeos, (intubación, broncoscopia y mascarilla laríngea), reconocidos como causa aunque sea rara su presentación³⁻⁵. Presentamos el caso de un paciente con parálisis transitoria del nervio hipogloso tras utilización no complicada de mascarilla laríngea.

Varón de 15 años, con antecedentes de taquicardia supraventricular en tratamiento con propranolol (10 mg/8h), que ingresa para realización de estudio electrofisiológico (EEF). Exploración al ingreso, normal. Se realiza EEF y una exitosa ablación con radiofrecuencia (ARF) de vía anómala, durante la que se estabilizó la vía aérea con mascarilla laríngea del n.º 4 de forma atraumática. Tras el procedimiento pasó a planta de hospitalización, donde se evidenció a las pocas horas disartria lingual y desviación de la lengua hacia la izquierda al protruírla. El paciente estaba afebril, con buen estado general y exploración por aparatos normal, sin episodios de apnea o desaturación y estable hemodinámicamente durante todo el ingreso. El resto de los pares craneales no estaban afectados. No había signos de afección de la vía piramidal. Fuerza y tono, normales. Sensibilidad, normal. Reflejos osteotendinosos, adecuados.

Marcha, normal. Se realiza RM cerebral de urgencia, que fue normal, y se inició tratamiento con corticoides 0,5 mg/kg/día, que se mantienen al alta. La parálisis del nervio hipogloso desapareció a los 15 días.

La aparición aislada de parálisis unilateral del nervio hipogloso, de tipo benigno o idiopático, es rara, pero más frecuente de lo que se puede pensar². Los estudios de imagen siguen siendo obligatorios para descartar causas comunes, como neoplasias o lesiones traumáticas o vasculares (en este caso, tras la ARF)⁶, en cuyo caso un tratamiento específico es imprescindible.

Se han descrito pocos casos aislados de parálisis del nervio hipogloso tras procedimientos otorrinolaringeos, como laringoscopia directa prolongada, tras intubación o tras el uso de mascarilla laríngea para estabilizar la vía aérea. Todos los casos publicados tienen un mecanismo en común: la exposición del nervio a presión sobre la raíz lateral izquierda de la lengua o al estiramiento del nervio por la dorsiflexión durante el procedimiento³⁻⁵ (causas probables en nuestro caso). En conclusión, en la detección postoperatoria de parálisis del nervio hipogloso, debe considerarse la manipulación de la orofaringe, en este caso la utilización de mascarilla laríngea para estabilizar la vía aérea.

Bibliografía

1. Keane JR, James R. Twelfth-nerve palsy: Analysis of 100 cases. *Arch Neurol.* 1996;53:561-6.
2. Giuffrida S, Lo Bartolo ML, Nicoletti A, Reggio E, Lo Fermo S, Restivo DA, et al. Isolated, unilateral, reversible palsy of the hypoglossal nerve. *Eur J Neurol.* 2000;7:347-9.
3. Dziewas R, Lüdemann P. Hypoglossal nerve palsy as complication of oral intubation, bronchoscopy and use of the laryngeal mask airway. *Eur Neurol.* 2002;47:239-43.
4. Stewart A, Lindsay WA. Bilateral hypoglossal nerve injury following the use of the laryngeal mask airway case report. *Anaesthesia.* 2002;57:264-5.
5. Streppel M, Bachmann G, Stennert E. Hypoglossal nerve palsy as a complication of transoral intubation for general anesthesia. *Anesthesiology.* 1997;86:1007.
6. Serrano ML, Garí M, Castro P, Garzo C, Maroto C, Maroto E. Wallenberg syndrome in childhood secondary to the striking by lightning. *Rev Neurol.* 1995;23:414-6.

A. Rodríguez Ogando*, M.C. Miranda Herrero, H. Avellón Liaño, P. Castro de Castro y M. Vázquez López

Sección de Neuropediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alexrodriguezog@hotmail.com (A. Rodríguez Ogando).