

PARALISIS FACIAL PERIFERICA O DE BELL

*Dr. Javier Caballero Rendon; **Lic. Marisol Chacon Salomon

* Medico Familiar CNS; **Fisioterapeuta kinesióloga H.O. N°1 CNS

INTRODUCCIÓN

La Parálisis Facial Periférica a Frigori o Parálisis de Bell fue descrita por primera vez por el médico inglés Charles Bell (1829) de cuyo apellido toma su nombre, es la causa más común de parálisis facial aguda. Su incidencia es de 20 a 30 casos por 100 mil personas al año. Está considerada dentro de las primeras causas de atención médica en Caja Nacional de Salud tanto en la consulta en el primer nivel como en los servicios de fisioterapia.

La incidencia entre hombres y mujeres es similar, con presentación bimodal en las edades de 20 a 29 años y de 50 a 59 años. La mujer en edad reproductiva es afectada dos a cuatro veces más que el hombre de la misma edad, y la mujer embarazada 3.3 veces más que la que no lo está.

Se ha observado recuperación completa en 70 % de los casos, mientras que 16 % muestra secuelas moderadas a severas, dentro de las que se encuentran reinervación aberrante del nervio facial (sincinesias), movimientos en masa, diversos grados de paresia y afectación de actividades como comer, tomar líquidos y hablar.

El tratamiento temprano (dentro de las primeras 72 horas de iniciado el cuadro de la patología del nervio facial es imperativo, ya que en términos de tiempo y grado de lesión puede tener implicaciones en el retorno de la función.

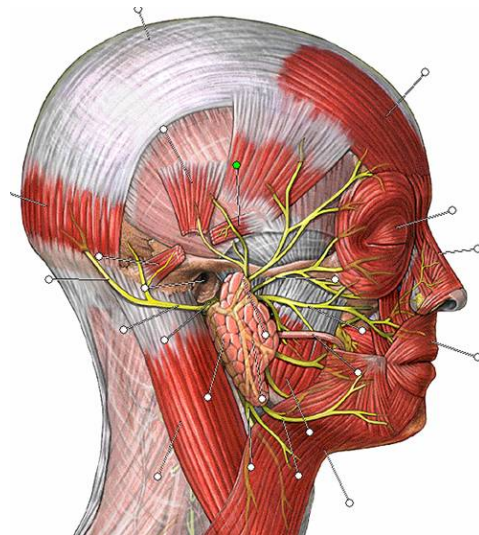
El tiempo de recuperación depende del grado de lesión del nervio facial y varía de 15 días a seis semanas, aunque puede llegar a cuatro años en las formas más graves.

CONSIDERACIONES ANATÓMICAS

El núcleo motor del VII nervio craneal se encuentra a nivel de la **protuberancia**, íntimamente relacionado con el núcleo del **VI nervio craneal**. Sus fibras abandonan la protuberancia en la cara ventrolateral, justo lateralmente al **haz córticoespinal**. Desde aquí el

nervio facial se dirige al conducto auditivo interno con el nervio **estatoacústico**; su recorrido lo realiza dentro de un conducto óseo (**acueducto de Falopio**) dentro del hueso temporal. La primera rama surge próxima al **ganglio geniculado** (nervio petroso superficial mayor). A continuación dará una rama llamada **cuerda del tímpano** y un finalmente la **rama estapedial** para el músculo del estribo. Su salida del cráneo la hace por el **agujero estilomastoideo**. En su recorrido extracraneal, atraviesa la glándula **parótida** y se divide en cinco ramas que se dirigen a los músculos faciales, el músculo estilohioideo y el vientre posterior del músculo digástrico.

Por esta razones es que el nervio facial permite que se pueda mover la frente, que los párpados se puedan cerrar, y que la boca pueda cerrarse y sonreír, el musculo del estribo amortigua los sonidos demasiado intensos, también este nervio controla la salivación, las lagrimas y el sentido del gusto.



ETIOLOGÍA- PATOGENESIS

La etiología es todavía especulativa. Se piensa que es por infección viral de tipo herpes, otros piensan en proceso alérgicos localizados en el conducto de Falopio, que por edema produzcan parálisis por compresión en el estuche óseo, o un proceso vascular según otros.

La patogenesis más aceptada universalmente es la de ser una enfermedad desmielizante inflamatoria en áreas longitudinales del nervio que se extienden desde el cerebro hasta la periferia. La hipótesis más difundida es la inflamación del nervio que produce compresión e isquemia dentro del canal facial.

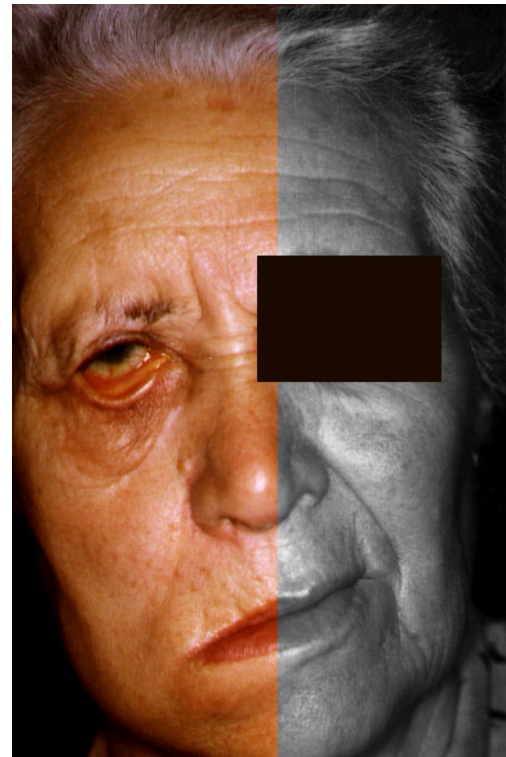
CLÍNICA

El diagnóstico de parálisis facial periférica (PFP) es **clínico**, por lo tanto los pilares básicos serán la anamnesis y la exploración.

1. **Anamnesis:** debemos investigar si ha habido antecedente de traumatismo craneofacial, infección ótica o de otro origen, episodios previos, patologías asociadas. Reflejar el tratamiento de base, forma de instauración de los síntomas, tiempo de evolución, síntomas y signos asociados. Frecuentemente está precedida por pródromo viral (60 % de los pacientes)
2. **Exploración:** siempre debe realizarse una exploración física, neurológica y otorrinolaringológica completas.
La pérdida de la expresión facial completa o incompleta de un lado de la cara es de inicio agudo; caracterizado por dificultad para movimientos faciales, dolor, generalmente de localización retroauricular, disgeusia, algiacusia y alteraciones del lagrimeo. Es evidente la asimetría, tanto al reposo como en movimiento; es necesario explorar el reflejo de parpadeo y el lagrimeo. La alteración en el resto de los pares craneales es indicativa de valoración en el segundo nivel de atención médica.
3. **Definiciones de síntomas y signos encontrados en la parálisis facial periférica:**
 - Signo de Bell: movimiento ocular sinérgico que se evidencia por la incapacidad del paciente para ocluir el ojo. Al intentarlo, el globo ocular se dirige hacia arriba hasta que la córnea visible queda oculta por el párpado superior.
 - Ectropión: eversión del párpado inferior con descubrimiento de la carúncula lagrimal.
 - Lagoftalmía: el ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido al predominio del tono del músculo elevador del párpado superior inervado por el tercer par craneal, sobre el

orbicular de los párpados inervados por el facial.

- Algiacusia: intolerancia al ruido.
- Disgeusia: alteración en el sentido del gusto.
- Epífora: lagrimeo debido a que las lágrimas no progresan hacia el saco lagrimal por la debilidad orbicular de los ojos.
- Sincinesia: movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada.
- Hemiespasmo facial: síndrome de compresión vascular caracterizado por contracción sincrónica de los músculos unilaterales, por aumento del tono en hemicara afectada que desaparece con el sueño.



4. **Clasificación de acuerdo con criterios de House-Brackmann:** la clasificación House-Brackmann define el grado de lesión del nervio facial de acuerdo con la presentación clínica en una escala de I a VI, y es de utilidad para el control de la evolución del paciente (cuadro I). Valora la postura facial en reposo y durante el movimiento voluntario, así como presencia de movimientos anormales que acompañan el movimiento voluntario.

CUADRO I

Grado	Sistema de House-Brackmann Descripción	Sistema convencional de calificación Calificación	Sistema convencional de calificación Descripción
I	Función facial normal en todas sus áreas	3	Normal
II	Disfunción leve Global: debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber mínima sincinesias. Al reposo, tono y simetría normal Movimiento frente: función de buena a moderada Ojo: cierre completo con mínimo esfuerzo Boca: asimetría mínima al movimiento		
III	Disfunción leve a moderada Global: obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales Movimiento frente: movimientos moderados a ligeros Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca: ligera debilidad con el máximo esfuerzo	2	Paresia leve Asimetría al movimiento, simetría en reposo
IV	Disfunción moderada a severa Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Al reposo, asimetría Movimiento frente: ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: asimetría al esfuerzo		
V	Disfunción severa Global: solamente movimientos apenas perceptibles. Asimetría al reposo Movimiento frente: ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: movimientos ligeros	1	Paresia moderada Asimetría al reposo y en actividad
VI	Parálisis total Ningún movimiento		
		0	Parálisis total Asimetría al reposo y al movimiento

TRATAMIENTO

1. Tratamiento no farmacológico

En todos los pacientes, independientemente del grado en el cual se clasifiquen, deberá iniciarse tratamiento básico, que consta de cuatro aspectos fundamentales:

- Protección ocular: uso de lentes oscuros con protección lateral, para evitar la irritación por rayos solares, efecto traumático del polvo y prevenir la lesión corneal por desecación.
- Lubricación ocular mediante ungüento oftálmico (sólo por la noche) y uso de lágrimas artificiales (metilcelulosa o hipromelosa, ambas una gota cada ocho horas por 10 días).
- Oclusión ocular nocturna mediante parche ocluser y férula bucal para provocar estiramiento de la comisura labial afectada.
- Evitar el lavado ocular con té de manzanilla, ya que propicia procesos infecciosos o alérgicos.

Educación al paciente: informar al paciente sobre características de su patología y alternativas de tratamiento y diagnóstico, a fin de disminuir la ansiedad generada por la

patología. El uso de la goma de mascar y de vibradores mecánicos no se recomienda ya que puede provocar fatiga muscular por acción global de la musculatura facial y de los músculos de la masticación.

2. Tratamiento farmacológico:

El tratamiento con corticosteroides demostró mejorar la incidencia de recuperación en pacientes con parálisis facial completa, a dosis equivalentes de 400 mg de prednisona, en los primeros siete días de iniciada la paresia facial (la A). Debido a que 20 % de los pacientes con parálisis facial incompleta (grado II de House-Brackmann) puede evolucionar a parálisis completa en los cinco días de evolución del cuadro, se sugiere el inicio de prednisona a 70 mg día (1 mg/kg de peso corporal) a todos los pacientes. Si la paresia se mantiene estable puede suspenderse progresivamente el esteroide en los siguientes cuatro días, completando una dosis total de 530 mg.

Si el paciente presenta parálisis completa o ésta progresa a completa, el tratamiento con esteroides debe mantenerse los siguientes siete días hasta completar 680 mg. Ante factores de riesgo o situaciones que contraindiquen el uso de esteroides, se

requiere vigilancia estrecha por el médico familiar.

El aciclovir (combinado con prednisona) es seguro y efectivo en la mejoría de la recuperación de pacientes con parálisis facial. La combinación aciclovir-prednisona mejora la recuperación y disminuye la degeneración neural, en comparación con la prednisona sola. La dosis de 1000 mg diariamente (200 mg cinco veces al día) como se recomienda para infección recurrente por herpes simple, por diez días, es teóricamente suficiente. Dosis mayores (2000 mg diarios) han sido

usadas para asegurar la absorción intestinal; se deben considerar los efectos gastrointestinales colaterales y ante su presentación, hacer ajustes.

3. Prescripción de incapacidad temporal para el trabajo:

Deben considerarse criterios clínicos como inoclusión palpebral incompleta, algiacusia y lagrimeo de moderado a severo que interfieran con la actividad, así como las características del trabajo que desempeña el paciente.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial	Características
Parálisis facial de origen central Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, cardiopatías, alteraciones de la coagulación.	Presentación generalmente unilateral, con afectación predominante de músculos de mímica facial inferior contralateral a la lesión, mínima o nula afectación de músculos frontal y orbicular de los párpados. Alteraciones agregadas de otros pares craneales, así como alteraciones motoras y sensoriales generalmente unilaterales de miembros torácicos y pélvicos, acompañadas con alteraciones de conciencia.
Parálisis facial congénita	Detección perinatal acompañada o no de lesiones a otros pares craneales. Asimetría en la expresión facial ante el llanto y la succión
Parálisis de origen traumático	Antecedente de trauma en región temporal o parietal, alteraciones de mímica facial siempre unilaterales.
Parálisis facial lentamente progresiva	Más de tres semanas o no retorno de la función dentro de seis meses, sugiere neoplasia.
Parálisis unilateral recurrente	Descartar neurinoma del acústico, que puede presentarse en las parálisis idiopáticas hasta en 30 % de casos.
Parálisis facial simultánea bilateral	Excluye a la parálisis de Bell como un diagnóstico.
Parálisis facial con infección sistémica de herpes Zoster	Presencia de alteraciones dermatológicas tipo vesículas, dolorosas, disestésicas, en cualquier región del cuerpo.

CRITERIOS DE TRANSFERENCIA

1. Paciente portador de parálisis facial periférica clasificada en grado II o III de House-Brackmann:

Será manejado por el médico familiar con revaloración a los siete a 10 días. La mejoría del cuadro se define por la recuperación funcional según clasificación de House-Brackmann y por ausencia de complicaciones. Se espera recuperación con el tratamiento médico instituido dentro de los primeros siete a 10 días.

Si en la revaloración el paciente se mantiene clasificado en el mismo grupo o incluso

presenta empeoramiento, debe canalizarse al servicio de rehabilitación de primer nivel para su atención.

Ante complicaciones (conjuntivitis, sincinesias, úlcera corneal, blefaroespasma, ectropión del párpado inferior, lagoespasmo severo y hemiespasma), se derivará al segundo nivel de la especialidad que corresponda.

2. Paciente portador de parálisis facial periférica clasificada en grados IV a VI de House-Brackmann:


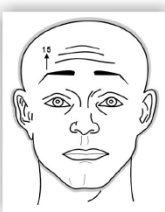
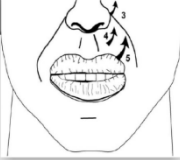
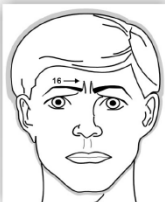
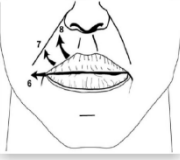
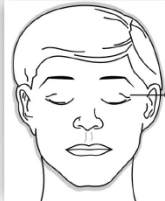
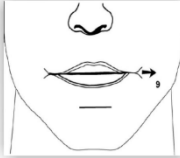
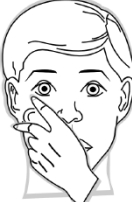
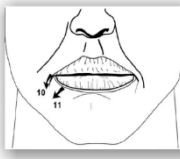
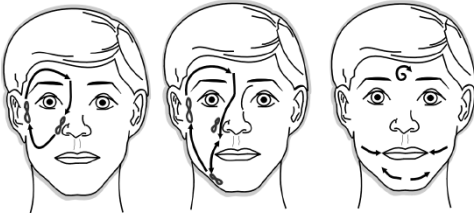
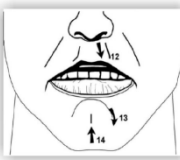
El médico familiar lo enviará al servicio de rehabilitación del primer nivel de atención para su tratamiento integral.

TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO

- **Calor local:** compresa húmeda-caliente por 10 minutos a hemicara afectada, para mejorar la circulación.
- **Electroterapia:** La evidencia es controversial respecto al uso y efectividad de las electroestimulaciones en la recuperación de la parálisis facial periférica. Las investigaciones básicas sugieren la posibilidad de aumento de reinervación anómala con su uso, lo que se considera poco probable ya que se estimula el punto motor del músculo y no el nervio. Además, la estimulación no es retrógrada, es decir, si se estimula el músculo tendría que atravesar la unión mioneural o placa neuromuscular para llegar en forma retrógrada al nervio, lo cual no es factible. A la fecha las revisiones sistematizadas se encuentran en fase de protocolo, por lo que se sugiere el juicio clínico para la aplicación de este recurso en músculos paralizados o con mínima contracción visible o palpable, por punto motor y no en masa, sólo para mantener el trofismo muscular. Además, se recomienda realizar reeducación muscular y retroalimentación.
- **Reeducación muscular supervisada**
 - ❖ **Reeducación muscular frente al espejo:** Es la piedra angular del tratamiento rehabilitatorio, las cuales están organizadas en cuatro etapas de acuerdo con los hallazgos físicos a la exploración y la etapa en que se encuentra el paciente. Las principales acciones van encaminadas a lograr el correcto funcionamiento de la oclusión del ojo y de la boca.
 1. Etapa inicial: Se caracteriza por asimetría en reposo, movimientos mínimos voluntarios. Ausencia de sincinesias y daño funcional severo. Se realizarán:
 - Ejercicios activos asistidos: el paciente se auxilia por el dedo índice y medio colocado sobre el músculo a trabajar en dirección al movimiento deseado, sosteniéndolos por unos segundos en hemicara afectada. Hacer énfasis en realizarlos simétricamente respecto a hemicara sana y en forma aislada con el resto a los músculos de hemicara afectada, dándole mayor importancia a los músculos orbicular de los párpados y labios, ya que son los últimos en recuperarse. Levantar con los dedos la ceja involucrada y sostenerla por unos segundos. La asistencia manual disminuirá progresivamente de acuerdo con la recuperación muscular.
 - Ejercicios activos: se retira la presión digital y se solicita trabajar en el siguiente orden: frontal, superciliar, elevador del labio superior, canino, buccinador, borla y cuadrado de la barba, triangular de los labios, cutáneo del cuello y por último los cigomáticos. Ejemplos de ejercicios:
 - Contraer los labios como si se fuera a dar un beso (Orbicular de los labios y compresor)
 - Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes (Dilatador de la nariz, canino, elevador del labio superior).
 - Expulsar aire lentamente, como soplando por una cañita (Buccinador, cigomático mayor, cigomático menor)
 - Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás (Risorio)
 - Apretar los dientes lo más fuerte posible (Cutáneo del cuello, triangular de los labios)
 - Arrugar el mentón (Mirtiforme, cuadrado de la barba, borla de la barba)
 - Elevar las cejas (Occipitofrontal)
 - Juntar las cejas (Ciliar)
 - Cerrar los ojos (Orbicular de los párpados)
 - Inhibición del reflejo de Bell: se logra enfocando los ojos del paciente en un objeto fijo a 30.5 cm abajo al frente del paciente,

- intentando cerrar ambos ojos hasta ocluirlos. Enfocar el ojo hacia abajo ayuda a iniciar que el párpado inferior se eleve.
2. Etapa de facilitación: Se caracteriza por incremento de movimientos voluntarios y ausencia de sincinesias. Se realizarán:
 - Movimientos faciales activos simétricos, haciendo énfasis al paciente de no realizar movimientos incoordinados en forma bilateral, con el fin de evitar movimientos distorsionados del lado afectado, ya que esto lo coloca en una función menos óptima respecto al lado sano.
 - Si el paciente no presenta signos sugestivos de sincinesias, indicar ejercicios resistidos: la resistencia manual se aplica en dirección opuesta a los movimientos deseados con movimientos faciales aislados, sin causar movimientos en masa o sincinesias.
 - Sonidos pronunciando consonantes y vocales en forma aislada y palabras que favorezcan el músculo orbicular de los labios.
 3. Etapa de control: Se caracteriza por la aparición de movimientos anormales y anárquicos, los músculos responsables deben colocarse inmediatamente en posición de estiramiento sostenido para inhibirlos. Los músculos propensos a sincinesias son los orbitales. Los ejercicios de estiramiento para lograr disociación son:
 - Ojo-boca: si durante la actividad del orbicular del párpado derecho se observa que la comisura labial se levanta hacia arriba y afuera con la cara en reposo, el paciente deberá inhibir el cigomático mayor. Técnica: el paciente colocará su pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior, mantendrá la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho. Cerrará los ojos suavemente, luego con fuerza, manteniendo la mejilla estirada.
 - Boca-ojo: se le pide al paciente que coloque la boca en protrusión con los labios juntos y redondeados y se observa que el ojo derecho se cierre, incluso mínimamente, entonces se le pedirá que enganche la mejilla derecha con el índice sobre el surco nasogeniano. El paciente deberá estirar la mejilla, empujarla oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano, controlando el ojo en un espejo, esbozar el trabajo del orbicular de los labios. En cuanto el paciente perciba la contracción sinérgica del orbicular del párpado, deberá detener el movimiento. A continuación, cuando obtenga un buen equilibrio entre los músculos agonistas y antagonistas, podrá retirar progresivamente la presión digital y equilibrar los músculos del lado sano.
 - Ejercicios enfocados para el control de movimientos anormales o sincinesias, los cuales consisten en enfatizar solamente el movimiento del músculo a trabajar en lo posible sin provocar movimientos anormales. El rango del movimiento aumentará siempre y cuando se controle los movimientos anormales.
 4. Fase de relajación: Se realizarán palmo percusiones a hemicara afectada y ejercicios de relajación Jacobsen's, que consisten en una contracción sostenida de tres a cinco segundos, seguidas de relajación completa aplicada a músculos faciales específicos.

Reeducación muscular facial y técnicas de masoterapia para relajación en parálisis facial

<p>Contraer los labios como si se fuera a dar un beso (1. Orbicular de los labios. 2. Compresor)</p>		<p>Elevar las cejas (15. Occipitofrontal)</p>	
<p>Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes (3. Dilatador de la nariz. 4. Canino. 5. Elevador del labio superior)</p>		<p>Juntar las cejas (16. Ciliar)</p>	
<p>Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote (6. Buccinador. 7. Cigomático mayor. 8. Cigomático menor)</p>		<p>Cerrar los ojos (17. Orbicular de los párpados)</p>	
<p>Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás (9. Risorio)</p>		<p>Colocar el pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior; mantener la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho.</p>	
<p>Apretar los dientes lo más fuerte posible (10. Cutáneo del cuello. 11. Triangular de los labios)</p>		<p>Diferentes tipos de masaje facial</p> 	
<p>Arrugar el mentón (12. Mirtiforme. 13. Cuadrado de la barba. 14. Borla de la barba)</p>			

- **Uso de ayudas técnicas:** por prescripción médica, el personal de fisioterapia será el encargado de elaborar y capacitar al paciente en el uso de parche ocular y férula bucal y del párpado. El parche ocular de uso nocturno está indicado en pacientes con incapacidad para ocluir el ojo durante el sueño, previene la lesión corneal, debe ser colocado previa asepsia de la región y con el ojo debidamente cerrado.

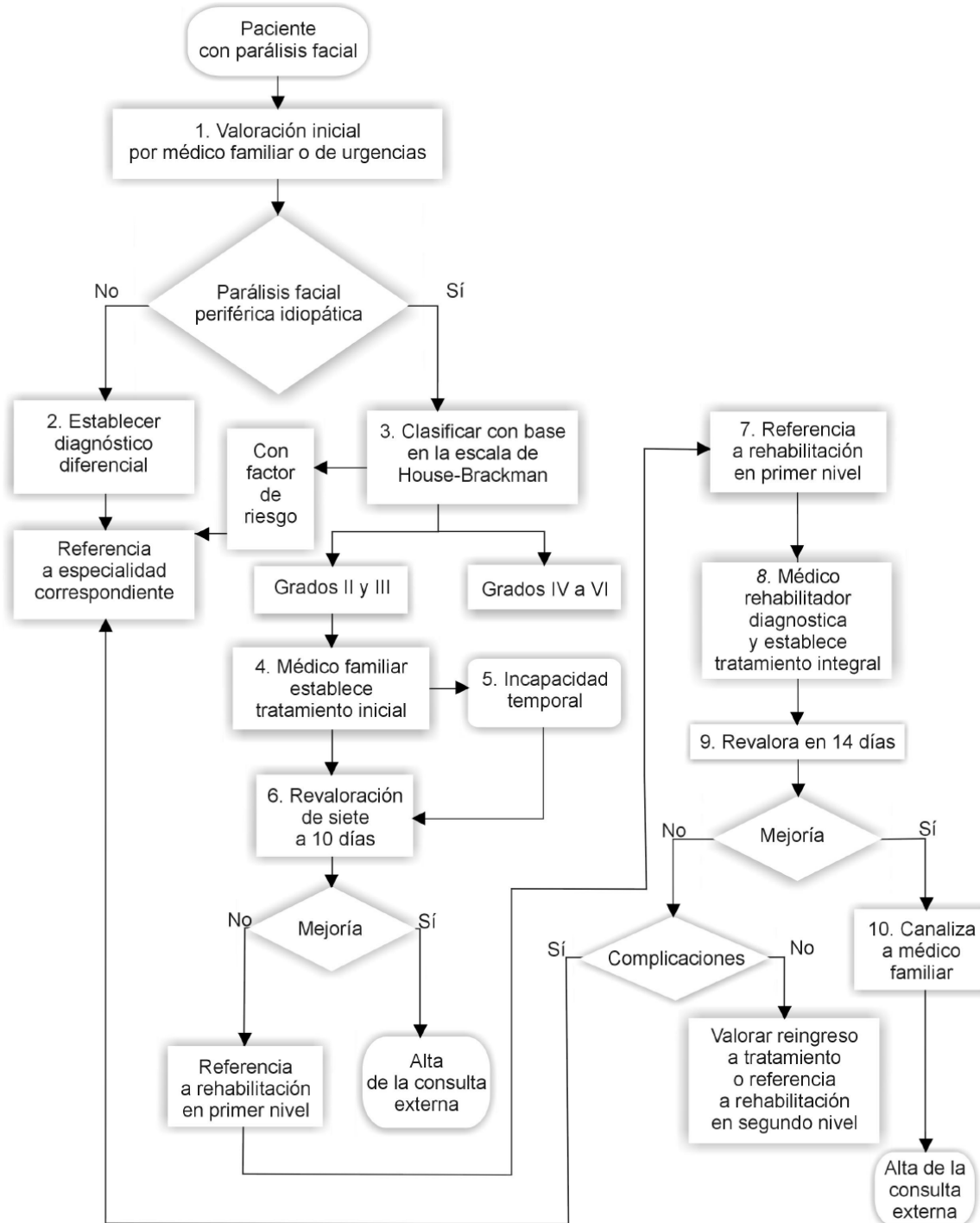
La férula bucal está indicada cuando la asimetría facial es de tal magnitud que limita las funciones de alimentación y comunicación.

- **Revaloración por el servicio de medicina física y rehabilitación a los catorce días:** Clasifica funcionalidad. Ante mejoría ostensible que ubique al paciente en grados I a III de House-Brackmann, considerar alta del servicio para control por el médico familiar. Si la funcionalidad es igual a la de ingreso, es necesario revalorar, considerar un segundo periodo de tratamiento y, en el caso de

complicaciones agregadas, considerar el envío a la especialidad correspondiente.

- **Referir al médico familiar:** Ante mejoría, enviar al paciente con su médico familiar para su alta.

ALGORITMO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pérez CE, Gámez MC, Guzmán GJ, Escobar R, López RV, Montes de Oca D. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 425-436.
2. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel MR, Burgess LPA. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve paralysis: A meta-analysis. Laryngoscope 2000;110:335-341.
3. Chevalier AM. Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas Enciclopedia Médico-Quirúrgica 26-463-B-10.
4. Grogan PM, Gronseth G. Practice parameter: steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review) report of the quality standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001; 56:830-836.
5. Cruz CJC, Novelo GE, Rodríguez PMA, Cruz MS. Parálisis facial. Rev Sanid Mil 1999; 53(6):409-410.
6. El tratamiento de la parálisis facial periférica de Bell (internet). Disponible En: <http://www.monografias.com/trabajos11/trapara/trapara.shtml#INTRO>.
7. Uberos FJ. Parálisis facial: Aspectos anatómicos y funcionales. Evidencias sobre su tratamiento (Internet). Enero 2006. Disponible En: <http://www.granma.cubaweb.cu/salud/consultas/p/c11.html>
8. Santos-Lasaosa S, Lopez del Val J, Iniguez C, Ortells M, Escalza I, Navas I. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2000; 31:14-16.
9. Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroides para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. [Resumen]. Texto completo disponible en Cochrane Library Plus: <http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm>.
10. Allen D, Dunn L . Aciclovir o valaciclovir para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. [Resumen]. Texto completo disponible en Cochrane Library Plus: <http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm>
11. González FM. Tratamiento rehabilitador de la parálisis facial (Internet). Noviembre 2007. Disponible en: http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=270.