

Un caso di paralisi di Bell

Una paziente di 75 anni, nota per ipertensione arteriosa e diabete mellito di tipo 1, viene in ambulatorio perché al risveglio ha notato una nuova espressione del viso e quando ha fatto colazione non ha avvertito alcuna sensazione sulla lingua. È infatti presente un'asimmetria del viso con deviazione della rima buccale.

■ Storia clinica

Nel 2001 dopo esecuzione di un ecodoppler dei tronchi sovraortici viene rilevata ateromasia dei vasi carotidi con irregolarità parietali alla biforcazione a sinistra; a destra placche fibrose a contorni regolari lungo le carotidi che determinano una stenosi del 30% circa; placche calcifiche al bulbo e al setto di biforcazione senza significato emodinamico.

Nello stesso anno viene posta diagnosi di sinusite mascellare cronica. Nel 2002 per un'angina da sforzo viene sottoposta a intervento di rivascularizzazione miocardica.

Dopo un anno, a seguito di sintomi reumatologici, viene diagnosticata una sindrome fibromialgica in paziente con poliartrite cronica e speroni calcaneiari. Altri controlli diagnostici nel tempo portano all'individuazione di un glaucoma e di un'arteriopatia multistrettuale.

Attualmente è in terapia con insulina, metotrexato, ticlopidina, ramipril, carvedilolo, simvastatina, timololo collirio, lansoprazolo.

■ Visita ambulatoriale

La paziente presenta tutti i muscoli mimici dell'emifaccia sinistra paralizzati con scomparsa delle rughe, rima buccale deviata verso destra, occhio sinistro che non si chiude e globo oculare rivolto verso l'alto, epifora dal lato della lesione. Non sono presenti disturbi della deglutizione né disartria. Chiedo alla paziente di corrugare la fronte, ma non ci riesce, così co-

me l'occhio sinistro non si chiude e ruota verso l'alto. È il classico segno di Bell e sono orientato verso una paralisi faciale periferica sinistra ma, essendo la paziente ipertesa, diabetica, vasculopatica e glaucomatosa, chiedo il consulto di un neurologo.

■ Diagnosi e terapia

Lo specialista pone diagnosi di paralisi periferica del VII nervo cranico sinistro e prescrive terapia cortisonica.

L'episodio patologico si risolve nell'arco di 2 settimane senza residui, ma a distanza di circa 5 mesi si ripresenta come la prima volta con gli stessi sintomi. Si procede come in precedenza e questa volta viene prescritto famciclovir e nimesulide. Dopo tre settimane la sintomatologia regredisce.

■ Approfondimento

La paralisi di Bell si verifica nel 75% dei casi di tutte le paralisi periferiche del nervo faciale. Sembra esserci una predominanza nel periodo invernale e autunnale anche se, secondo alcuni studi epidemiologici, non esiste differenza significativa per la stagionalità. L'eziologia è incerta: accanto a quella virale, che coinvolge l'*Herpes simplex 1* e la *Borrelia burgdorferi*, sono state ipotizzate cause immunitarie e vascolari (disturbi del microcircolo in pazienti diabetici, ipertesi e dislipidemici, target patologico della paziente in esame). Anche le otiti medie acute possono causare paralisi

del VII nervo cranico (in tali casi va attuata la terapia dell'otite). La sintomatologia è eclatante, con i segni descritti nel caso presentato. Talvolta si può presentare anche dolore retroauricolare, che in alcuni casi precede l'instaurarsi della patologia.

La diagnosi differenziale comprende tumori della base cranica, sclerosi multipla, neoplasie della parotide, colesteatoma, neurinoma del nervo acustico. Si ricorre alla TAC o RMN dell'encefalo solo quando è necessario escludere una causa secondaria.

Nella maggior parte dei casi la sindrome regredisce spontaneamente in un periodo di tempo che va dai 10 giorni ai 2 mesi e può lasciare residui in circa 1 caso su 6-7.

Per quanto riguarda la terapia, così come è incerta l'ipotesi eziologica, si può dire che regni l'incertezza. Prevale l'utilizzo di cortisonici (soprattutto prednisone) e/o antivirali (aciclovir, ecc) e gli studi che hanno preso in considerazione i vari trattamenti assumono una valenza contraddittoria. Anche nella recente letteratura il dibattito sulla terapia è ancora aperto (*N Engl J Med* 2008; 358: 306; *N Engl J Med* 2007; 357: 1653-5).

L'uso dei cortisonici segue però un percorso logico, poiché il VII nervo cranico appare ai chirurghi sempre edematoso nel suo percorso nell'acquedotto di Falloppio.

Tra gli interventi terapeutici va ricordata la fisiochinesiterapia, sotto forma di massaggi, esercizi fisici, stimolazioni elettriche. La chirurgia plastica va riservata ai casi in cui i postumi sono invalidanti. Oltre a collocare la patologia nel giusto contesto della storia clinica del paziente, è importante che il medico di medicina generale cerchi di distinguere le paralisi di origine centrale, che interessano soprattutto i muscoli peribuccali, dalla paralisi di Bell, che colpisce tutti i muscoli dell'emifaccia.