

ACTAS Derma-Sifiliográficas

Full English text available at
www.elsevier.es/ad



CARTAS CIENTÍFICO-CLÍNICAS

Edema labial persistente secundario a espasmo hemifacial

Persistent Labial Edema Secondary to Hemifacial Spasm

Sr. Director:

El edema labial persistente es una manifestación clínica inespecífica que puede presentarse en múltiples patologías, entre ellas en el síndrome de Melkersson-Rosenthal o su forma monosintomática, la queilitis granulomatosa de Miescher.

Presentamos el caso de una paciente de 76 años de edad que fue remitida a nuestro Servicio por presentar un edema adquirido en el hemilabio inferior izquierdo, de aproximadamente dos años de evolución, totalmente asintomático y estable desde su aparición. Como antecedentes personales de interés destacan la presencia de una dislipemia, en tratamiento con atorvastatina, y un espasmo hemifacial izquierdo de 8 años de evolución. Ha sido tratada con infiltraciones semestrales periódicas de toxina botulínica a nivel del músculo orbicular del párpado izquierdo desde hace 4 años.

En la exploración destacó la presencia de un edema organizado, no depresible, localizado en el hemilabio inferior izquierdo, de consistencia blanda, gomosa, no pulsátil, siendo la mucosa y el resto de estructuras bucales absolutamente normales. No asociaba alteraciones de la coloración ni signos locales de sobreinfección (fig. 1). Además, la paciente presentaba incapacidad para cerrar el ojo izquierdo en su totalidad, así como fasciculaciones de la musculatura en la hemicara izquierda. No refería intervenciones quirúrgicas, radioterapia local, infiltraciones de toxina botulínica o de material de relleno en dicha zona, así como ausencia de piezas dentarias protésicas en contacto con el área afecta.

Debido a la coexistencia de alteraciones motoras junto a la tumefacción labial se realizó una biopsia de la lesión con la intención de realizar un diagnóstico diferencial con una queilitis granulomatosa. El estudio histopatológico de la muestra obtenida evidenció un edema labial con discreta ectasia de los vasos linfáticos presentes en la muestra, sin lesiones granulomatosas ni otras lesiones inflamatorias (fig. 2).

El espasmo hemifacial (EH) es el movimiento anormal involuntario de la cara y es relativamente común. Se trata



Figura 1 Edema de consistencia blanda, localizado en el hemilabio inferior izquierdo.

de una entidad clínica caracterizada por contracciones tónico-clónicas indeliberadas y repetidas de la musculatura inervada por el nervio facial (VII par craneal). El EH es más habitual en el sexo femenino y en la edad adulta, siendo su causa más frecuente la secuela de una parálisis facial periférica «idiopática». Sin embargo, también se han descrito casos secundarios a grandes anomalías vasculares y a tumores (como el neurinoma o el meningioma, entre otros). Se suele presentar de forma insidiosa afectando a la musculatura orbicular, en forma de fasciculaciones del párpado, extendiéndose ipsilateralmente al resto de la musculatura¹. Los espasmos cursan inicialmente de manera paroxística, incrementándose posteriormente en frecuencia e intensidad, pudiendo establecerse como contracciones mantenidas². Dichas contracciones tónicas serían, en nuestra opinión, la causa de la dificultad en el retorno venoso y linfático de las zonas afectadas, situación que provocaría en el labio, dado su gran aporte sanguíneo, un incremento del diámetro de la vascularización local.

Se debe plantear el diagnóstico diferencial con procesos como el angioedema hereditario y adquirido, pero en estos casos las lesiones desaparecen entre 24 y 48 horas; con los diferentes cuadros de granulomatosis orofaciales como con la granulomatosis linfomatoide, con la enfermedad de Crohn, el síndrome de Melkersson-Rosenthal o con su forma monosintomática (queilitis granulomatosa de Miescher)³⁻⁵. En ellas pueden asociarse otras

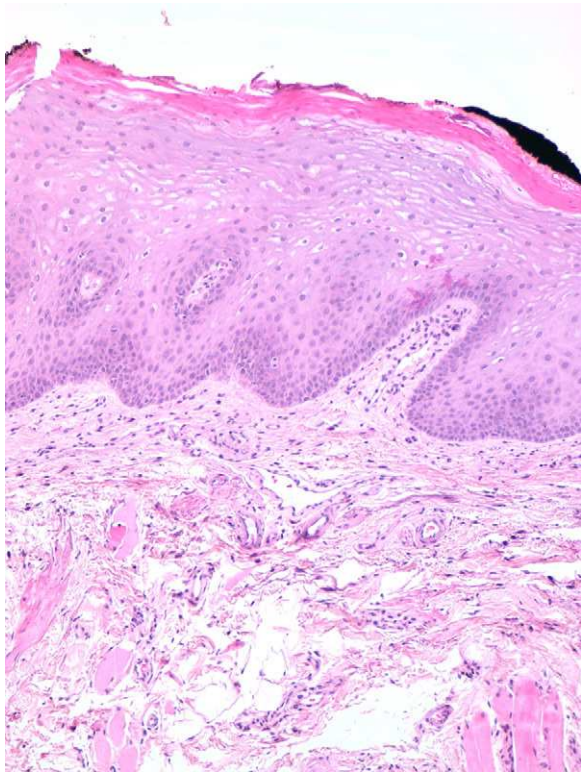


Figura 2 En el estudio histopatológico se observa la presencia de un edema labial con discreta ectasia de los vasos linfáticos presentes en la muestra, sin lesiones granulomatosas ni otras lesiones inflamatorias (hematoxilina-eosina x10).

manifestaciones acompañantes (como afectación pulmonar, intestinal, parálisis facial o lengua fisurada, respectivamente) y la biopsia suele ser diagnóstica.

Asimismo, debemos descartar malformaciones labiales, tanto congénitas como adquiridas (linfangiomas, hemanjiomas y neurofibromas), la existencia de un síndrome de Ascher (que puede asociar blefarochalasis y bocio tiroideo) o la presencia de una queilitis glandular, donde el aumento del tamaño de los labios es debido a la inflamación secundaria de glándulas salivales heterotópicas localizadas en el labio, todas ellas con diagnóstico histológico bien establecido⁶.

Por último, una hipótesis a considerar es el efecto de la infiltración de toxina botulínica de forma periódica. Aunque se han descrito casos de edema local secundario a las infiltraciones de toxina botulínica⁷, en el caso concreto de nuestra paciente dicho tratamiento no se administró nunca a nivel peribucal, y la intensidad del edema no sufría modi-

ficación alguna en los periodos alejados de la inyección, en los cuales teóricamente el efecto terapéutico del fármaco sería menor.

Como conclusión, a pesar de que el espasmo hemifacial no es una entidad rara, no existen casos publicados en la literatura sobre su asociación con la existencia de un edema labial persistente. Este fenómeno podría explicarse por el hecho de que al tratarse de una patología asintomática y banal, probablemente no sea derivada al especialista, a no ser que presente una clínica muy llamativa, con el consiguiente infradiagnóstico. Conociendo la posible aparición conjunta de ambas manifestaciones, deberemos tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de la tumefacción labial persistente.

Bibliografía

1. Wilkins RH. Hemifacial spasm: A review. *Surg Neurol.* 1991;36:251-77.
2. Torres L, Cosentino C, Zevallos D, Mendoza G. Espasmo hemifacial. Consideraciones clínico-epidemiológicas a propósito de 188 casos. *Rev Per Neurol.* 2000;6:4-8.
3. Bolognia JL, Jorizzo JL, Rapini RP, Horn TD, Mascaró JM, Mancini AJ, et al. *Dermatología*, 1. Madrid: Editorial Elsevier; 2004. p. 1088-9.
4. Harty S, Fleming P, Rowland M, Crushell E, McDermott M, Drumm B, et al. A prospective study of the oral manifestations of Crohn's disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2005;3:886-91.
5. Hornstein OP. Melkersson-Rosenthal syndrome: a neuro-mucocutaneous disease of complex origin. *Curr Probl Dermatol.* 1973;5:117-56.
6. Patel H, Bhatia L, McQueen G, Moorman J. Persistent upper lip swelling caused by foreign body infection: a case report. *South Med J.* 2008;101:651-3.
7. Brin MF, Boodhoo TI, Pogoda JM, James LM, Demos G, Terashima Y, et al. Safety and tolerability of on a botulinum toxin A in the treatment of facial lines: A meta-analysis of individual patient data from global clinical registration studies in 1,678 participants. *J Am Acad Dermatol.* 2009;61:961-70.

R. Bella-Navarro*, V. Alonso-Usero,
E.M. Gutiérrez Paredes e E. Jordá-Cuevas

Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rbellanavarro@gmail.com
(R. Bella-Navarro).

doi:10.1016/j.ad.2011.05.014