

## MeB - Pagine Elettroniche

Volume XXVII

Dicembre 2024

numero 10

### I POSTER DEGLI SPECIALIZZANDI

#### UNA PARALISI DEL NERVO FACCIALE CHE RICORRE

Matteo Sandei

*Scuola di Specializzazione in Pediatria, Università di Torino*

**Indirizzo per corrispondenza:** [matteosandei@gmail.com](mailto:matteosandei@gmail.com)

La paralisi periferica del nervo facciale è una patologia caratterizzata da repentina insorgenza di debolezza unilaterale dei muscoli superiori e inferiori di un lato del volto, perdita dell'espressione facciale, del gusto e della sensibilità della cornea.

L'incidenza in età pediatrica è molto bassa, inferiore a 10 casi su 100.000 bambini all'anno.

Le cause della paralisi del nervo facciale possono essere congenite o acquisite; queste ultime includono la paralisi idiopatica di Bell (la più comune), le infezioni, i traumi, i tumori maligni e l'ipertensione.

Il trattamento della paralisi del nervo facciale è basato sull'uso di corticosteroidi per via orale e valaciclovir per tutti i bambini con paralisi di Bell o sindrome di Ramsay Hunt.

#### CASO CLINICO

Una bambina di 16 mesi con sospetto di neurofibromatosi I per la presenza di oltre 10 macchie caffelatte sulla cute, veniva condotta presso il Pronto Soccorso (PS) per insorgenza di un quarto episodio di paralisi unilaterale periferica del nervo facciale.

Il primo episodio era insorto all'emivolto sinistro ed era andato incontro ad autorisoluzione, mentre il secondo aveva interessato l'emivolto destro ed era stato trattato con glucocorticoidi per 5 giorni. Il terzo episodio aveva interessato nuovamente l'emivolto sinistro, era stato indagato con elettroencefalogramma, risonanza magnetica cerebrale e ricerca su sangue dei principali virus neurotropi (tutte analisi che hanno dato esito negativo) ed era stato trattato con glucocorticoidi sistemici per un periodo di circa 20 giorni.

In PS la bambina si presentava con asimmetria della rima buccale e ridotto ammiccamento oculare per coinvolgimento del VII nervo cranico destro. Durante la misurazione

dei parametri vitali sono stati riscontrati valori alterati della pressione sanguigna (160/110 mmHg).

Venivano eseguiti elettrocardiogramma ed ecocardiografia che evidenziavano la presenza di ipertrofia bi-ventricolare. Agli esami ematici i valori di renina e aldosterone erano aumentati (rispettivamente 221,6 mIU/l -v.n. 4,4 - 46,1- e 559 ng/l -v.n. 22 - 253-), mentre le funzioni tiroidea e surrenalica erano normali. L'ecoDoppler delle arterie renali e l'angio-tomografia computerizzata rivelavano stenosi bilaterale delle arterie renali.

Veniva avviata una terapia antipertensiva combinata con calcio-antagonista, beta-bloccante e ACE-inibitore con graduale riduzione dei valori della pressione sanguigna; successivamente venivano posizionati *stent* nelle due arterie renali.

Attualmente la paziente è seguita in un follow-up nefrologico con valori di pressione sanguigna controllati e senza insorgenza di nuovi sintomi neurologici.

#### MESSAGGI CHIAVE

La ricorrenza della paralisi del nervo facciale dovrebbe suggerire una diagnosi diversa da quella di paralisi di Bell. La presenza di più episodi di **paralisi del VII nervo cranico** dovrebbe indurre il clinico a eseguire esami di approfondimento quali una risonanza magnetica cerebrale, test sierologici per ricerca delle forme infettive più comuni e una puntura lombare se si sospetta la presenza di una meningite.

Inoltre dovrebbe essere valutata la pressione sanguigna, poiché nei bambini **l'ipertensione** è stata collegata alla paralisi ricorrente del nervo facciale. Non riconoscere l'ipertensione arteriosa come causa della paralisi del nervo facciale potrebbe causare recidive o gravi complicazioni al paziente.