

Síndrome auriculotemporal tardío en el adulto: síndrome de Frey

Ana M.^a García-Rodríguez^a, Miguel José Sánchez-Velasco^b y M.^a Cruz Aldudo-Avilés^c

^a Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y especialista en Análisis Clínicos. Doctor en Medicina y Cirugía. Centro de Salud Delicias I. Valladolid, (España).

^b Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y especialista en Medicina Legal y Forense. Servicio de Inspección y Evaluación de Centros. Licenciado en Medicina y Cirugía. Gerencia Regional de Salud. Valladolid, (España).

^c Enfermera. CS Delicias I. Valladolid, (España).

Correspondencia

Ana M.^a García-Rodríguez. Paseo Juan Carlos I nº 18. 47012 Valladolid (España).

Correo electrónico

amgarrod@saludcastillayleon.es

Recibido el 20 de marzo de 2021.

Aceptado para su publicación el 3 de junio de 2021.

RESUMEN

Objetivos: reconocimiento de una patología muy poco prevalente en Atención Primaria que cursa con sensación de humedad en la cara.

Metodología: se expone un caso en el que tras la anamnesis se plantea la realización de la prueba de Minor para dilucidar tanto la zona afectada como su naturaleza

Conclusiones: ante las secreciones faciales de origen y composición desconocida, se puede sospechar patología posquirúrgica de la parótida, aun habiendo pasado mucho tiempo y que pudieran requerir o no tratamiento para su solución. También puede orientar tanto en preferencia como destino en el diagnóstico diferencial con fistulas salivales o de líquido cefalorraquídeo.

Palabras clave: síndrome de Frey, nervio auriculotemporal, parótida.

LATE AURICULOTEMPORAL SYNDROME IN ADULT: FREY SYNDROME

ABSTRACT

Objectives: recognition of a very rare pathology in primary care whose clinical course includes a feeling of moisture on the face.

Methodology: a case is reported in which after history the Minor test was proposed to elucidate both the affected area and its nature.

Conclusions: when clinicians differentiate between facial secretions of unknown origin and composition, post-surgical pathology of the parotid may be suspected, even after a long time. This may or not require treatment for its resolution. It can also provide guidance both in terms of preference and final differential diagnosis with salivary fistulas or cerebrospinal fluid.

Keywords: Frey syndrome, auriculotemporal nerve, parotid gland.

INTRODUCCIÓN

La lesión mecánica o irritativa del nervio auriculotemporal (NAT) que da lugar a sudoración, eritema y calor local cuando se desencadena el arco reflejo salival constituye el denominado síndrome de Frey^{1,2}.

Fisiopatológicamente se establece como resultado de una regeneración anómala de las fibras vegetativas simpáticas y parasimpáticas en su zona infratemporal medial y parotídea. Otra teoría baraja la denervación autónoma por hipersensibilidad a la noradrenalina y acetilcolina anterior a la reinervación ulterior¹.

El NAT procede de la tercera raíz del nervio trigémino, da varias ramas a la articulación temporomandibular, atraviesa la parótida, asciende al conducto auditivo externo y se ramifica en la región temporal^{1,2}.



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0

La distribución anatómica es la responsable de variaciones en el modo de presentación. Se presenta aquí el caso de una paciente con antecedente de cirugía de parótida de hacía más de una década, que relata una fuerte sensación de salida de líquido por el oído con la masticación, lo que obligó a efectuar diagnóstico diferencial con fistulas de distintos contenidos, hasta observar el calor y eritema localizados en la prueba de provocación con alimentos sialagogos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Mujer de 74 años que consulta por emanación de líquido por el oído izquierdo, a modo de «crema», desde hace unos 2 meses, sincrónico a la masticación de cualquier alimento, con desaparición espontánea a los pocos minutos.

Entre sus antecedentes personales, destaca hipercolesterolemia, intervenida de hernia discal lumbar y parotidectomía izquierda hace 12 años por adenoma pleomorfo superficial de glándula parótida izquierda, y recientemente de mucocele en labio inferior, sin alergias medicamentosas.

En tratamiento habitual con rosuvastatina 15 mg/24 horas y zolpidem 10 mg/24 horas.

La exploración física muestra una cicatriz de parotidectomía y depresión retroangulomandibular izquierda. En la otoscopia se aprecian membranas timpánicas íntegras y normoventiladas, con zona puntiforme pelúcida íntegra en oído izquierdo.

El diagnóstico diferencial se efectúa entre fistula ótica con salida de líquido cefalorraquídeo, fistula salivar o reacción dermoepidérmica.

Ante una primera sospecha de fistula ótica se deriva a otorrinolaringología, que informa mínima caída neurosensorial bilateral en tonos graves en audiometría y otoscopia normal.

De nuevo en consulta, se efectúa prueba de provocación con alimentos sialagogos (cítricos y frutos secos) y se comprueba eritema facial preauricular con secreción perlada superficial a los pocos minutos (figura 1).

En el servicio de maxilofacial, y para seguimiento de exéresis de mucocele, se indica la posible coexistencia de síndrome de Frey tardío.

Ya en nuestra consulta, se decide hacer la prueba de Minor, que consiste en tinter la zona con solución yodada y, tras secado, impregnar con almidón. Tras la estimulación salivar con alimentos, afloró zona color marrón-violeta tiñendo de modo localizado la superficie afectada por la sudoración generada, confirmándose el diagnóstico (figura 2).

La paciente queda tranquilizada por la benignidad del proceso, que, por el momento, no requiere ningún tipo de tratamiento.

En 1923 la neuróloga polaca Lucie Frey describió un cuadro de eritema, calor e hiperhidrosis preauricular tras masticación o estimula-

Figura 1. Eritema e hiperhidrosis en zona inervada por el nervio auriculotemporal tras masticación de alimentos sialagogos



ción salival (y excepcionalmente estimulación táctil) en el área de distribución cutánea del NAT, con variaciones según distribución anatómica del mismo. También puede incluir neuralgia, hiperestesia, calor y prurito. Se observa a los 10-12 meses tras parotidectomía en el 50-60% de los casos, con distintos grados de gravedad. Aunque están descritos casos tanto a las pocas semanas como tras 17 años de la misma, es rara su presentación tras más de una década (como el caso que nos ocupa)³⁻⁵. Otras etiologías incluyen traumatismo, infecciones, fractura de la articulación temporomandibular, tumor o cirugía de parótida, que impliquen el NAT, y en la infancia incluso de modo idiopático. También se ha descrito el síndrome de Frey en casos de neuropatía diabética y tumores del sistema nervioso central, así como en procesos inflamatorios adyacentes, como otitis externa recurrente¹. Excepcionalmente, cursa de forma bilateral. Se ha atribuido al uso de fórceps durante el parto, y durante la niñez no es infrecuente confundirlo con una reacción alérgica cuando coincide con la introducción de nuevos alimentos⁵⁻⁶.

Mientras que en personas adultas el síntoma fundamental es el sudor, en la población infantil es el eritema, y únicamente requiere mantener una actitud expectante, ya que suele desaparecer por sí mismo⁷.

El mecanismo implicado es una sincinesia por reinervación colinérgica cruzada anómala de las fibras parasimpáticas posganglionares de la parótida con los receptores simpáticos de las glándulas sudoríparas y los vasos sanguíneos cutáneos de región temporal y preauricular (NAT)^{3,4}.

Figura 2. Prueba de Minor en secuencia de realización con resultado positivo



La hiperhidrosis se constata con la prueba validada de Minor, arriba referenciada^{1,3,4}.

Se han ensayado distintas técnicas quirúrgicas para prevenir el síndrome de Frey con objeto de bloquear la anastomosis sincinética posganglionar de fibras simpáticas y parasimpáticas, como aumentar el grosor del colgajo de la piel para crear una barrera entre la parótida seccionada y el tejido subcutáneo, aunque con diferentes resultados^{3,4,8}.

Para disminuir la sintomatología postoperatoria, la técnica médica más utilizada es la inyección intradérmica de toxina botulínica A, que suele requerir repetición seriada en meses. Otros tratamientos incluyen antitranspirantes tópicos, anticolinérgicos o escopolamina¹.

El tratamiento quirúrgico exclusivamente se reserva para casos graves y refractarios, ya que los resultados son muy limitados^{3,8}.

CONCLUSIONES

La hiperhidrosis en zona preauricular y temporal puede ser consecuencia de la lesión del NAT en el pasado, por ejemplo, tras parotidectomía, lo que constituye el denominado síndrome de Frey.

En la población infantil condiciona fundamentalmente un eritema en la zona, y puede confundirse con un cuadro de alergia alimentaria.

Existe una prueba validada, la prueba de Minor, que permite confirmar el diagnóstico tintando con solución de yodo y almidón la región afectada.

Se trata de un cuadro benigno, por lo que la actitud a tomar es expectante. Algunos casos requieren aplicación de toxina botulínica A. Otros tipos de tratamientos se reservan para los casos graves y/o refractarios.

Siendo una patología esperable en el ámbito posquirúrgico inmediato de la patología maxilofacial, es de muy baja prevalencia en

Atención Primaria y más tras haber transcurrido un gran período de tiempo que abarca años.

Debemos evitar subestimar este síndrome ante la emanación anómala de fluidos en la superficie de la cara.

AGRADECIMIENTOS

Se obtuvo el consentimiento escrito del paciente para la publicación del manuscrito.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lopes T, Barroso LL, Mesquita M, Bitoque S, Lopez D, Ferreira A. Síndrome de Frey. Uma visão global do tema. Revista Portuguesa de Estomatologia, Medicina Dentária e Cirurgia Maxilofacial I. [Internet.] 2013 [consultado el 15 de febrero de 2021];54(2):103-14. Disponible en: www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-estomatologia-medicina-dentaria-330-articulo-sindrome-frey-uma-visao-S1646289013001179
2. Decuadro-Sáenz G, Castro G, Sorrenti N, Doassans I, Deleon S, Salle F et al. El nervio auriculotemporal. Bases neuroanatómicas del síndrome de Frey. Neurocirugía. [Internet.] 2008 [consultado el 21 de febrero de 2021];19(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732008000300002
3. Kevin M. Motz, Young J. Kim. Auriculotemporal Syndrome (Frey Syndrome). Otolaryngol Clin North Am. [Internet.] 2016;49(2):501-9. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5457802/>
4. Bulut E, Bekçiöglü B. Delayed Frey syndrome after closed treatment of condylar fracture. Craniofac Surg. [Internet.] 2012 [consultado el 21 de febrero de 2021];23(4):e308-11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22801163/>
5. Ramírez-Alvarado C, Domínguez-Carrillo LG. Síndrome de Frey: lesión del nervio auriculotemporal. Acta Médica Grupo Ángeles. [Internet.] 2015 [consultado el 16 de febrero de 2021];13(3):177-9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2015/am153f.pdf>
6. Sánchez-Morillas L, Reaño Martos M, Rodríguez Mosquera M, Iglesias Cadarso A, Pérez Pimiento A, Domínguez Lázaro AR. Auriculotemporal nerve syndrome. Allergologia e Immunopatologia. [Internet.] 2003 [consultado el 16 de febrero de 2021];31(5):288-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-allergologia-et-immunopatologia-105-articulo-auriculotemporal-nerve-syndrome-13052435>
7. Peinado Adiego C, Olloqui Escalona A, Arcauz Eguren MP. Síndrome de Frey o síndrome auriculotemporal. Rev Pediatr Aten Primaria. [Internet.] 2016 [consultado el 20 de febrero de 2021];18(71). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000300007
8. Yáñez R, Loyola FJ, Maíz C, Mariangel P, Cornejo J, Martínez R et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores de parótida: experiencia de 10 años. Rev Chil Cir. [Internet.] 2014 [consultado el 14 de febrero de 2021];66(3):245-50. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262014000300010