



### ¿Qué es la Parálisis de Bell?

El nervio facial inerva los músculos faciales de la expresión; tiene fibras parasimpáticas para las glándulas lagrimales y salivares, así como fibras sensitivas que proveen el sentido del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua.

La parálisis de Bell es una parálisis facial periférica aguda (PFPA) que no puede ser atribuida a una lesión, infección sistémica o condición inflamatoria. La mejor forma de nombrarla sería parálisis facial periférica idiopática o de causa indeterminada.

### Epidemiología

La incidencia se estima en 11.5 a 53.3 casos cada 100 mil habitantes por año. Ha sido descrita en pacientes de todas las edades, con 2 picos de máxima incidencia entre los 30 y 50 años, y entre los 60 y 70 años. Afecta hombres y mujeres por igual y se asocia con los siguientes factores de riesgo:

- Embarazo
- Preeclampsia
- Obesidad
- Hipertensión arterial
- Diabetes

El 60% a 75% de las parálisis faciales periféricas son idiopáticas (o no se halla causa).

### Características Clínicas

Se describe debilidad o parálisis completa de todos los músculos de la mímica de un lado de la cara; ésta se puede graduar mediante distintos sistemas o escalas (por ejemplo, el sistema de House-Brackmann).

Además del trastorno de neurona motora, puede haber trastornos sensoriales (fibras aferentes) que pueden preceder a la parálisis por 1 ó 2 días. Estos incluyen dolor retroauricular y pérdida del gusto unilateral en los 2/3 anteriores de la lengua (tabla 1).

Si bien hay menor producción de lágrimas, puede existir lagrimeo por pérdida del control del movimiento de los párpados. Es frecuente la queja de sensación de adormecimiento aunque la sensibilidad facial está preservada.

Generalmente la debilidad progresa hasta llegar al máximo en 3 días y casi siempre dentro de la primera semana. Un inicio más insidioso o la progresión durante más de 2 semanas deben hacer reconsiderar el diagnóstico.

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<i>Nombre</i>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<i>Firma</i>		
<i>Fecha</i>	13/05	28/05



La mayoría de los pacientes muestran recuperación sin ningún tipo de intervención dentro de las 2 a 3 semanas desde el inicio de los síntomas, con recuperación completa dentro de los 3 a 4 meses. Aún sin tratamiento, la función facial se recupera completamente en cerca del 70% de los sujetos con parálisis completa dentro de los 6 meses, así como en hasta el 94% de los pacientes con parálisis incompleta.

### **Criterios Diagnósticos (Taverner)**

- 1) Parálisis o paresia de todos los músculos de la expresión de un lado de la cara.
- 2) Inicio agudo.
- 3) Ausencia de signos de enfermedad del sistema nervioso central.
- 4) Ausencia de signos de afección del oído o fosa posterior.

### **Diagnósticos Diferenciales**

Si bien la mayoría de los casos suelen ser idiopáticos, en situaciones especiales se deben tener en cuenta otras patologías que pueden causar parálisis facial (tabla 2).

### **¿Cómo se Evalúa al Paciente?**

- Diferenciar entre lesión de motoneurona superior e inferior (examen físico).
- Descartar compromiso de otros pares; descartar, además, presencia de rash doloroso en el oído lo que indica que se trata de un síndrome de Ramsay Hunt (causado por el virus varicela-zóster). Algunos autores recomiendan la consulta con otorrinolaringología, en especial para descartar la presencia de vesículas en la membrana timpánica.
- Buscar signos de enfermedades subyacentes graves (parálisis bilateral o recurrente, episodio previo compatible con enfermedad desmielinizante). Tener en cuenta la posibilidad de una lesión ocupante de espacio si la progresión es mayor a 2 semanas.
- Glucemia en ayunas o determinación de hemoglobina glucosilada si el paciente tiene factores de riesgo para diabetes (mayor de 30 años, antecedente familiar, obesidad, etc.)
- Exámenes complementarios: si bien no son necesarios para el diagnóstico, tanto el electromiograma (actividad espontánea patológica, pérdida de actividad voluntaria) como el reflejo del estapedio (ausencia de respuesta) son marcadores de peor pronóstico en cuanto a la recuperación.



## **Etiología**

Se cree que es secundaria a la inflamación del nervio facial en el ganglio geniculado, con compresión y posible isquemia y desmielinización. Existen estudios que apuntan hacia el papel del virus herpes simple tipo 1 (HSV-1) como posible agente etiológico, pero esto no ha sido comprobado.

## **Tratamiento: Generalidades**

En un estudio con 1011 pacientes daneses con PFPA (1964 a 1979) que no recibieron tratamiento alguno, 71% de los enfermos mostraron recuperación completa; el 13% experimentó secuelas leves y un 16% padeció secuela moderada a grave. La mayoría se recuperaban en 3 meses, pero los que no lo hicieron tuvieron peor pronóstico.

Stankiewicz realizó una revisión de varios estudios de pacientes sin tratamiento y halló que el 53% mostraban recuperación completa, mientras que el 44% presentaban recuperación parcial y el 13% no mostraban recuperación. En otros estudios se informó hasta 80% a 90% de recuperación completa.

Los factores de mal pronóstico incluyen:

- edad mayor de 60 años
- hiperacusia
- disminución de la producción de lágrimas
- dolor intenso en el oído o detrás de él
- diabetes
- hipertensión

## **Tratamiento Farmacológico**

### **¿Qué Beneficios se Obtienen con el Tratamiento con Vitaminas?**

No hay datos de estudios bien diseñados que muestren que los pacientes se benefician con el uso de vitaminas.

### **¿Es útil el Tratamiento con Corticoides?**

Tradicionalmente se han usado los corticoides por vía oral (VO) para el tratamiento de la PFPA. En general, se utiliza prednisona durante 10 días, iniciando con una dosis de 60 mg/día (ó 1 mg/kg/día), con descenso progresivo.

En una revisión de Cochrane (2004) que incluyó datos de 3 estudios aleatorizados y controlados que compararon corticoides contra placebo, se halló una reducción (pequeña y no significativa) del porcentaje de pacientes con recuperación incompleta a los 6 meses. Sin embargo en estos estudios participaron sólo 117 pacientes, por lo que se necesitan ensayos prospectivos de mayor tamaño para establecer el beneficio del uso de corticoides.

En un estudio más reciente (2008) se demostró que los corticoides mejoran la función del nervio facial y aceleran la recuperación cuando son indicados dentro de las primeras 72 hs de evolución de la PFPA (grado de evidencia A). No deberían recibir esteroides los pacientes con diabetes, obesidad mórbida, intolerancia previa a esteroides o trastornos psiquiátricos. La indicación de indicar corticoides a las embarazadas debe ser evaluada en forma individual.

#### ¿Se debe Indicar Aciclovir?

Dado el posible papel del HSV-1 en la etiología de la PFPA se ha estudiado el uso de aciclovir y valaciclovir para el tratamiento de esta afección. Se puede indicar aciclovir 400 a 800mg 5 veces al día o valaciclovir 1 g 3 veces al día, durante 7 días.

Sin embargo, una revisión de Cochrane (2004) no encontró evidencia suficiente que apoyara el uso de antivirales. Por otro lado, dos estudios recientes controlados con placebo demostraron recuperación completa en un porcentaje más alto en los pacientes que recibieron antivirales más prednisona, en comparación con el uso de prednisona sola. De todos modos, no se encontró beneficio cuando el inicio del tratamiento se demoraba más de 4 días desde el comienzo de los síntomas (86% contra 87%).

Dado el perfil de seguridad de los antivirales (aciclovir, valaciclovir) y de un curso corto de corticoides VO, se puede ofrecer la terapia combinada (antiviral más prednisona) en las dosis mencionadas previamente a aquellos pacientes con PFPA que consultan dentro de los 3 primeros días del inicio de los síntomas y que no presentan contraindicaciones específicas para este tratamiento. Aquellos pacientes con parálisis completa tienen menor tasa de recuperación espontánea y más probabilidad de beneficiarse con el tratamiento.

#### Tratamiento de Reeduación Neuromuscular

Se debe ajustar al déficit de cada paciente; de acuerdo con esa evaluación, se utilizan diferentes técnicas (tabla 3).



Recomendaciones para la Práctica Clínica	Grado de evidencia
Los pacientes con PFPA deben ser tratados con esteroides orales dentro de las primeras 72 horas de inicio de los síntomas.	A
Los pacientes con PFPA pueden ser tratados dentro de los primeros 3 días de inicio de los síntomas con un curso de 7 días de aciclovir o valaciclovir VO, más prednisona VO con descenso progresivo de dosis.	B
No se pueden hacer recomendaciones en relación a la terapia física en los pacientes con PFPA.	D
Los pacientes con parálisis completa que no mejoran dentro de las 2 semanas con medicación deben ser derivados a un otorrinolaringólogo para descartar otras causas de parálisis facial.	C
Se debe controlar la irritación ocular e indicar lubricación ocular. Los pacientes con abrasiones en la córnea deben ser derivados a un oftalmólogo.	C

A: evidencia consistente de buena calidad orientada al paciente.

B: evidencia inconsistente o de calidad limitada.

C: consenso, práctica usual, opinión de expertos o serie de casos.

### **Bibliografía**

1. Tiemstra JD, Nandini K. Bell's palsy: diagnosis and management. Am Fam Physician 2007; 76: 997-1002.
2. Allen D, Dunn L. Aciclovir or valaciclovir for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev 2004; 3: CD001869
3. Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev 2004; 4: CD001942
4. Quant EC, Jeste SS, Muni RH et al. The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis. BMJ 2009; 339b: 3354.
5. Matos C. Parálisis facial periférica. O papel da medicina física e de reabilitação. Acta Med Port 2011; 24: 907-914.
6. Volk GF, Klingner C, Finkensieper M, et al. Prognostication of recovery time after acute peripheral facial palsy: a prospective cohort study. BMJ Open 2013; 3: e003007.
7. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE et al. Clinical practice guideline: Bell's palsy. Executive summary. Otolaryngology-Head and Neck Surgery 2013; 194(5): 656-663.

Tabla 1. Síntomas no motores de la parálisis facial	
Síntoma	Estructura inervada
Xeroftalmía	Glándula lagrimal
Hiperacusia	Músculo del estribo
Hiper o hiposalivación	Glándulas sublinguales y submandibulares
Alteración del gusto	Sensibilidad de los 2/3 anteriores de la lengua
Alteración de la fonación y dificultad en el control del bolo alimentario en la boca	Músculos faciales (fuerza y coordinación)

Tabla 2. Diagnósticos Diferenciales		
Enfermedad	Causa	Factores Característicos
<b>Nuclear (periférica)</b>		
Enfermedad de Lyme	<i>Borrelia burgdorferi</i>	Historia de exposición a garrapatas, rash o artralgias. Área endémica.
Otitis media	Bacterias	Inicio gradual, otalgia, fiebre, hipoacusia de conducción.
Síndrome de Ramsay Hunt	Virus herpes zoster	Dolor prodrómico intenso, vesículas en canal auditivo o faríngeo.
Sarcoidosis o síndrome de Guillain Barré	Respuesta autoinmune	Más frecuentemente bilateral
Tumor	Colesteatoma, glándula parótida	Inicio gradual
<b>Supranuclear (central): ausencia de compromiso de músculos de la frente.</b>		
Esclerosis múltiple	Desmielinización	Síntomas neurológicos adicionales
Accidente cerebrovascular	Isquemia, hemorragia	Afección de las extremidades del lado afectado.
Tumor	Metástasis, primario	Inicio gradual, alteraciones de la conciencia, antecedente de cáncer.

Tabla 3. Estrategias de Reeducción Neuromuscular por Problemas	
Disminución de fuerza muscular	Técnicas de estimulación (vibración, cubos de hielo) Técnicas de soporte pasivo Ejercicios de fortalecimiento
Pérdida de control motor aislado	Entrenamiento de mímica facial con espejo o <i>biofeedback</i>
Hipertonía	Elongamiento pasivo Automasaje Ejercicios de contracción-relajación (Jacobsen)
Sincinesias	Técnicas de control de sincinesias