



MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

# Resolución Directoral

Bellavista, 08 de NOVIEMBRE del 2012

Visto el expediente Nº010033-2011 e Informe Nº586 -2012-DEIDRIFMENT/INR, de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

### CONSIDERANDO:

Que, con la finalidad de estandarizar la atención de los pacientes que se atienden en los Departamentos de: Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social y Departamento de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral las Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, los profesionales responsables de las citadas unidades orgánicas han elaborado los documentos técnicos, normativos y orientadores denominados: "Guía Clínica : Guía de Práctica Clínica para Orientar la Evaluación de la Persona con Retraso Mental Grave y Profundo, determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la Comunidad", Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño con Hipoacusia Neurosensorial", Guía Técnica: Guía Clínica de la Atención del Paciente con Retardo Mental Leve-Moderado", Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico de la Lectura" y Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico del Calculo"; Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de la Esclerosis Lateral Amiotrofica, Guía Clínica de Atención en Rehabilitación de Traumatismo Cráneo Encefálico y Guía Técnica: Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo den Rehabilitación en Parálisis Facial Periférica de Bell para Profesionales del INR, que contienen conceptos, procedimientos y recomendaciones para la atención a pacientes que demandan atención especializada en Medicina Física y Rehabilitación en los citados Departamentos.

Que, los citados documentos técnicos, han sido revisados por el Director Ejecutivo de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales y el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico , órgano asesor en aspectos técnico y normativos ;

Que, en tal virtud, resulta pertinente proceder a la aprobación de las Guía Clínicas propuestas con la Resolución respectiva; para su implementación en el nivel correspondiente.

De conformidad con la Ley Nº26842, Ley General de Salud, Ley Nº27657, Ley del Ministerio de Salud, su Reglamento, aprobado con Decreto Supremo Nº013-2002-SA, Resolución Ministerial Nº519-2006-SA/DM, Sistema de Gestión de Calidad en Salud, Resolución Ministerial Nº422-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica para la Elaboración de Guías de Práctica Clínica NT Nº027-MINSA/DGSP-V.01, Resolución Ministerial Nº715-2006/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Rehabilitación y en uso de las facultades conferidas;

Con la visación de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales, Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento

..//



Dr. BEJAR V



Dr. R. ALCALÁ



y la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico del Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN;

**SE RESUELVE:**

**Artículo 1º.-** Aprobar los documentos técnicos formulados por los Jefes de los Departamentos de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Aprendizaje, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en la Comunicación, Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en las Deficiencias Intelectuales y de Adaptación Social e Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en el Desarrollo Psicomotor de la Dirección de la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral las Funciones Mentales y el Departamento de Investigación, Docencia y Atención en Ayuda al Diagnóstico de la Dirección Ejecutiva de Investigación y Docencia en Ayuda al Diagnóstico y Tratamiento, denominados:

1. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para Orientar la Evaluación de la Persona con Retraso Mental Grave y Profundo, determinar los tratamientos y servicios de apoyo necesarios para promover su desarrollo, educación, intereses, bienestar personal e incrementar su funcionamiento individual e inclusión en la Comunidad", que consta de Catorce (14) títulos, Bibliografía y un Flujograma: Atención del Paciente con Retardo Mental Grave y Profundo, que forman parte integrante de la presente resolución.
2. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño con Hipoacusia Neurosensorial", que consta de Ocho (08) títulos y Dos (02) anexos, que forman parte integrante de la presente resolución.
3. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico de la Lectura", que consta de Seis (06) títulos, un flujograma de Atención al Paciente con trastorno Específico de la Lectura y la bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.
4. **GUIA CLINICA:** Guía Clínica de la Atención del Paciente con Retardo Mental Leve-Moderado", que consta de Seis (06) títulos, bibliografía y un Flujograma de Atención al Paciente con Retardo Mental Leve o Moderado Menor de 12 Años, que forman parte integrante de la presente resolución.
5. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Pautas de Manejo del Trastorno Específico del Calculo", que consta de seis (06) títulos, un Flujograma de Atención al Paciente con Trastorno Específico de Cálculo y la bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.
6. **GUIA CLINICA:** Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento Médico Rehabilitador del Niño (0-7 Años) con Displasia del Desarrollo de la Cadera en el Tercer Nivel de Atención, que consta de Veintidós (22) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.
7. **GUIA CLINICA:** Manejo de Rehabilitación en Torticolis Muscular Congénita , que consta de Once (11) títulos, Fluxograma y bibliografía, que forman parte integrante de la presente resolución.
8. **GUIA TÉCNICA:** Guía de Práctica Clínica para la Detección Temprana y Manejo en Rehabilitación en Parálisis Facial Periférica de Bell para Profesionales del INR que consta de Diecinueve (19) folios, que forman parte integrante de la presente resolución.



Dr. BEJAR V



Dr. R. ALCALA R



Dr. BEJAR V.



Nº 253 -2012-SA-DG-INR

MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"Dra. Adriana Rebaza Flores" AMISTAD PERÚ-JAPÓN

## Resolución Directoral

Bellavista, 08 de ~~NOVIEMBRE~~ del 2012

**Artículo 2º.-** Encargar a la Dirección Ejecutiva de Investigación, Docencia y Rehabilitación Integral en Funciones Mentales la difusión e implementación de los documentos técnicos aprobados, en el ámbito correspondiente.

Regístrese y Comuníquese,

INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACIÓN  
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"  
AMISTAD PERÚ-JAPÓN

Dr. Fernanda U. Urcía Fernández  
DIRECTOR GENERAL  
CMP. N° 16500 RNE. N° 6819

FAUF/EC  
RD186-2012  
C.C. DEIDRIFMENTALES  
Unidades Orgánicas  
Responsable de la Pag. Web-INR

Dr. BEJAR V.

**MINISTERIO DE SALUD**

**INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION  
"DRA. ADRIANA REBAZA FLORES"**

**DIRECCIÓN EJECUTIVA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y REHABILITACIÓN  
INTEGRAL EN AYUDA AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO**

**SERVICIO DE ELECTROMIOGRAFIA – DEPARTAMENTO INVESTIGACION,  
DOCENCIA Y ATENCION AYUDA AL DIAGNOSTICO**



**GUIA TÉCNICA:**

**GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO EN  
REHABILITACIÓN EN PARALISIS FACIAL PERIFÉRICA DE BELL PARA  
PROFESIONALES DEL INR**

**CIE 10: G 51.0  
Nivel III-2**



**BELLAVISTA – CALLAO  
2012**

# GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA Y MANEJO EN REHABILITACIÓN DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA DE BELL PARA PROFESIONALES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD

Deberá ser citado como: Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Manejo de la Parálisis Facial Periférica de Bell (Parálisis Facial Idiopática), Perú.

## I.- FINALIDAD

Facilitar la atención de la parálisis facial idiopática, enfatizando en el manejo de las secuelas y en la prevención de complicaciones, con el objetivo final de lograr su mejor integración general posible de acuerdo a sus capacidades y funcionalidades.

Mejorar la calidad y efectividad de la atención que se presta a los pacientes con Parálisis Facial Idiopática.

Esta guía pone a disposición del personal del primer nivel de atención, las recomendaciones basadas en la mejor evidencia disponible con la intención de estandarizar las acciones nacionales sobre:

1. Orientar y consensuar el abordaje de la parálisis facial periférica en el primer nivel de atención.
2. Establecer un conjunto de recomendaciones basadas en la evidencia científica y el consenso de expertos sobre el diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial periférica o idiopática.
3. Establecer los criterios de referencia de la parálisis facial Periférica o idiopática al segundo nivel de atención.

Lo que favorecerá la mejora en la efectividad, seguridad y calidad de la atención médica, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas y de las comunidades, que constituye el objetivo central y la razón de ser de los servicios de salud.

## II.- OBJETIVO

Estandarizar los tratamientos con esta guía de Práctica Clínica de la Parálisis Facial Periférica de Bell (Parálisis Facial Idiopática), de acuerdo a los criterios internacionalmente aceptados que responden a las prioridades sanitarias nacionales y/o regionales, buscando el máximo beneficio y el mínimo riesgo a los pacientes que la padecen, y el uso racional de recursos en las instituciones del Sector Salud.

## III.- ÁMBITO DE APLICACIÓN

Se circunscribe al Instituto Nacional de Rehabilitación "Dra. Adriana Rebaza Flores" y específicamente al Departamento de XXXXX. La presente Guía Clínica es referencial para su aplicación en las instituciones públicas y privadas del Sector Salud.

## IV. ENTIDAD A ESTANDARIZAR

Nombre y código: parálisis de Bell CIE X: G 51.0

## V. ASPECTOS GENERALES

### 5.1 Definición:

La parálisis facial idiopática o parálisis de Bell se aplica a la parálisis del VII nervio craneal de tipo periférico y de comienzo agudo, puede ser completa con pérdida total de

la movilidad o incompleta, cuando permanece algún tipo de movilidad del lado afectado. Es rara en la infancia en donde la recuperación es más rápida y completa, la frecuencia aumenta con la edad hasta los 40 años en que se mantiene, descendiendo hasta ser muy rara después de los 75 años, en los cuáles tiene peor pronóstico, no hay predominio de sexo, raza o contagio demostrados. (Ruiz, 2008).

### 5.2 Etiología

La etiología es desconocida, en un 50% de los pacientes, existiendo numerosas teorías etiopatogénicas (vascular, vírica, inmunológica), ninguna de ellas está suficientemente demostrada, sin embargo, posiblemente tenga una etiología infecciosa (herpes virus simple).

### 5.3 Fisiopatología

Esta puede ser causada por cualquier proceso patológico que afecta el nervio facial en su trayecto periférico (desde el núcleo motor hasta su porción extrapetrosa), como son lesiones protuberanciales, lesiones del ángulo pontocerebelosos del hueso temporal de la glándula parótida etc.

En algunos estudios un 10% de los pacientes con el diagnóstico de parálisis de Bell presentan una causa tratable. El diagnóstico de parálisis de Bell es un diagnóstico de exclusión.

Es importante además mencionar que la parálisis facial puede acompañarse de pródromo viral ser brusca o completa, y seguirse de otalgia que precede a la aparición de vesículas en conducto auditivo externo, pabellón auricular, concha, cuello, cara, mucosa bucal, o lengua. Puede además presentar síntomas como vértigo, hipoacusia, que es causada por el virus varicela zoster y es conocida como síndrome de Ramsay Hunt entidad que difiere en cuanto a tratamiento por ser de origen viral.

### 5.4 Aspectos epidemiológicos:

Hay aproximadamente 40.000 casos de parálisis de Bell cada año en los EE.UU. (NINDS) (2). La incidencia de la parálisis de Bell es de 20 a 30 casos por cada 100.000 personas por año. Ambos sexos son afectados por igual.

La edad media de aparición es de 40 años, pero la enfermedad puede ocurrir a cualquier edad (3). La incidencia es más baja en niños menores de 10 años de edad, aumenta en las edades de 10 a 29, se mantiene estable en las edades de 30 a 69, y es más alta en personas mayores de 70 años.

Un 14 % presentan historia familiar y en un 13% recidivará. La recidiva es más frecuente en el síndrome de Melkersson-Rosenthal, en el que los pacientes presentarán además lengua escrotal, queilitis granulomatosa e incluso edema facial (4). La mayoría de los pacientes se recuperan completamente, aunque algunos han quedan con una asimetría permanente o debilidad facial.

### 5.5 Factores de riesgo

- Edad mayor de 65 años
- Se puede presentar a cualquier edad, sin embargo se registra que la mujer embarazada tiene 3.3 veces más que la que no está embarazada.
- Diabetes.
- Infección del tracto respiratorio superior.

## VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 Cuadro clínico

El diagnóstico de la parálisis facial periférica idiopática es clínico, se realiza mediante la historia y la exploración general y neurológica del enfermo. Teniendo en cuenta su carácter de idiopática, su confirmación etiológica es por exclusión, con todas las pruebas complementarias realizadas normales, excepción hecha de las referidas a la existencia de una parálisis facial (5).

### 6.1.1 Signos y síntomas

Cabe resaltar que el paciente con parálisis de Bell presentará distintas combinaciones en cuanto a severidad y variedad de todos estos signos y síntomas.

#### Signos:

- **Desviación de la comisura bucal hacia el lado sano:** traccionada por el músculo risorio no parético, suele ser la primera señal de enfermedad, observada con frecuencia por otros antes que por el propio paciente.
- **Ausencia de arrugas en la piel:** La piel del lado paralizado aparece notablemente tensa, sin arrugas y con el surco naso-labial borrado. Se atenúan o borran los pliegues de la frente de ese lado por debilidad del músculo frontal.
- **Lagofthalmos:** El orbicular de los párpados afectado no consigue ocluir el ojo y el borde libre del párpado inferior puede caer separado del globo ocular presentando lagofthalmos.
- **Disminución de la secreción lagrimal:** por afectación de la función parasimpática del ganglio esfenopalatino, lo que produce sensación de irritación corneal, agravada por la incompetencia palpebral.
- **Aparente aumento de secreción salivar:** ya que se recibe saliva del lado sano y de la parótida del lado enfermo pues su inervación se hace por el IX nervio craneal (glossofaríngeo) y en realidad existe disminución de la secreción salivar por parte de las glándulas sublingual y submaxilar que son inervadas por las fibras faciales parasimpáticas.
- **Babeo:** La debilidad del orbicular de los labios puede hacer babear al paciente, que se queja de morderse el carrillo al comer y de dificultad para beber por la hipotonía del buccinador.
- **Trastornos sensitivos:** en la hemicara afectada.

#### Síntomas:

- La debilidad de los músculos de un lado de la cara: síntoma cardinal que se produce de manera brusca, con frecuencia durante el sueño, y con afectación de todo el territorio muscular, superior e inferior, inervado por el nervio facial. Los síntomas comienzan de repente y alcanzan su nivel máximo en 3 a 5 días.
- La parálisis, cuyo grado de afectación definitivo se establece en unas pocas horas, puede empeorar en algunas ocasiones durante 24 o como máximo 48 horas más.
- Fonofobia e hiperacusia: Si hay afectación de la rama que inerva al estapedio, éste pierde su acción amortiguadora del estribo y al paciente le molestan los ruidos intensos, generalmente más los graves que los agudos (fonofobia), y los oyen con mayor intensidad por el lado enfermo (hiperacusia)
- Trastornos del gusto: Si la lesión es proximal a la cuerda del tímpano, se produce un trastorno en la sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua homolateral (ageusia, hipogeusia o disgeusia) que los pacientes relatan como pérdida del gusto, mal sabor o sabor metálico en la boca, espontáneamente o con los alimentos. Los enfermos más observadores delimitan el trastorno a la hemilengua del lado paralizado.
- Dolor: Previo a la parálisis, el paciente puede haber presentado un cuadro catarral banal y aquejar dolor, a veces intenso, en región mastoidea, periótico, occipital, cervical y hasta mandibular.



### 6.1.2 Interacción cronológica

Antecedentes: Debemos investigar si ha habido antecedente de traumatismo craneofacial, infección ótica o de otro origen, episodios previos, patologías asociadas. Frecuentemente está precedida por pródromo viral (60 % de los pacientes).

## 6.2 Diagnóstico

### 6.2.1 Criterios de diagnóstico

Examen físico: (anexo 1)

**Inspección:** Los primeros datos en la inspección del paciente se objetiva con el reposo. Se observa atenuación o desaparición de los pliegues frontales del lado afecto, la hendidura palpebral es mayor en ese lado, con el ojo irritado y el surco nasogeniano borrado; la boca aparece asimétrica, con desviación hacia el lado sano y la piel del cuello del lado afecto parece más flácida.

### Exploración:

- Reflejo de oclusión: se percute la región frontal, en la raíz de la nariz, la respuesta es el cierre de los párpados.
- Reflejo glabellar: se invita al paciente a mirar el fondo de la habitación, entonces con el dedo se percute la región glabellar, respondiendo con el parpadeo, pero normalmente a la tercera sacudida deja de parpadear a pesar de continuar con el estímulo.
- Surcos frontales: se ordena al paciente que arrugue la frente.
- Surco nasogeniano: se ordena al paciente que sonría. Gusto.
- Descenso de comisura labial: al sonreír o enseñar los dientes, se produce una mueca que intensifica la desviación de la comisura bucal al lado sano.
- Sensibilidad: depende del trigémino, V par craneal que inerva distintos territorios. Se exploran simultáneamente ambos lados, para que el paciente pueda diferenciar la sensibilidad. Ésta puede estar totalmente abolida o disminuida, y también es posible observar zonas sensibles y otras no.
- El resto de la exploración neurológica debe ser normal en la parálisis de Bell.
- Pueden encontrarse sincinecias.

### 6.2.2 Diagnóstico diferencial:

Si la parálisis ha sido progresiva a lo largo de varias semanas si se ha precedido de espasmos o si afecta selectivamente a una sola rama debemos sospechar desde el principio patología tumoral.

- Síntomas y signos indicativos de una posible patología adicional (anexo 2)
- Frente intacta.
- Miosis. Pérdida de sensibilidad corneal.
- Lagrimeo sólo en lado no afectado.
- Pérdida de la sensibilidad de la cara.
- Desviación de la lengua.

Debe ser valorada de nuevo en tres o como máximo 6 semanas para ver si se ha resuelto, en caso negativo se debe descartar causas secundarias.





### 6.3 Exámenes auxiliares

#### 6.3.1 Pruebas de laboratorio:

Su contribución es indirecta, los análisis hematológicos, bioquímicos y reactantes de fase aguda se encuentran generalmente dentro de los límites de la normalidad. Se solicitara exámenes de: Hemoglobina, perfil lipídico y glucosa en sangre, para detectar y corregir desordenes metabolicos que puedan interferir en la recuperación del paciente.

#### 6.3.2 Estudios de imagen

Las técnicas radiológicas (TAC, RMN) están indicadas para excluir causas no idiopáticas de una parálisis facial, ante paciente con otorrea, sordera, tinnitus y/o si se encuentran anomalías neurológicas asociadas o se sospecha malignidad. Puesto que el diagnóstico de parálisis facial periférica es clínico, pocas veces necesitaremos realizar pruebas complementarias de Urgencia.

a) TAC. Resolución de alto contraste, pudiendo hacer secciones de 1 mm. de espesor. Dado lo complicado del recorrido del NF intrapetroso, son necesarias varias posiciones de corte.

- o Demostración simultanea de densidad ósea, tejidos blandos y aire. Al explorar el NF por TAC, sólo se observa el canal óseo que le contiene y las posibles lesiones que repercuten sobre él.

En general, la TAC es de elección en los pacientes que tengan sordera de conducción pues las imágenes óseas del temporal son superiores a las obtenidas con RM, si bien ésta es de elección en pacientes con pérdida de audición sensorial en los que se precisan imágenes óptimas del tallo cerebral, ángulo cerebelopontino y segmentos intracanaliculares del VII y VIII nervios craneales.

b) RMN. Constituye el mejor procedimiento para la visualización de tronco encéfalo, ángulo ponto-cerebeloso, cisterna perimesencefálica y segmentos intracanaliculares del VII y VIII par. Se puede combinar con medios de contraste paramagnéticos como el galodinio, evitando así la necesidad de realizar una cisternografía.

RM cerebral no se indican en forma rutinaria, pero si se realiza, la alteración más común que se observa un realce de contraste de la los segmentos distales intracanalicular y laberíntica del nervio facial, el ganglio geniculado, así como la parte proximal y distal porciones timpánica y mastoidea del nervio facial.

#### 6.3.3 Estudios electrofisiologicos

a. **Electroneurografia.** Utiliza estímulo eléctrico para medir la amplitud del potencial de acción compuesto de los músculos faciales. El grado de compromiso neuronal puede determinarse comparando el lado paralizado con el lado normal. Después de la compresión del nervio facial o sección completa por un traumatismo, una degeneración axonal no es evidente en los primeros días. Así, la prueba eléctrica no debe realizarse hasta tres días después del inicio de la parálisis completa.

Entre los pacientes que no tienen el 90 por ciento de la degeneración en las tres primeras semanas, del 80 al 100 por ciento tienen una recuperación funcional excelente. Entre los pacientes que tienen el 90 por ciento o más de la degeneración en las tres primeras semanas, sólo el 50 por ciento tienen una buena recuperación en la función facial. La tasa de degeneración también predice el pronóstico, por ejemplo, los pacientes con degeneración del 90 por ciento en el día 5 tienen un peor pronóstico que aquellos con degeneración del 90 por ciento en el día 14. Electroneurografía es más útil cuando se realiza dentro de las dos semanas posteriores de una pérdida completa de la función facial voluntaria.

La ENG supone el estudio de la conducción del nervio. Informa el estudio funcional del número de axones y de la integridad de sus envolturas. Las lesiones del nervio facial siguen el criterio de lesión de cualquier nervio periférico, pudiendo determinar tres tipos de lesión:

Bloqueo de la conducción nerviosa (neuroapraxia).

Lesión axonal y/o vaina de mielina (axontmesis).

Perdida de continuidad o sección nerviosa (neurotmesis).

La ENG del nervio facial se realiza con un estímulo único en el territorio más cercano al agujero estilomastotideo, con registro del músculos faciales con electrodos de superficie. La exploración se lleva a cabo en el lado de la lesión como en el contralateral.

Con la ENG se valoran los siguientes parámetros del potencial evocado motor: la Amplitud en milivoltios (medida desde el pico positivo hasta el pico negativo).

La Latencia en milisegundos (tiempo de aparición después de realizar el estímulo eléctrico).

**b.- Electromiografía (EMG):** Consiste en registrar la actividad eléctrica del músculo mediante la aplicación de electrodos de aguja y determina la actividad intrínseca del mismo. Se valoran básicamente dos parámetros:

La Actividad de Reposo (o actividad espontánea):

El patrón voluntario.

Una vez ha ocurrido la denervación, el músculo se torna hiperirritable, emitiendo potenciales eléctricos espontáneos (fibrilaciones, ondas positivas), o como resultado del estímulo ocasionado por la inserción del electrodo de aguja.

Aunque este periodo de tiempo es una limitante importante para el uso de este método, representa una de las pruebas más confiables de la degeneración axonal. Cuando la unidad motora se halla íntegra, se puede lograr un potencial de unidad motora con el movimiento voluntario y es un buen índice pronóstico. La reaparición de potenciales de unidad motora, después de 3 a 4 meses de ocurrida la denervación del nervio, es uno de los primeros signos de reinervación (potenciales de reinervación) y aparecen en uno a dos meses antes de que el movimiento voluntario se torne perceptible.

#### 6.4 Manejo según nivel de complejidad y capacidad resolutive

Tratamiento médico rehabilitador

Las prioridades de la rehabilitación en la parálisis de Bell son el control del dolor, la preservación de la visión, la mejora de la función facial, y la restauración de la apariencia exterior.

##### 6.4.1 Medidas generales y preventivas:

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



Dr. BEJAR V

### 6.4.2 Terapéutica

#### a) 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:** Se recomienda el uso de gafas 100/100 UVA UVB, que protejan lateralmente los ojos para evitar el polvo, el viento y la luminosidad 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 oclusor 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.

#### b) Tratamiento fisioterapéutico:

##### Calor local

El calor sirve para mantener y conservar la vascularización y los intercambios celulares a nivel muscular, hasta que llegue el impulso nervioso. En realidad, la vascularización sigue estando presente, pero como durante la fase flácida los músculos son inoperantes, es menos activa. Durante las fases de recuperación, el calor ayuda a evacuar los ácidos lácticos, y durante las fases de hipertonías y sincinesias, sirve para relajar los músculos y por lo tanto para preparar los estiramientos musculares. (7)

En general, se recomienda compresa húmeda-caliente (a temperatura de 52° C, sin riesgo de quemar una piel de sensibilidad normal) por 10 minutos a hemicara afectada.

Por otra parte, la aplicación de calor sobre el ojo, la sien y el cuello está contraindicada por motivos de tipo vascular.

### 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. (7)

### Re educación muscular supervisada (8)

El número de sesiones no puede determinarse por anticipado, sino que depende de la recuperación. La frecuencia de las sesiones suele ser mensual durante 3 meses, y más tarde, cada 3 meses, hasta conseguir un equilibrio facial que sea reconocido tanto por el paciente como por el terapeuta. En general, este equilibrio es reconocido por los demás pero no es admitido de la misma manera por el paciente, quien nota el desfase de velocidad entre el lado enfermo y el lado sano. La primera sesión es larga; es preciso prever 1 hora.

*Re educación muscular frente al espejo:* Es la piedra angular del tratamiento rehabilitador, 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.

**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.

**b) 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.

**c) 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 orbiculares. 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



Dr. R. ALCALÁ R.

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.



Dr. R. Alcalá R.

- d) **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.

#### **Uso de ayudas técnicas (8)**

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 (8)**

Que se realizará a los 14 días para clasificar la funcionalidad. Ante mejoría ostensible que ubique al paciente en grados I a III de House-Brackmann (Anexo 3), 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 reenvío a la especialidad correspondiente.

#### **c) Tratamiento Farmacológico:**

La parálisis facial idiopática o de Bell inicialmente tiene siempre un tratamiento médico. Dado que espontáneamente un 71% de los pacientes se recuperan por completo de las secuelas, en un 13% persisten secuelas leves y sólo un 16% presentan secuelas moderadas o severas (9, 10), el tratamiento médico está orientado a reducir el número e intensidad de los casos con secuelas.

- **Corticosteroides:** 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. 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 (11,13,14). También se

puede utilizar Deflazacor a 60 mg. con dosis decreciente por tres semanas. 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.

- **Aciclovir:** es útil en la parálisis de Bell e imprescindible en las producidas por afectación del ganglio geniculado por Virus Varicela Zoster. 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 (11,12,13,14). También pueden utilizarse el Famciclovir o Valaciclovir.
- **Vitamina B:** El empleo de vasodilatadores, complejos vitamínicos B, gangliósidos y otros productos no tienen un firme sustento experimental (15)..
- **Antibioticoterapia:** se impone ante otitis medias agudas, en las que es necesario combatir el proceso infeccioso (amoxicilina, amoxicilina con ácido clavulánico, azitromicina).

**c) 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.

**6.4.3 Efectos adversos y colaterales del tratamiento**

**6.4.5 Criterios de alta**

**6.4.6 Pronóstico**

Aproximadamente el 80% de las personas con experiencia en la parálisis de Bell es una resolución completa de los síntomas en unas pocas semanas a algunos meses después del inicio (NINDS). Algunos casos provocan efectos secundarios residuales y algunos cambios permanentes. Los procedimientos quirúrgicos para descomprimir el nervio facial no se ha demostrado que beneficie rutinariamente a individuos con parálisis de Bell. La parálisis de Bell no es la vida en peligro. El pronóstico está relacionado con la severidad de la lesión.

En general, el pronóstico es favorable si puede verse algún grado de recuperación dentro de las primeras tres semanas desde la instalación. Los factores de mal pronóstico son:(14)

- Debilidad facial completa
- Ausencia de recuperación clínica en 3 semanas.
- Edad mayor de 60 años.
- Dolor severo (salvo de oído).
- Síndrome de Ramsay Hunt.
- Condiciones asociadas: hipertension, diabetes, embarazo.
- EMG: degeneration severa del nervio facial.

En los primeros tres días, los estudios eléctricos no muestran cambios en la que participan los músculos faciales, mientras que una disminución constante en la actividad eléctrica se observa con frecuencia en los días 4 y 10. Cuando la excitación se mantiene, el 90 por ciento de la los pacientes se recuperan por completo, en ausencia de excitabilidad, sólo el 20 por ciento de los pacientes se recuperan completamente.

**XI.- Secuelas y complicaciones (anexo 5)**

Pueden aparecer en un 25% de las Paralisis de Bell. Pueden ser consideradas por el médico como un mal menor, pero no son aceptadas así por el paciente. Estas



pueden ser neurofisiológicas y psicosociales. Su aparición va a depender fundamentalmente de dos factores:

- La etiología del proceso, que va a determinar la evolución y posibles complicaciones del mismo. Es por ello importante ante una Parálisis facial plantearse un diagnóstico etiológico desde su inicio, aunque la evolución de la PF nos parezca que va a ser benigna.
- Propios del enfermo:
  - Edad: muchos autores coinciden en que, independientemente de la etiología del proceso, el factor edad es fundamental, siendo los sujetos de edad más avanzada los que tienen mayores complicaciones, quizás debido a la mayor fragilidad del sistema nervioso y vascular.
  - Rapidez en acudir al médico: la rapidez en la instauración del tratamiento médico va a influir en la evolución y por tanto en la aparición o no de complicaciones.



La información al paciente ha de ser muy clara en lo referente a: evolución natural, posibilidades terapéuticas, frecuencia y tipo de secuelas que pueden quedarle, no debiendo aventurar, a la ligera, pronósticos imposibles.

Las secuelas no pueden considerarse como tales antes de los 6-7 meses de evolución.

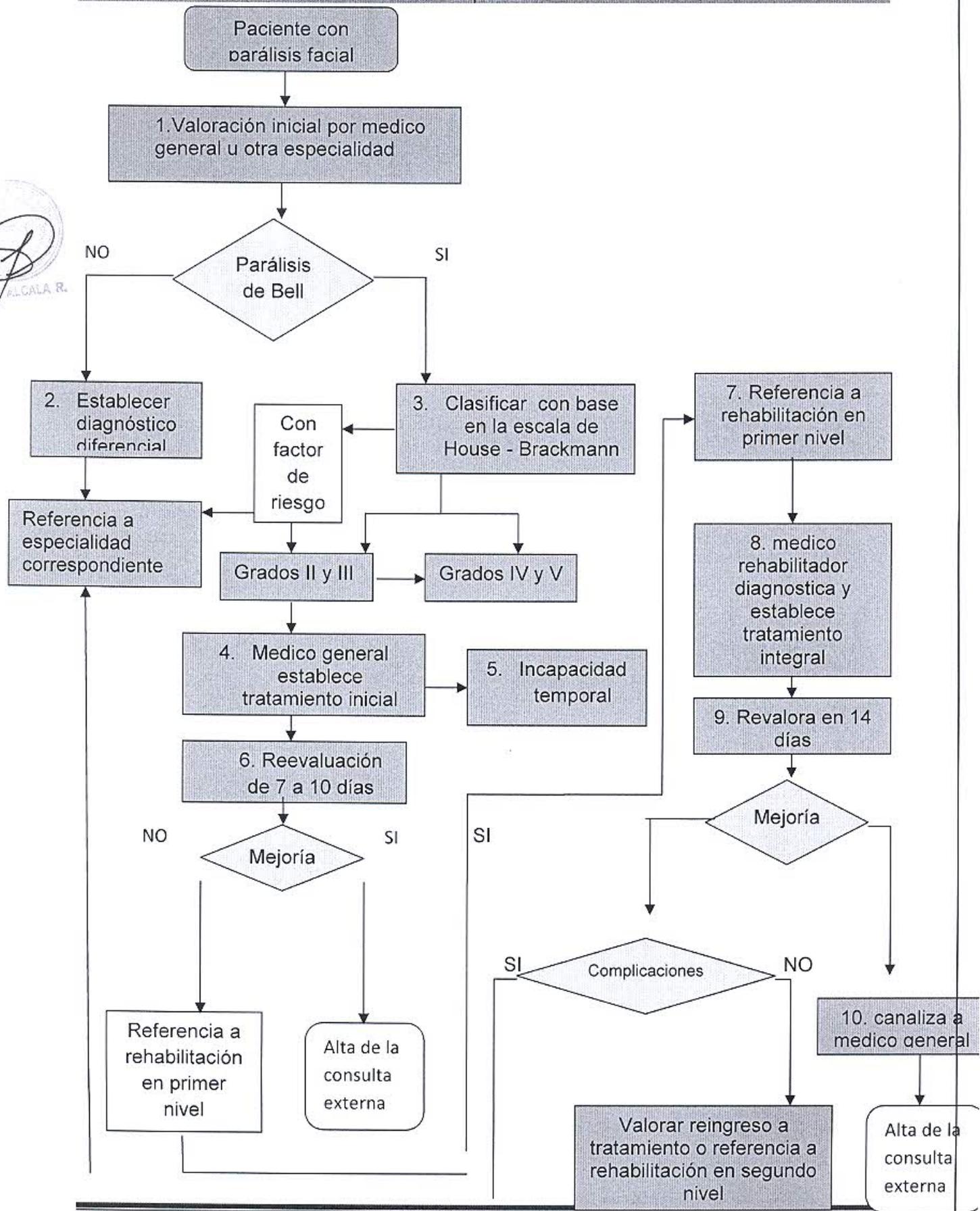
Retorno incompleto de la función motora facial, sincinesia, contractura tónica o espasmo hemifacial postparalítico y el síndrome de lagrimas de cocodrilo son secuelas a largo plazo en algunos pacientes. Estas secuelas son predicho por la falta de mejoría clínica a principios de completa parálisis facial y por los resultados de Electroneurografía, tales las pruebas pueden ser clínicamente útil en pacientes con parálisis completa.

En cuanto a las complicaciones las más frecuente son las oftalmológicas

## XII. Fluxograma/algoritmo

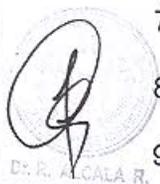
algoritmo. diagnóstico, terapéutica y criterios de referencia en parálisis facial periférica idiopática

Dr. ALCALA R.



## XI.- Referencias bibliográficas

1. Bell's Palsy. Donald H. Gilden, M.D. The New England journal of medicine. 2004;351:1323-31.
2. "NINDS Parálisis de Bell Página de información". Instituto Nacional de Trastornos Neurológicos y Accidentes Cerebrovasculares. National Institutes of Health (NIH). 24 de septiembre 2004.
3. Parálisis facial periférica. Javier Caballero, Marisol Chacon, Revista Papeña de Medicina Familiar. 2008; 5(8): 126-134
4. ~~Familial idiopathic facial palsy. Doner F, Kuttuhan S. Archives Europeos de Otorrinolaringología. 2000;257:117-9.~~
5. Bell's palsy. A diagnosis exclusion. Petruzzelli CI, Hirsch 1991;90(2): 115—127.
7. Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas. Anne M. Chevalier Enciclopedia medico quirúrgica. 2006: 7-15.
8. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. Cecilia Gámez, Juan M. Guzmán. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 425-436
9. Parálisis Facial Periférica. Hector Rondón. Anales Otorrinolaringológicos del Perú. 1999; Vol. 7 N 2: 119-136.
10. Parálisis Facial Periférica. R. Ferreira, R. Vuono, "Manual de Urgencias en Otorrinolaringología 115-135.
11. Early treatment with Prednisolone or Acyclovir in Bell's Palsy. Sullivan FM, Swan IRC, Donnan PT, et al. The New England journal of medicine 2007;357:1598-607.
12. Press Facial motor cortex plasticity in patients with unilateral peripheral facial paralysis. Yildiza,c, F. Bademkirana, N. NeuroRehabilitation 22 (2007) 133–140.
13. Practice parameter: steroids, acyclovir, and surgery for bell's palsy (an evidence-based review). Patrick M. Grogan, Gary S. Gronseth, American Academy of Neurology evidence-based review): Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 2001;56;830-836.
14. Recent developments in Bell's palsy. N Julian Holland, Graeme M Weiner British Medical Journal. 2004;329:553–7
15. Corticosteroid Treatment for Idiopathic Facial Nerve Paralysis: A Meta-analysis, Ramsey MJ, Der Simonian R, Holtel MR. The Laryngoscope 2000; 110: 335-341





Dr. Fernando Urcia F.

## XII.- ANEXOS

**Anexo N° 1:**

Exploración de la parálisis facial

**Anexo N° 2:**

Síntomas y signos indicativos de una posible patología adicional

**Anexo N° 3:**

Clasificación de acuerdo con los criterios de House-Brackmann

**Anexo N° 4:**

Secuelas y complicaciones de la parálisis de Bell

**Anexo N° 5**

Secuelas y complicaciones de la parálisis facial

Dr. R. ALBALA R.

## ANEXO N° 1 EXPLORACION DE LA PARALISIS FACIAL

### a) Examen para diferenciar parálisis central de periférica:

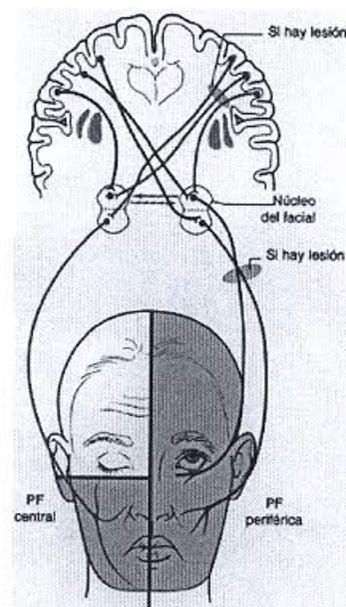


El examinador ordena: "Muéstrame los dientes".

En el grafico A se observa que no hay borramiento de surcos frontales y puede cerrar los ojos, lo que indica que tiene debilidad facial central pues los músculos faciales superiores bilateral están intactos.

La mujer en el Grupo B no tiene surcos en el lado derecho de la frente, y el ojo derecho está más abierto, por tanto tiene debilidad de los músculos faciales superiores; por lo que se puede concluir que tiene debilidad facial periférica causada por una lesión del nervio facial o en el puente.

El hombre en Grupo C tiene derecho el espasmo hemifacial, que puede desarrollarse no sólo después de la parálisis facial periférica, sino también con cualquier lesión ocupante de espacio (por ejemplo, un tumor o una arteria ectásicos) que irritan el nervio facial. El espasmo hemifacial produce la contracción de sus músculos orbicular de los párpados, con cierre de los ojos y la retracción de los músculos de la cara inferior derecha.



Exploración durante la oclusión palpebral. PF: parálisis facial.

### ANEXO N° 3



Dr. Fernando Urcía

#### SÍNTOMAS Y SIGNOS INDICATIVOS DE UNA POSIBLE PATOLOGÍA ADICIONAL

- Otagia
- Pérdida de la audición
- Dolor o parestesias
- Anormalidades en la otoscopia
- Neuropatías craneales asociadas
- Hipertensión
- Adenomegalias, palidez o hematomas
- Vesículas en el conducto auditivo o paladar blando
- Compromiso de una sola rama
- Progresión de la parálisis gradual (mayor de 3 semanas)
- Recurrencia
- Edema mastoideo

### ANEXO 4

#### ETIOLOGÍA DE LAS PARÁLISIS FACIALES PERIFÉRICAS

##### Intracraneales

- Tumores del ángulo pontocerebeloso
  - Neurinoma del acústico.
  - Neurinoma del facial.
  - Meningioma.
  - Hemangioma.
- Yatrogenia.
  - Cirugía de tumores del ángulo pontocerebeloso.
  - Cirugía del vértigo (neurectomía vestibular).

##### Intratemporales:

- Otitis:
  - Media aguda. Media crónica. Externa maligna.
- Traumatismos (fracturas del hueso temporal).
- Yatrogenia(otocirugía).
- Sdr. Ransay Hunt.
- Parálisis de Bell.
- Tumores.

##### Extratemporales:

- Traumatismos.
- Tumores(parótida).
- Yatrogenia (cirugía de parótida).

##### Otras:

- Sdr. Melkersson-Rosenthal.
- Sarcoidosis.
- Sdr. Guillain Barré.
- Sdr. Mobius.
- Sífilis.
- Tuberculosis.
- Mononucleosis.
- Enfermedad de Lyme.

## ANEXO 5 SECUELAS Y COMPLICACIONES DE LA PARÁLISIS FACIAL

### **PARÁLISIS FACIAL COMPLETA**

No es la PFI la que con más frecuencia deja esta secuela, sino que es más frecuente encontrarla en las traumáticas, iatrógenas postquirúrgicas, neonatales y congénitas. Es el resultado de una ausencia total de reinervación.

El cuadro clínico es el de una parálisis flácida completa: rostro inmóvil, asimétrico y mudo ante las emociones.

Puede conllevar además alteraciones de la fonación y deglución y siempre consecuencias psicológicas.

Se ha de valorar edad, sexo, profesión y grado de afectación psicológica en el momento de decidir una cirugía como tratamiento paliativo de esta desgracia.

### **PARALISIS FACIAL PARCIAL**

Es la secuela más frecuente, en especial los déficits de la musculatura inervada por el facial inferior, pudiendo ser el grado de paresia residual muy variable. Es el resultado de una reinervación incompleta tras una lesión axonal.

Se acentúan si existe una retracción muscular asociada y pueden no notarse más que al realizar los movimientos de la expresión.

Si la situación es aceptada por el paciente, la abstención de toda actitud quirúrgica será la norma a seguir.

### **CONTRACTURA Y RETRACCION HEMIFACIAL PERMANENTE**

Es la contractura difusa y permanente en reposo de los músculos faciales del lado afecto que se va instaurando de forma progresiva. Es debida a que los músculos paralizados se reinervan, quedando en un estado de contractura permanente. También puede influir la retracción muscular consecutiva a la atrofia. El área más frecuentemente afectada es el surco nasolabial y le sigue en frecuencia la hendidura palpebral.

Su grado es variable, desde discreta a grandes deformidades faciales, pudiendo verse agravada por espasmos localizados de un determinado grupo muscular. La consecuencia estética es que en el lado afecto las arrugas frontales están más marcadas, la hendidura palpebral es menor y el surco nasogeniano es más notable, etc.

Esta complicación es relativamente frecuente, incluso en casos de recuperación importante del funcionalismo facial.

Dependiendo de su importancia puede plantearse el tratamiento quirúrgico paliativo.

Recientemente se están utilizando inyecciones locales de toxina botulínica, que al producir un cierto grado de paresia, reduce el grado de contracción de los músculos hipertónicos, disminuyendo la asimetría facial.

### **ESPASMO HEMIFACIAL POSTPARALITICO**

El espasmo hemifacial postparalítico es una contracción espástica involuntaria de toda la hemicara afecta o de algunos grupos musculares de la misma. Puede provocarse al querer hacer un movimiento voluntario de la cara, bien de forma automática o refleja.

Su fisiopatología es la misma que la de las sincinesias, siendo ambas fruto de una reinervación anormal: alteración direccional en la regeneración axonal.

El tratamiento quirúrgico de esta complicación son las neurectomías selectivas, practicadas sobre las ramificaciones periféricas faciales del nervio.

### **SINCINESIAS**

Consiste en la pérdida del control voluntario de la contracción de los diversos grupos musculares de la cara, de tal forma, que la movilización de algún grupo muscular facial, produce contracción involuntaria de otros. Así por ejemplo; cuando el paciente cierra el ojo, puede elevarse la comisura labial y a la inversa. El fenómeno ocurre al querer contraer de forma voluntaria un determinado grupo muscular de la cara.



Dr. R. ALCALÁ R.

La fisiopatología de esta secuela se explica por dos fenómenos: Reinervación aberrante. Transmisión afásica de impulsos nerviosos: los axones no regenerados producen impulsos nerviosos que pueden estimular a axones próximos, que están regenerados o sanos, y estos transmitirían dichos impulsos a los músculos o glándulas terminales. Esta transmisión afásica o sinapsis artificial, según ha podido demostrarse experimentalmente, se produce en el lugar de la lesión.

Su incidencia se cifra como en un 20% de los casos de secuelas y en general, salvo excepciones, sólo aparecen en los casos de PF completa.

Aparecen a partir de los 4 a 6 meses del comienzo del proceso.

Es más frecuente su aparición en pacientes de edad avanzada.

Su tratamiento quirúrgico es decepcionante, teniendo que recurrir finalmente a una reeducación funcional mediante ejercicios delante del espejo. En el momento actual se ha comenzado a ensayar, en los casos de sincinesias importantes, las infiltraciones con toxina botulínica.

### LESIONES CORNEALES

El estado de desecación corneal y la ausencia de reflejo del parpadeo suponen una de desprotección corneal que se ha de tener muy en cuenta a la hora del tratamiento para evitar lesiones de la misma. Las lesiones corneales que pueden producirse son irritación ocular, úlceras corneales y queratitis. Son de fácil prevención, pero sigue siendo frecuente su aparición.

A veces puede producirse una conjuntivitis bacteriana, debido a sobreinfección por tocarse el ojo indefenso con los dedos poco limpios. Se tratará con colirios antibióticos.

Si el caso lo requiere no dudar en consultar al Oftalmólogo.

### SÍNDROME DE LAS LAGRIMAS DE COCODRILO

Consiste en el lagrimeo unilateral durante la ingestión de alimentos. Se la denomina así recordando que estos reptiles lloran cuando devoran sus presas.

Su frecuencia de aparición es muy baja.

Etiología: aparece como secuela de una PF del tipo que sea: idiopática, traumática etc., soliendo estar acompañada de otras complicaciones como las sincinesias y el hemiespasmio.

Se produce por el mismo mecanismo que las sincinesias: regeneración de fibras parasimpáticas destinadas a la secreción salivar por túbulos endonueróticos propios de fibras destinadas a la secreción lagrimal.

El estímulo gustativo es el desencadenante del reflejo.

Es curioso que estos enfermos no derraman lágrimas por el ojo del lado lesionado cuando el llanto es de origen afectivo.

No ha de confundirse este síndrome con la lagrimación que puede aparecer tras la exposición al frío o al viento, producida por rebosamiento y debida a la parálisis de los músculos palpebrales.

Tratamiento: se han propuesto diversos métodos para bloquear la secreción lagrimal: bloqueo del ganglio esfenopalatino, sección del nervio petroso superficial mayor, sección del vidiano y resección subtotal del lóbulo palpebral de la glándula lagrimal.

### SECUELAS PSICOLÓGICAS

La tolerancia de los pacientes a sus secuelas es variable: algunos apenas les conceden importancia, mientras que otros se consideran mutilados y llegan a presentar problemas psiquiátricos de ansiedad y depresión. Al paciente se le ha de explicar que una secuela no constituye una enfermedad y que los defectos que presentan son solamente estéticos. Algunos pacientes precisan de apoyo psicoterapéutico.