Parálisis de Bell o parálisis facial periférica (PFP)

Cirilo E. Rodríguez Corvera [rehabilitaciònkarens@hotmail.com](mailto:rehabilitaciònkarens@hotmail.com)

1. [**¿Qué es la parálisis de Bell?**](#queslapara)
2. [**¿Cuáles son las causas y el diagnóstico diferencial?**](#culessonla)
3. [**Síntomas**](#sntomasa)
4. [**¿Cómo se trata?**](#cmosetrata)
5. [**Ayudas técnicas**](#ayudastcna)
6. [**Tratamiento médico**](#tratamiena)

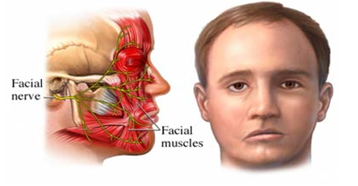
## ¿Qué es la parálisis de Bell?

Es la forma más frecuente de parálisis facial periférica (PFP). Es una disfunción del nervio facial sin causa detectable, aguda y unilateral.

La parálisis facial se caracteriza por pérdida o disminución de la función motora y sensorial del nervio. El hecho concreto es la inflamación del nervio, con el consiguiente edema y posterior compresión, lo que determinará una situación de isquemia y desmielinización y, como consecuencia de esto último, una disminución o ausencia de la conducción nerviosa, su parálisis.

La parálisis facial puede ser central o periférica según a qué nivel se produzca la lesión del nervio y cual haya sido el mecanismo causante.

Nos centraremos en el tratamiento de la parálisis facial periférica que se caracteriza porque se lesiona el núcleo del nervio y afecta a toda la cara.



Clínicamente el paciente presenta una facíes sin expresión en su lado afectado, los pliegues naturales desaparecen, el ángulo bucal es traccionado hacia abajo, el ojo del lado afectado se observa exageradamente abierto y la mitad de la cara o parte de ella se aplana, perdiendo los surcos naturales.

La parte afectada no se mueve durante la mímica voluntaria e involuntaria y al intentar cerrar del ojo, éste permanece parcialmente abierto y el globo ocular se proyecta hacia arriba dejando ver sólo la esclerótica blanca, es lo que se conoce como el Signo de Bell.

Su incidencia es de 14-25 casos por cada 100.000 personas en un año o lo que es lo mismo, una de cada 60-70 personas en toda su vida. Se afectan en igual medida hombres que mujeres con un pico de incidencia entre los 10 y 40 años.

En el embarazo el riesgo se triplica y las recurrencias afectan a un 8-10% de pacientes 2-3

## ¿Cuáles son las causas y el diagnóstico diferencial?

Su fisiopatología es desconocida aunque la hipótesis más difundida es la inflamación del nervio que produce compresión e isquemia dentro del canal facial.

Se han propuesto diferentes tipos de mecanismos etiopatogénicos: genético, vascular, infeccioso, inmunitario y vírico por herpes simple tipo I (VHS-1). Desde el aislamiento del genoma del VHS-1 en el líquido endoneural de personas con parálisis de Bell, la activación de VHS-1 es ampliamente aceptada como la causa de la mayoría de los casos de parálisis de Bell.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y suele presentar las siguientes características :

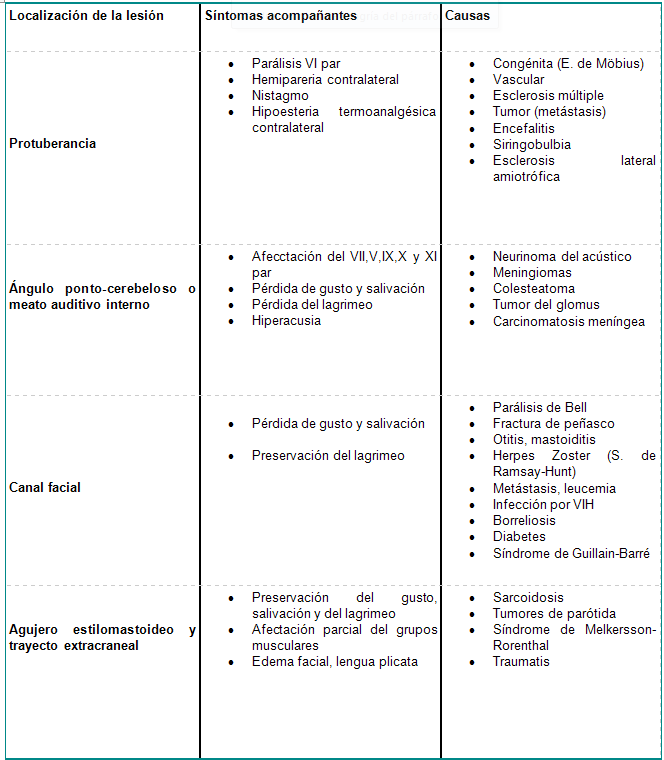
* Parálisis facial difusa con o sin afectación del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua y de la secreción lagrimal y salivar.
* Inicio agudo, en ocasiones precedido de otalgia, curso progresivo y máxima paresia en las 3 primeras semanas.

Más de las dos terceras partes de las personas con parálisis de Bell, presentarán una completa recuperación de forma espontánea.

El pronóstico es mejor cuanto menor sea el grado de paresia. La mejoría clínica se consigue en el 85% de los casos en las 3 primeras semanas. Del resto, algunos mejoran entre 3 y 6 meses más tarde.

En el estudio con mayor número de pacientes que no recibieron tratamiento alguno se encontró que el 71% presentan una recuperación completa de la función motora de los músculos faciales, el 13% presentan secuelas leves y el resto (16 %) sufren secuelas permanentes de moderadas a graves con contracturas musculares y discinesias. Estos resultados son similares a los encontrados en otras series.

TABLA DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



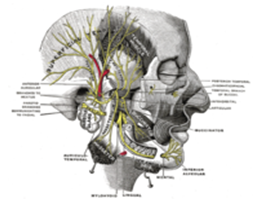
## Síntomas

Los síntomas de este padecimiento aparecen repentinamente o se desarrollan en pocos días. Sus síntomas pueden ser:

* Dolor debajo del oído que precede a la debilidad y parálisis
* Zumbidos en los oídos
* Fiebre ligera
* Alteración auditiva ligera

Los síntomas de la parálisis de Bell por soplo son:

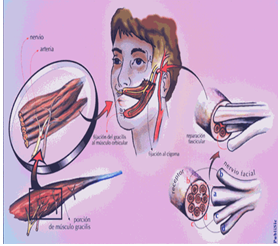
* Debilidad o parálisis facial:
  + Generalmente en un lado
  + Frente suave
  + Incapacidad para sonreír
* Entumecimiento justo antes de que la debilidad inicie
* Caída de la esquina de la boca
* Babear
* Lagrimeo   
  Imposibilidad para cerrar un ojo, lo cual pude provocar:
  + Que el ojo se deshidrate
  + Que se formen úlceras en la córnea
  + Infección
  + Posible pérdida del ojo
* Ojo reseco
* Sentido del gusto dañado
* Sensibilidad al sonido en un oído
* Dolor de oído
* Dificultad para hablar



## ¿Cómo se trata?

TRATAMIENTO FISIOTERÁPICO

1. Calor local: compresa húmeda-caliente por 10 minutos en la hemicara afectada, para mejorar la circulación.
2. Electroterapia: aunque existe una controversia respecto al uso y efectividad, ya que se estimula el punto motor del músculo y no el nervio.
3. Reeducación muscular frente a espejo: las principales acciones van encaminadas a lograr el correcto funcionamiento de la oclusión del ojo y de la boca.



Debemos distinguir:

* 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 colocados 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.
* 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.

## Ayudas técnicas

El personal de enfermería 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.

## Tratamiento médico

Aunque diversos estudios y metaanálisis demostraron que el tratamiento con corticoides es beneficioso, esta conclusión es discutible ya que algunos estudios tienen pocos pacientes y un metaanálisis incluye estudios de poca calidad 6-9. El meta análisis más importante no encuentra beneficioso el tratamiento con esteroides por lo que su uso continúa siendo discutible. Un estudio encontró que en niños no es beneficioso el tratamiento con corticoides.

Un ensayo clínico encontró que Prednisona es mejor que Aciclovir en la recuperación de la función motora del facial, otro encontró que prednisona más aciclovir es superior a prednisona sola. Estos resultados contradictorios hacen que la recomendación de aciclovir también sea controvertida.

A pesar de que no hay datos concluyentes acerca del beneficio de estos tratamientos, algunos comités de expertos recomiendan el uso de corticoides y aciclovir.

Lic. Cirilo E. Rodríguez Corvera

[rehabilitaciònkarens@hotmail.com](mailto:rehabilitaciònkarens@hotmail.com)