Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Parálisis facial periférica

Elaborado por:
Médicos Especialistas en Medicina Física y Rehabilitación

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. 125

Guía de práctica clínica basada en evidencia (GPC-BE) No. 125

“Parálisis Facial Periférica”

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de elaboración de guías
de práctica clínica basadas en evidencia

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)

Subgerencia de prestaciones en salud

Comisión de elaboración de guías de práctica clínica basadas en evidencia (GPC-BE)

GPC-BE # 125 "Guía de Parálisis Facial Periférica"

Edición 2021; XXI, págs. 35

IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud –IGSS–

Providencia No. 3085 del 23 de febrero de 2021

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión de elaboración de

Guías de práctica clínica basadas en evidencia;

Subgerencia de Prestaciones en Salud.

IGSS-Guatemala 2021

Derechos reservados-IGSS-2021

Se autoriza la reproducción parcial o total de este documento por cualquier medio, siempre que su propósito sea para fines docentes y sin finalidad de lucro a todas las instituciones del sector salud, públicas o privadas.

Doctora Ana Marilyn Ortíz Ruíz de Juárez
Gerente

Doctor Arturo Ernesto García Aquino
Subgerente de Prestaciones en Salud

Grupo de desarrollo

Dr. Alfredo Hamilton González Sinto (Coordinador)
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Rehabilitación

Dra. Ana Beatriz Quevedo Galindo
(Sub Coordinadora)
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Rehabilitación

Dra. María Gabriela Mazariegos Enríquez
Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Rehabilitación

Dr. Jhonathán David Pablo Chojolán López
Médico Residente III Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Rehabilitación

Dra. Arleny Yanet Gómez Bámaca
Médico Residente II Medicina Física y Rehabilitación
Hospital de Rehabilitación

Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Msc. Dr. Edwin Leslie Cambranes Morales
Encargado del Departamento de Medicina Preventiva
Departamento de Medicina Preventiva

Msc. María Eugenia Cabrera Escobar
Encargada de la Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dr. Edgar Campos Reyes
Comisión Central de Desarrollo de GPC- BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda
Comisión Central de Desarrollo de GPC-BE
Subgerencia de Prestaciones en Salud

Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible **-la evidencia-**, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de evidencia*

Grado de recomendación	Nivel de evidencia	Fuente
A	**1ª**	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios.
	1b	Ensayo clínico aleatorio individual.
	1c	Eficacia demostrada por los estudios de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**)
B	**2ª**	Revisión sistemática de estudios de cohortes.
	2b	Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad.
	2c	Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos.
	3ª	Revisión sistémica de estudios caso-control, con homogeneidad.
	3b	Estudios de caso control individuales.
C	**4**	Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad.
D	**5**	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

*** Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales.(Tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendación favorable.
C	Recomendación favorable, pero no concluyente.
D	Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.
√	Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda.

Fuente: Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las **guías de práctica clínica basadas en evidencia,** son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios, los cuales sustentan el grado de recomendación de buena práctica clínica,

que se anota en el lado derecho del texto A (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnóstico y terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por las siglas en inglés de Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **"los elementos esenciales de las buenas guías",** incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el IGSS, el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de tomar decisiones clínicas. En una guía de práctica clínica (GPC) no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales -especialistas y médicos residentes- que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión para la elaboración de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de prestaciones en salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y

recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

Comisión de guías de práctica clínica, IGSS, Guatemala, 2021

Abreviaturas

DM: Diabetes Mellitus

EMG: Electromiografía

HTA: Hipertensión Arterial

NC: Neuroconducción

NC VII: Nervio Craneal VII (Facial)

NNT: Número de pacientes a tratar

PFP: Parálisis Facial Periférica

SNC: Sistema Nervioso Central

VHS: Virus Herpes Simple

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

Índice

1. Introducción 1
2. Objetivos 3
3. Metodología 5
4. Contenido 9
   - 4.1 Anatomía 9
   - 4.2 Definición 11
   - 4.3 Epidemiología 12
   - 4.4 Historia natural 15
   - 4.5 Examen clínico y diagnóstico 16
   - 4.6 Clasificación 17
   - 4.7 Estudios complementarios 20
   - 4.8 Tratamiento 20
   - 4.9 Pronóstico de recuperación de la PFP 23
5. Anexo 25
6 Glosario 31
7 Referencias bibliográficas 33

1. Introducción

La PFP también conocida como parálisis de Bell, es producida por una afección del nervio facial o NC VII, el cual se encarga de la inervación de los músculos de la expresión facial. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

Esta afección puede ser unilateral o bilateral. Se denomina completa si abarca toda la musculatura del lado afecto o parcial si solo afecta a un grupo muscular. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

Afecta por igual a hombres y mujeres, entre los 20 y 59 años, con predominio en la cuarta década de la vida. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

Principalmente de causalidad idiopática, siendo común que se desarrolle ante la exposición a cambios climáticos. Otras causas que aumentan la incidencia son las enfermedades crónicas como HTA, DM y sujetos en estado de inmunosupresión. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011) (Liam Masterson, 2015)

Entre la sintomatología que presenta se encuentra: Otalgia, entumecimiento facial, trastornos del gusto, disminución de la sensibilidad lingual y paresia progresiva, la cual evoluciona a parálisis dentro los primeros cinco días. Los hallazgos clínicos incluyen

imposibilidad para cerrar el ojo, borramiento del surco nasolabial y de los pliegues frontales, desviación de la comisura labial hacia el lado no afecto y signo de Bell; estos hallazgos suelen aparecer en un periodo de tres días a una semana; si se presenta una progresión de más de dos semanas se debe sospechar de otra patología. (Dra. Susana Benítez S., 2016) (José Antonio García Piña, 2011) (Lizano Barrantes C., 2012)

El tratamiento se inicia con corticosteroides, teniendo mayor evidencia el uso de prednisona, además incluye protección ocular, hasta que el paciente logre una oclusión ocular normal, para evitar úlceras corneales. Otros medicamentos de utilidad de la PFP incluyen los antivirales cuando es producida por virus como varicela zoster. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

Como adyuvante a la recuperación de la PFP se cuenta con el tratamiento rehabilitativo, el cual incluye ejercicios faciales, métodos de biofeedback y terapia en casa; este tratamiento debe ser prescrito por el Médico Fisiatra acorde a la clínica del paciente para evitar fatiga muscular y lograr los objetivos de recuperación. (Dra. Susana Benítez S., 2016)

2. Objetivos

General

Elaborar recomendaciones basadas en la evidencia científica disponible, con el fin de orientar a los profesionales de la salud en el proceso de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para la toma de decisiones a fin de intervenir adecuadamente en el paciente adulto con PFP.

Específicos

Identificar los signos y síntomas que orienten al diagnóstico de la PFP.

Determinar el tratamiento farmacológico y rehabilitativo más adecuado para el manejo del paciente con PFP.

Determinar el momento de referencia adecuado y oportuno al servicio de Medicina Física

Describir la evolución y pronóstico de recuperación de la PFP.

Establecer medidas preventivas útiles para modificar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente con PFP.

3. Metodología

Definición de preguntas

¿Cuáles son los signos y síntomas que orienten al diagnóstico de la PFP?

¿Cuál es el tratamiento farmacológico, medidas físicas y rehabilitadoras, más adecuadas para el manejo del paciente con PFP?

¿Cuál es el momento oportuno para referir al Servicio de Medicina Física?

¿Cuál es la evolución y pronóstico de recuperación de la PFP?

¿Cuáles son las medidas preventivas útiles para modificar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente?

Criterios de inclusión de los estudios

- Estudios analíticos longitudinales y transversales, de cohortes, casos y controles.
- Metanálisis, revisión bibliográfica, artículo de revisión, reunión multidisciplinaria de expertos, actualización basada en evidencia.
- Literatura en español e inglés.
- Publicaciones entre 2000 - 2018.

Criterios de exclusión de los estudios

- Estudios anteriores al año 2000.
- Conflicto de intereses por estudios realizados por casas farmacéuticas.
- Reportes de caso

Estrategia de búsqueda

Consultas en materiales electrónicos: ej.

- Google académico
- Guías de Práctica Clínica
- Revistas médico-científicas

Palabras clave: Parálisis Facial Periférica, Parálisis Facial, Parálisis del VII par, Nervio facial, House Brackmann

Población diana

- Pacientes adultos que asisten a las diferentes unidades de atención del IGSS.

Usuarios de la guía

- Profesionales médicos generales, especialistas y médicos residentes.

Implicaciones para la práctica

- Estandarización en el manejo del paciente con PFP en las distintas áreas de atención inicial y posterior referencia a las diferentes especialidades médicas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.
- Con base a la evidencia científica disponible actualmente, dar a conocer las distintas modalidades terapéuticas farmacológicas y rehabilitativas.

Limitaciones en la revisión de la literatura

- Documentos en linea no accesibles por razones de costo.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante 2018- 2020
Revisión 2021
Publicación año 2021

4. Contenido

4.1 Anatomía

El NC VII posee una raíz motora y una sensitiva/ parasimpática (esta última es el nervio intermediario). La raíz motora del NC VII, inerva los músculos de la expresión facial, incluidos los músculos platisma, músculos auriculares del cuero cabelludo. Después de seguir un circuito a través del hueso temporal el NC VII sale del cráneo por el agujero estilomastoideo (entre la apófisis estiloides y mastoides). Su tronco principal queda englobado en la glándula parótida, formando el plexo parotídeo, que da lugar a las 5 ramas terminales: (Keith L. Moore, 2013)

- Ramo Temporal: Inerva el músculo auricular superior, auricular anterior, occipitofrontal y el orbicular del ojo. (Keith L. Moore, 2013)
- Ramo Cigomático: Inerva parte inferior del orbicular del ojo, y músculos de la cara inferior de la órbita. (Keith L. Moore, 2013)
- Ramo Bucal: Inerva al buccinador y músculos del labio superior. Fibras inferiores del elevador del labio superior. (Keith L. Moore, 2013)
- Ramo Marginal de la mandíbula: Inerva al músculo risorio, y músculos del labio inferior y del mentón. (Keith L. Moore, 2013)
- Ramo Cervical: Inerva al platisma (Keith L. Moore, 2013)

Tabla 3. Anatomia del NC VII

Componente	Localización de los Cuerpos neuronales	Salida del Cráneo	Acción(es) principal(les)
Motor Somático (branquial)	Puente	Conducto auditivo Interno; conducto del nervio facial; agujero estilomastoideo	Motor para los músculos de la expresión facial y el cuero cabelludo.
Sensitivo especial	Ganglio Geniculado		Gusto dos tercios anterior de la lengua y paladar.
Motor Visceral	Presinápticos: puente Postsinápticos: ganglio pterigopalatino, ganglio submandibular		Inervación parasimpática para las glándulas salivares submandibular y sublingual, glándula lagrimal y glándulas nasales y palatinas.

Fuente: Keith L. Moore, 2013, modificado por grupo de desarrollo.

4.2 Definición

El NC VII es el que más se lesiona de todos los pares craneales causando el trastorno neuromuscular llamado parálisis facial. La lesión del NC VII impide el movimiento normal de diferentes músculos como: frente, párpados y boca; así como, la expresión de las emociones. La parálisis de los músculos faciales causa asimetría, ocasionando problemas psicológicos y emocionales. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

Los tipos de parálisis facial son central y periférica. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

La parálisis facial central es causada por afección de la neurona motora superior y se acompaña con frecuencia de hemiplejia del mismo lado de la lesión, afectando al movimiento voluntario de la parte inferior de la cara, pero no a los músculos frontal y orbicular de los párpados. Además, suelen ser normales los movimientos faciales reactivos a emociones. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

La PFP también es conocida como Parálisis de Bell, de neurona motora inferior o parálisis idiopática. Es originada por una afección aguda del NC VII a nivel periférico; origina pérdida del movimiento voluntario en todos los músculos faciales del lado afectado y es la más común de las parálisis. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

La PFP puede ser unilateral o bilateral, completa si abarca todos los músculos del lado afectado, o parcial si solo afecta a un grupo de ellos. La forma de parálisis más común es unilateral, afectando la

hemicara ipsilateral del nervio lesionado. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011)

4.3 Epidemiología

El cuadro de PFP afecta de 20 a 30 personas por 100,000 al año y se estima que 1 de cada 60 personas se verán afectadas a lo largo de su vida. (John R. de Almeida MD MSc, 2014)

Se han identificado picos de mayor incidencia entre las edades de 20 a 29 años y entre los 50 a 59. Afecta de igual forma a hombres y mujeres, sin embargo la mujer en edad reproductiva es afectada de dos a cuatro veces más que el hombre de la misma edad. La mujer embarazada tiene 3.3 veces más riesgo de desarrollar el cuadro que la que no lo está y ocurre con mayor frecuencia en el último trimestre de embarazo (tres veces el riesgo inicial). (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011) (Liam Masterson, 2015)

Es más común que se desarrolle durante el invierno, debido a que los cambios de temperatura pueden afectar el sistema inmune haciéndolo más vulnerable a padecimientos víricos e infecciosos. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011) (Liam Masterson, 2015)

La incidencia aumenta cuando se presenta HTA, así como altos niveles de colesterol. 0.4 a 2.5% los cuadros de PFP se asocian a DM, mientras otros informes la asocian hasta con 10% de los casos. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011) (Liam Masterson, 2015)

En diversos estudios se registran recidivas entre 4 a 14% de los pacientes,encontrando mayor asociación de PFPrecidivante con HTA que con DM; pero sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa. (Carmen Alicia Aboytes-Meléndez, 2006)

La etiología de la PFP es identificada solo en un 20% de los casos. Dentro de las causas adquiridas se encuentran las idiopáticas, traumáticas, tumorales, infecciosas, tóxicas, iatrogénicas, neurológicas, vasculares y metabólicas. También se puede presentar la PFPen el curso de una otitis media aguda o de una otitis media crónica, colesteatomatosa complicada. Otra entidad que puede generar PFP es la otitis externa maligna. (John R. de Almeida MD MSc, 2014) (Evangelina Pérez Chávez, 2004) (Dra. Susana Benítez S., 2016) (Rondón, 2009)

Se cree que la causa principal de la PFP es una infección del NC VII por el virus VHS, con mayor asociación al serotipo I. (John R. de Almeida MD MSc, 2014) (Evangelina Pérez Chávez, 2004) (Dra. Susana Benítez S., 2016) (Rondón, 2009)

Se estima que el Síndrome de Ramsay Hunt, supone entre el 7 a 16% del total de las PFP unilaterales no traumáticas, con una incidencia similar en adultos y en niños mayores de seis años. Cursa con una erupción herpética en el meato y conducto auditivo externo, y una PFP homolateral, generalmente severa y a veces irreversible. (Rondón, 2009) (A. Martínez Oviedo, 2007)

Los sujetos inmunodeprimidos están particularmente expuestos a desarrollar esta enfermedad,

especialmente los que reciben un tratamiento inmunosupresor, individuos infectados por el virus VIH y los portadores de enfermedades malignas hematológicas. (Rondón, 2009) (A. Martínez Oviedo, 2007)

La siguiente causa más común de PFP es el trauma (accidental o quirúrgico). El traumatismo accidental incluye cualquier mecanismo agudo o contundente de lesión, como laceración facial, puñalada o fractura del hueso temporal. (Liam Masterson, 2015)

Las infecciones bacterianas son responsables de 1 a 4% de los casos nuevos de PFP de la neurona motora inferior. Más del 95% de estos casos se observan en personas mayores (> 65 años), personas inmunocomprometidas y personas con DM mal controlada. La condición está asociada con la infección por Pseudomonas aeruginosa. La enfermedad de Lyme puede resultar en la parálisis del nervio facial en uno de cada 10 pacientes seropositivos. (Liam Masterson, 2015)

Según datos proporcionados por el informe oficial de estadística del Sistema Integral de Información del Departamento de Subgerencia, Planificación y Desarrollo del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. En el Hospital de Rehabilitación se atendió durante los años 2016-2018 un total de 32,025 pacientes, de los cuales 1,723 (5.38%) tenían diagnóstico de PFP; se observó mayor frecuencia entre las edades de 20-30 años, con aumento de incidencia gradual cada año.

4.4 Historia natural

La PFP se caracteriza por síntomas iniciales de infección viral en el 60% de los pacientes. Estos se acompañan de otalgia, entumecimiento facial, trastornos del gusto y disminución de la sensibilidad lingual (2/3 anteriores). Típicamente el paciente describe la instauración brusca de una paresia progresiva que resulta en parálisis entre 1 y 5 días después. (Dra. Susana Benítez S., 2016) (José Antonio García Piña, 2011) (Lizano Barrantes C., 2012)

Se debe prestar atención al oído externo en búsqueda de vesículas o costras que indiquen herpes zoster (Síndrome de Ramsay Hunt) y aumentos de volumen en la glándula parótida. (Dra. Susana Benítez S., 2016) (José Antonio García Piña, 2011) (Ausejo, 2016)

Es necesario considerar que las células del núcleo facial que inervan la mitad superior de la cara (músculo frontal y orbicular de los párpados) reciben fibras corticobulbares que se originan de ambos hemisferios cerebrales. Por lo tanto, una lesión unilateral en la corteza o en las fibras corticobulbares (SNC) por ejemplo: tumor cortical, infarto, lesión vascular o absceso, producirá parálisis facial contralateral de los músculos faciales inferiores sin afectar las secreciones lagrimales, el gusto y la contracción voluntaria de los músculos frontal y orbicular de los párpados. (Dra. Susana Benítez S., 2016) (José Antonio García Piña, 2011) (Ausejo, 2016)

4.5 Examen clínico y diagnóstico

Los hallazgos comunes incluyen inhabilidad para cerrar el ojo, desviación de la comisura bucal hacia el lado no afecto, desaparición del surco nasolabial y de los pliegues frontales. Los párpados no ocluirán y al intentar hacerlo el ojo girará hacia arriba (Signo de Bell). Todos los síntomas aparecen dentro de tres días a una semana, una progresión lenta de más de dos semanas sugiere otro diagnóstico. (Dra. Susana Benítez S., 2016) (José Antonio García Piña, 2011) (Ausejo, 2016)

A la exploración física se encuentran además los siguientes datos clínicos:

1. Incremento de la apertura palpebral
2. Lagoftalmos
3. Ectropión
4. Descenso del ángulo de los labios (Dr. José Tomás Terán Loredo, 2008)

En cuanto a la evolución de los signos clínicos de la parálisis, aproximadamente el 85% de los pacientes comienza a demostrar algún grado de recuperación de los hallazgos clínicos faciales a las 3 semanas de establecida la parálisis, y van a tener una función normal o cercana a la normal al año de seguimiento. El 15% restante no va a mostrar ninguna mejoría hasta los 3 meses, y quedan con una debilidad residual unilateral y sincinesias deformantes o contracturas. Mientras más tiempo se tarde en recuperar la función facial, habrá más probabilidades de presentar

secuelas o fallos en la regeneración nerviosa. (S. Monini, 2016) (Salomé Ruiz Escusol, 2018).

4.6 Clasificación

La escala de House-Brackmann se puede utilizar para graduar la severidad a lo largo de la evolución con fines comparativos.

Tabla 4. Escala de House-Brackman

Grado	Sistema de House Brackman	Sistema convencional	Descripción
I	Función facial normal en todas sus áreas	3	Normal
II	**Disfunción leve** Global. Debilidad superfical notable a la inspección cercana. Puede haber sincinesias mínimas. Al reposo, tono y simetría normal. Movimiento de frente: Función de buena a moderada. Ojo: Cierre completo con esfuerzo Boca: Asimetría mínima al movimiento.	2	**Paresia leve** Asimetría al movimiento y simetría al reposo
III	**Disfunción leve a moderada** Asimetría al movimiento Global: Obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad. Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales. Movimiento de frente: Movimientos moderados a ligeros. Ojo: Cierre completo con esfuerzo Boca: Ligera debilidad con el máximo esfuerzo	2	**Paresia leve** Asimetría al movimiento y simetría en reposo

Continúa…

IV	**Disfunción moderada a severa paresia moderada** Global: Debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Asimetría al reposo y actividad Al reposo asimetría Movimiento de frente: Ninguno Ojo: Cierre incompleto Boca: Asimetría al esfuerzo	1	**Paresia moderada** Asimetría al reposo y al movimiento
V	**Disfunción severa** Global: Solamente movimientos apenas perceptibles Asimetría al reposo. Movimiento de frente: Ninguno Ojo: Cierre incompleto Boca: movimientos ligeros	0	**Parálisis total** Asimetría al reposo y al movimiento
VI	**Parálisis total** Ningún movimiento	0	**Parálisis total** Asimetría al reposo y al movimiento

Fuente: (Dr. José Tomás Terán Loredo, 2008) (Carlos Andrés Álvarez Sánchez, 2015), Grupo de desarrollo.

4.7 Estudios complementarios

Los estudios complementarios no son necesarios pues no son diagnósticos sino son marcadores de mal pronóstico. (Dra. Anabell Jaureguiberry, 2014)

- Electromiografía
- Resonancia Magnética Cerebral

4.8 Tratamiento

5 **Tratamiento básico:** Lubricación ocular con gotas artificiales (metilcelulosa o hipromelosa), hasta que el paciente logre un cierre ocular normal y oclusión ocular nocturna mediante un parche. (Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, 2011) D

Tabla 5. Tratamiento Farmacológico

Situación Clínica	Tratamientos propuestos	Citas control	
1. PFP leve-moderada (grados II o III)	Prednisona, oral: 1-2mg/kg/día (máx. 60-80mg) durante 5-7 días y pauta descendente durante 5 días (mayor eficacia si se inicia en las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas).	Primera y segunda semana.	1a A
2. PFP grave (grados IV a VI)	Prednisona oral: igual pauta y duración. Valaciclovir o Aciclovir oral: Valaciclovir (>12 años de edad): 20mg/kg/día (máx. 1 gr) cada 8 horas, durante 7 días. Aciclovir: 20mg/kg (máx. 800 mg) cada 6 horas por 7 días.	Cuarta y doceava semana.	1b A

5	**3. PFP grave (grados IV a VI)**	Toxina botulinica: Se utiliza para mejorar la simetría facial en el lado no afecto con asociación de sincinesias, blefaroespasmo, espasmo miofacial y distonías posterior a los 3 meses con tratamiento rehabilitativo activo.	Evaluación al 4to mes

D

Fuente: (Lizano Barrantes C., 2012), (Ana Vidal Estebana, 2015),(Dr. José Tomás Terán Loredo, 2008) modificado por grupo de desarrollo

5 Se puede utilizar como tratamiento coadyuvante la administración intramuscular de vitamina B12. (María Angélica Amaya T., 2010) D

La tasa de recuperación es mejor en los casos con menor compromiso funcional (House Brackman grados II y III). Se observa menor tasa de recuperación cuando se inicia el tratamiento farmacológico después del quinto día de presentados los síntomas. (María Angélica Amaya T., 2010)

Tratamiento no farmacológico

1. Tratamiento Rehabilitativo

5 La rehabilitación es una parte fundamental para la recuperación de la PFP, la cual se debe iniciar con una evaluación simétrica del rostro en reposo y con movimiento voluntario e involuntario para poder realizar la prescripción correcta para el paciente. (Dra. Susana Benítez S., 2016) Dentro de los métodos que se pueden utilizar se encuentran: D

2. Ejercicios Faciales

5

Se utilizan para favorecer la simetría y expresión facial, beneficiar la alimentación y la comunicación. Para corregir la asimetría facial deberán efectuarse activando la musculatura del lado afecto sin participación del lado no afecto, evitando la aparición de sincinesias. (R. La Touche, 2008)

D

Los ejercicios se basan en expresiones faciales comunes como: arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, gruñir, levantar el labio superior o apretar los labios. Otros ejercicios planteados para mejorar la movilidad labial y comunicación verbal son la pronunciación de vocales como la a, e, i, o y consonantes como la b y la p. (R. La Touche, 2008)

Estos ejercicios pueden realizarse frente al espejo con el objetivo de controlar la activación selectiva de la musculatura facial sobre los diversos ejercicios y detectar aparición de sincinesias. (R. La Touche, 2008)

Para evitar la fatiga se recomienda no prescribir más de 10 repeticiones por ejercicio. Estos ejercicios deben ser indicados para realizar en casa acompañados de masaje en cara y cuello (R. La Touche, 2008)

- Medios Físicos

Dentro de los cuales se utilizan:

- Laser
- Ultrasonido
- Estímulo eléctrico
- Infrarrojo (Evangelina Pérez Chávez, 2004)

1a

Sin embargo, una revisión sistémica evaluó diferentes intervenciones (electroestimulación, calor local, masaje y ejercicio) con medición de resultados a través de recuperación de sincinesias, epífora y espasmo facial a los 6 meses y un año. Los resultados muestran que la evidencia carece de calidad y es insuficiente para apoyar beneficios o daños. Solo en el caso de los ejercicios faciales es posible observar discreta mejoría de la función facial cuando la parálisis ha sido moderada o bien en casos crónicos. (Evangelina Pérez Chávez, 2004)

A

4.9 Pronóstico de recuperación de la PFP

El 51% de los pacientes con lesiones del NC VII incompletas no tienen recuperación completa. (Gerd Fabian Volk, 2013)

Las PFP de origen otogénicas tienen mejor pronóstico a comparación de las causadas por traumatismos. (Gerd Fabian Volk, 2013) El tiempo de recuperación promedio es de 3.5 meses.

El intervalo de tiempo entre el inicio de la enfermedad, diagnóstico e inicio del tratamiento farmacológico influye en la recuperación. (Gerd Fabian Volk, 2013)

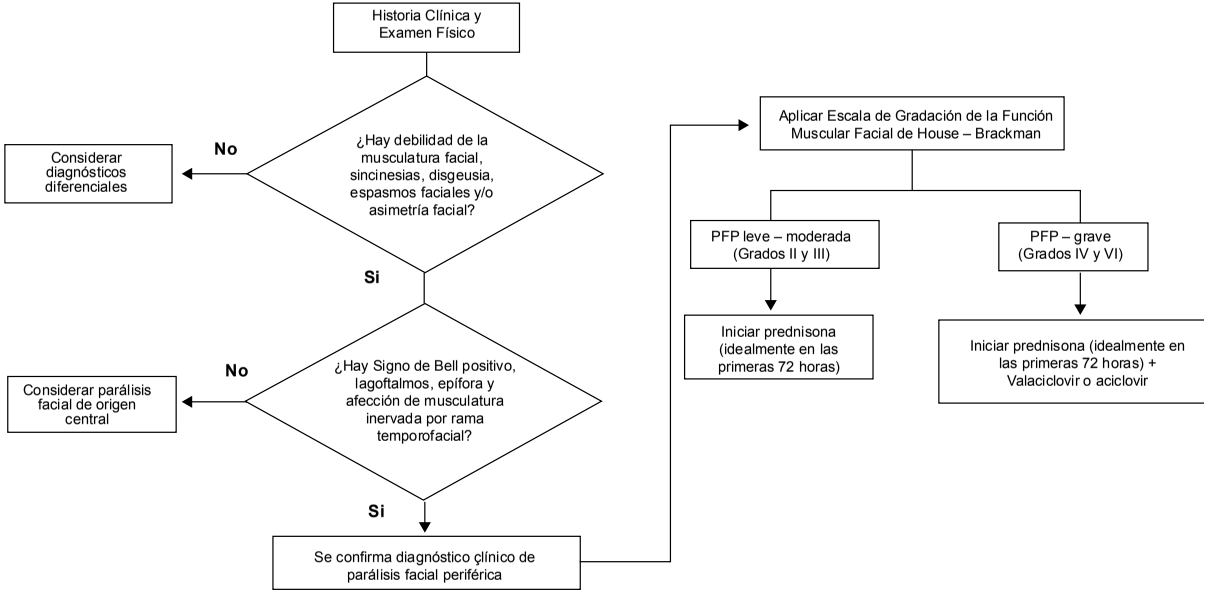
Los pacientes que inician tratamiento en los primeros 5 días, presentan mejor pronóstico en comparación de los que tardan más tiempo. (Gerd Fabian Volk, 2013)

En estudios de EMG, la NC patológica y la actividad voluntaria en la miografía, son significativamente predictivos de una probabilidad baja de recuperación. (Gerd Fabian Volk, 2013)

Cuanto más severo es el grado de House Brackman, más prolongado es el tiempo de tratamiento y baja probabilidad de recuperación. (Gerd Fabian Volk, 2013)

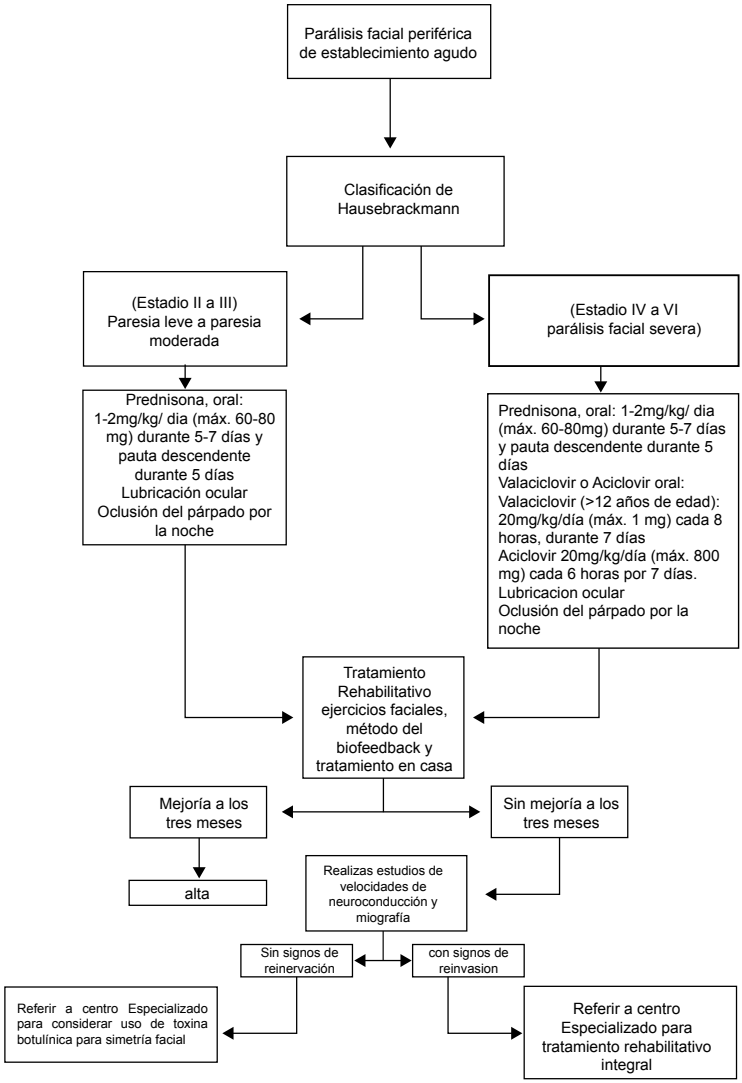
5. Anexo

Algoritmo No. 1: Signos, síntomas y Tratamiento Farmacológico de Parálisis Facial Periférica.



Fuente: Grupo de Elaboración de GPC - BE

Algoritmo No. 2: Diagnóstico y tratamiento



Evaluación de músculos de la expresión facial en PFP

Ramas del nervio facial	Músculo	Movimiento	Grado
Tronco superior o temporofacial Ramo temporal	Vientre frontal 	Solicitar al paciente que levante las cejas.	
	Superciliar 	Solicitar al paciente que baje y junte las cejas al fruncir el ceño.	
	Orbicular de los párpados 	Porción orbitaria: Solicitar al paciente que cierre los ojos de manera fuerte, y evaluar si se forman arrugas irradiadas.	

Continúa…

Tronco superior o temporofacial Ramo cigomático	Cigomático mayor 	Pedir al paciente que dirija el ángulo de la boca hacia arriba y afuera, como cuando sonríe.	
	Piramidal de la nariz 	Pedir al paciente que arrugue la nariz, formando arrugas transversales sobre el puente nasal.	
	Depresor del tabique nasal y porción transversa del nasal 	Pedir al paciente que lleve la punta de la nariz hacia abajo, estrechando las ventanas nasales.	
	Elevador del labio superior o canino 	Pedir al paciente que levante y saque hacia afuera el labio superior como si quisiera mostrar los dientes superiores.	

Continúa…

Tronco superior o temporofacial Ramo bucal superior	Buccinador 	Pedir al paciente que apriete con fuerza las mejillas contra los dientes, traccionando hacia atrás el ángulo de la boca.	
Tronco inferior Ramo bucal inferior	Orbicular de los labios 	Solicitar al paciente que cierre los labios y los impulse hacia delante como en la acción de silbar.	
	Risorio 	Pedir al paciente que dirija el ángulo de la boca hacia atrás.	

Continúa…

Tronco inferior Ramo marginal de la mandíbula	Depresor del ángulo de la boca 	Pedir al paciente que desplace hacia abajo los ángulos de la boca.	
	Mentoniano 	Pedir al paciente que contraiga el mentón.	
Tronco inferior Ramo cervical	Platisma 	Pedir al paciente que desplace el labio inferior hacia abajo y afuera, tensando la piel del cuello.	

Fuente:Keith L. Moore, 2013, modificado por grupo de desarrollo.

6. Glosario

Algiacusia: Es un síndrome auditivo extremadamente debilitante, que convierte los sonidos cotidianos del ambiente en dolorosos e incluso hasta intolerables. También llamada hiperacusia.

Colesteatoma: Alteración destructiva de una parte de la membrana mucosa del oído medio que pasa a ser tejido epiletial, produce células epiteliales muertas que al entrar en contacto con la mucosa en la que está situado se infecta con facilidad.

Disgeusia: Síntoma semiológico que denota una alteración en la percepción relacionada con el sentido del gusto.

Enfermedad de Lyme: Causada por la bacteria *Borrelia burgdorferi.* Las garrapatas de patas negras pueden portar esta bacteria. La enfermedad se adquiere por la picadura de una garrapata infectada.

Epífora: Lagrimeo abundante y constante debido a una obstrucción de los canales lagrimales como consecuencia de una inflamación o una enfermedad.

Idiopática: Enfermedad que tiene existencia propia, sin ser la consecuencia de otra.

Lagoftalmos: Imposibilidad de lograr el cierre completo de los párpados. Queda un espacio entre el párpado superior e inferior, dejando expuesta la superficie ocular.

Signo de Bell: Se manifiesta por el movimiento ocular hacia arriba y afuera del globo ocular cuando el enfermo intenta cerrar el párpado.

Síndrome de Ramsay Hunt: Asociación de parálisis facial y herpes zoster, con afección del conducto auditivo externo y/o la membrana timpánica. Se puede acompañar de sordera, acúfenos y vértigo.

Sincinesias: Movimientos involuntarios e inconscientes, que se producen cuando se realizan otros movimientos musculares voluntarios. También conocidos como movimientos parásitos o asociados.

Tinitus: Término médico para el hecho de “escuchar” ruidos en los oídos. Esto cuando no hay una fuente sonora externa. También llamados zumbidos en los oídos.

7. Referencias bibliográficas

A. Martínez Oviedo, M. T. (2007). Síndrome de Ramsay-Hunt. *Anales de Medicina Interna*, 31-34.

Ana Vidal Estebana, J. T. (2015). Parálisis facial (parálisis de Bell). *Guía-ABE*, 1-5.

Ausejo, R. L. (2016). Características de los grados de afectación del nervio facial y la discapacidad facial en pacientes con parálisis facial periférica de un año de evolución. *Rev Hered Rehab*, 2-10.

Carlos Andrés Álvarez Sánchez, N. M. (2015). Parálisis facial periférica: enfoque desde la medicina física y rehabilitación en Costa Rica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica lxxii*, 249 - 255.

Carmen Alicia Aboytes-Meléndez, A. T.-V. (2006). Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango, México. *Revista Médica del Hospital General de México*, 70-77.

Dr. José Tomás Terán Loredo, D. J. (2008). Diagnóstico y Tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención. *Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-066-08*, 7-48.

Dra. Anabell Jaureguiberry, D. R. (2014). Parálisis Facial Periférica. *Guía de Práctica Clínica*, 3-6.

Dra. Susana Benítez S., D. S. (2016). Manejo integral de la parálisis facial. *Rev. Med. Clin. Condes*, 22-28.

Evangelina Pérez Chávez, C. G. (2004). Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. *Rev Med IMSS*, 425-436.

Gerd Fabian Volk, C. K.-L. (2013). Prognostication of recovery time after acute peripheral facial palsy: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 1-9.

John R. de Almeida MD MSc, G. H. (2014). Management of Bell palsy: clinical practice guideline. *Guidelines*, 186.

José Antonio García Piña, A. G. (2011). Parálisis de Bell: Algoritmo actual y revisión de la literatura. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 68-75.

Keith L. Moore, A. F. (2013). *Anatomía con Orientación Clínica.* Barcelona, España: Wolters Kluwer Health España S.A.

Liam Masterson, M. V. (2015). Assessment and management of facial nerve palsy. *BMJ*, 351.

Lizano Barrantes C., O. U. (2012). Parálisis de Bell: generalidades y manejo terapéutico en los pacientes afectados con esta condición. *Pharmaceutical Care La Farmacoterapia*, 30-36.

Ma. Dolores Rodríguez-Ortiz, S. M.-M.-R. (2011). Parálisis facial periférica. Tratamientos y

consideraciones. *Arch Neurocien (Mex)*, 148-155.

María Angélica Amaya T., G. A. (2010). Recuperabilidad de la parálisis facial periférica con prednisolona vs. aciclovir/prednisolona. *Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello*, 315-322.

R. La Touche, K. E. (2008). Efectividad del tratamiento de fisioterapia en la parálisis facial periférica. Revisión sistemática. *REV NEURO*, 714-718.

Rondón, d. H. (2009). Parálisis facial periférica. *Rev. Med. Clin. Condes*, 528 - 535

Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. Avenida 22-72 Zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica
PBX: 2412-1224
www.igssgt.org

Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Diagramación e Impresión
Serviprensa, S.A.
175 ejemplares
Guatemala, 2021