

Revista Médica del IMSS

Volumen **42**
Volume

Número **5**
Number

Septiembre-Octubre **2004**
September-October

Artículo:

Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Instituto Mexicano del Seguro Social

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica

**Evangelina
Pérez Chávez,¹
Cecilia
Gámez Martínez,²
Juan Manuel
Guzmán González,³
David
Escobar Rodríguez,⁴
Verónica Miriam
López Roldán,⁵
R. David
Montes de Oca,⁶
María Guadalupe
Mora Carrillo,⁴
Juana Ramírez
Corchado¹**

RESUMEN

La parálisis facial idiopática o de Bell es la causa más común de parálisis facial periférica. Su incidencia es de 20 a 30 casos por 100 mil personas al año. El diagnóstico y tratamiento oportuno influyen directamente en el tiempo y grado de recuperación. Para la construcción de la presente guía clínica se realizó una búsqueda bibliográfica sistematizada y posteriormente un trabajo de consenso. Su objetivo es ofrecer al equipo de salud de primer nivel de atención una herramienta sencilla para realizar el diagnóstico específico y diferencial, así como establecer el tratamiento adecuado, tanto farmacológico como no farmacológico, para la recuperación del paciente con parálisis facial periférica. Se hace especial énfasis en la reeducación muscular y la participación del equipo multidisciplinario específico, del paciente y su familia.

SUMMARY

Bell's or idiopathic facial palsy is the most common cause of peripheral facial palsy. Incidence is 20 or 30 cases per 100 000 thousand persons per year. Earliest diagnosis and treatment is directly related with treatment type and recovery time. This guideline employed evidence-based medicine methodology; we organized a team to search for information and after discussing the subject, to obtain conclusions from this information. The target of this work is to develop the strategy for the health teams working at primary levels of medical care first in a simple manner for them to obtain a specific and differential diagnosis and also for them to establish best treatment —not only pharmacologic, but also physical— with special emphasis on muscle re-education, which includes the entire health care team, but most especially, the patient and his/her family.

¹Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte

²Unidad de Medicina Familiar 40

³Coordinación de Atención Médica

⁴Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Región Centro

⁵Hospital General Regional 72, Estado de México

⁶División de Cuadros Básicos e Insumos para la Salud

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción

La parálisis facial idiopática o parálisis de Bell es la causa más común de parálisis facial aguda. Su incidencia es de 20 a 30 casos por 100 mil personas al año (la B).¹ Está considerada dentro de las primeras causas de atención médica en el Instituto Mexicano del Seguro Social; en el 2002 se le ubicó en el séptimo lugar (IV).²

Se caracteriza por pérdida o disminución de la función motora y sensorial del nervio facial (VII par craneal) en su porción periférica, generalmente de inicio súbito. Aunque su etiología no está bien definida, existe evidencia de participación viral, con mayor asociación a herpes simple serotipo I (III).³

La incidencia entre hombres y mujeres es similar, con presentación bimodal en las edades de 20 a 29 años y de 50 a 59 años (III).⁴ La mujer en edad reproductiva es afectada dos a cuatro veces más que el hombre de la misma edad, y la mujer embarazada 3.3 veces más que la que no lo está (III).⁵

Se ha observado recuperación completa en 70 % de los casos, mientras que 16 % muestra secuelas moderadas a severas, dentro de las que se encuentran reinervación aberrante del nervio facial (sincinesias), movimientos en masa, diversos grados de paresia y afectación de actividades como comer, tomar líquidos y hablar (IIb, IIa).^{6,7}

El tratamiento temprano (dentro de las primeras 72 horas de iniciado el cuadro) de la patología del nervio facial es imperativo, ya que en

Comunicación con:

Juan Manuel Guzmán González.
Tel.: 5726 1767.

Dirección electrónica:
jmguzman@avantel.net

Palabras clave

- ✓ parálisis facial
- ✓ parálisis de Bell
- ✓ rehabilitación

Key words

- ✓ facial paralysis
- ✓ Bell's palsy
- ✓ rehabilitation

términos de tiempo y grado de lesión puede tener implicaciones en el retorno de la función. El tiempo de recuperación depende del grado de lesión del nervio facial y varía de 15 días a seis semanas, aunque puede llegar a cuatro años en las formas más graves (Ib).⁸

Objetivo general

Facilitar al equipo del primer nivel de atención, la toma de decisión en el diagnóstico y tratamiento oportuno de pacientes con parálisis facial idiopática, con la finalidad de prevenir complicaciones y secuelas.

Objetivos específicos

- Brindar orientación al equipo multidisciplinario en las unidades de medicina familiar para la atención temprana y tratamiento oportuno del paciente, a fin de prevenir complicaciones y disminuir los días prolongados de incapacidad con una pronta reincorporación social y laboral.
- Mejorar la capacidad resolutoria del equipo de primer nivel de atención para un adecuado enlace entre medicina familiar y el servicio de rehabilitación del primer y tercer nivel de atención.
- Educar al paciente y a su familia en los cuidados específicos de la parálisis facial, con la finalidad de que participen activamente en la recuperación.

Usuarios de la guía

Médicos familiares y rehabilitadores, fisioterapeutas, personal de enfermería y trabajadoras sociales.

Población blanco

Adolescentes y adultos con parálisis facial periférica idiopática atendidos en el primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se excluyen los pacientes con parálisis facial central, periférica no idiopática o periférica con factores de riesgo, así como los niños.

Definiciones operacionales

- *Signo de Bell:* movimiento ocular sinérgico que se evidencia por la incapacidad del paciente para ocluir el ojo. Al intentarlo, el globo ocular se dirige hacia arriba hasta que la córnea visible queda oculta por el párpado superior (III).⁹
- *Ectropión:* eversión del párpado inferior con descubrimiento de la carúncula lagrimal.
- *Lagofthalmía:* el ojo del lado afectado está más abierto que el del lado sano, debido al predominio del tono del músculo elevador del párpado superior inervado por el tercer par craneal, sobre el orbicular de los párpados inervados por el facial (III).⁹
- *Algiacusia:* intolerancia al ruido.
- *Disgeusia:* alteración en el sentido del gusto.
- *Epífora:* lagrimeo debido a que las lágrimas no progresan hacia el saco lagrimal por la debilidad orbicular de los ojos.
- *Sincinesia:* movimiento involuntario y anárquico de la hemicara afectada.
- *Hemispasmo facial:* síndrome de compresión vascular caracterizado por contracción sincrónica de los músculos unilaterales, por aumento del tono en hemicara afectada que desaparece con el sueño (III).¹⁰
- *Blefaroespasmo:* contracción involuntaria asincrónica del músculo orbicular de los párpados (con frecuencia involucra la frente). Cuando se acompaña de movimientos de la parte baja de la cara, labios, lengua y músculos del cuello, se integra el síndrome de Meige. Se sospecha un componente extrapiramidal en su etiología (III).¹⁰
- *Movilización pasiva:* ejercicios realizados por el fisioterapeuta, mediante manipulación manual y reeducación frente al espejo; se llevan a cabo cuando la afectación muscular es severa y el paciente no es capaz de iniciar el movimiento voluntariamente.
- *Movilización activa asistida:* ayuda manual sujeta al esfuerzo muscular del paciente, que culmina en movimiento cercano al normal, con reeducación frente al espejo.
- *Movilización activa:* ejercicios llevados a cabo frente al espejo por el paciente sin intervención manual del fisioterapeuta.
- *Reeducación neuromuscular:* ejercicio terapéutico cuyo objetivo es el dominio voluntario

de la musculatura, mediante la activación, coordinación y resistencia a la fatiga. En parálisis facial estos ejercicios deben ser siempre realizados frente al espejo a fin de que el paciente tenga oportunidad de retroalimentar el movimiento.

Identificación y selección de datos

Las palabras clave de búsqueda fueron *Bell's palsy*, *facial paralysis*, *classification system*, *facial neuromuscular reeducation*, parálisis de Bell, parálisis facial, sistema de clasificación y reeducación neuromuscular facial.

En la base de datos Cochrane Library se consultó una revisión clínica sistematizada en fase de protocolo. En Medline se identificaron cuatro ensayos clínicos publicados aplicables al tratamiento en primer nivel de atención, así como artículos agregados independientemente de la metodología seguida en el estudio. Se incluyó bi-

bliografía básica. El periodo de búsqueda fue de 1995 a julio de 2002.

El material localizado fue reproducido y entregado para su lectura individual a cada uno de los elementos del equipo constructor de la guía. La selección de los artículos fue realizada por discusión entre los elementos del grupo; fueron utilizados los criterios de las guías para los usuarios de la literatura médica publicados en JAMA entre 1993 y 2000.

Para la clasificación de la categoría de la evidencia y fuerza de la recomendación que aparecen en números romanos entre paréntesis, se utilizaron las características descritas en el cuadro I.

Anotaciones al algoritmo

El diagrama orienta al diagnóstico, grado de lesión del nervio facial y la toma de decisiones en la referencia. La numeración en los recuadros

**Evangelina
Pérez Chávez et al.
Guía para atención
de parálisis facial**

Cuadro I
Clasificación del nivel de evidencia y fuerza de la recomendación aplicadas en esta guía clínica*

Categoría de la evidencia	Fuerza de la recomendación
Ia. Evidencia para meta-análisis de estudios clínicos aleatorios	A. Directamente basada en evidencia categoría I
Ib. Evidencia de por lo menos un estudio clínico controlado aleatorio	
IIa. Evidencia de por lo menos un estudio controlado no aleatorio	B. Directamente basada en evidencia categoría II o recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I
IIb. Al menos otro tipo de estudio cuasiexperimental o estudio de cohorte	
III. Evidencia de un estudio descriptivo no experimental, tal como estudios comparativos, estudios de correlación, casos y controles. Revisiones clínicas.	C. Directamente basada en evidencia categoría III o en recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II
IV. Evidencia de comité de expertos, reportes, opiniones o experiencia clínica de autoridades en la materia o ambas	D. Directamente basada en evidencia categoría IV o de recomendaciones extrapoladas de evidencia categoría I o II

* La categoría de la evidencia indica al usuario el origen de las recomendaciones emitidas. Modificado de Shekelle P, Woolf S, Eccles M, Grimshaw J. *Clinical guidelines. Developing guidelines. BMJ 1999;318:593-596.*

llevará al lector al texto o anexos dependiendo de las recomendaciones.

1. *Diagnóstico de parálisis facial periférica idiopática:* el diagnóstico es eminentemente clínico. La pérdida de la expresión facial completa o incompleta de un lado de la cara es de inicio agudo; frecuentemente está precedida por pródrómo viral (60 % de los pacientes) caracterizado por dificultad para movimientos faciales, dolor, generalmente de localización retroauricular, disgeusia, algiasia y alteraciones del lagrimeo. A la exploración física es evidente la asimetría, tanto al reposo como en movimiento; es necesario explorar el reflejo de parpadeo y el lagrimeo (III).¹¹ La alteración en el resto de los pares craneales es indicativa de valoración en el segundo nivel de atención médica (Ib, III).^{8,12}
2. *Identificar diagnósticos diferenciales y factores de riesgo asociados:* los pacientes en los que se establezca diagnóstico de parálisis facial de origen central, postraumática, congénita o con infección sistémica de herpes Zoster, así como aquellos con factores de riesgo asociados como embarazo, edad mayor de 65 años, diabetes mellitus, hipertensión, neoplasia, otitis, cuadro infeccioso generalizado y alteraciones neurológicas (cuadro II), deberán referirse a segundo nivel de atención, de acuerdo con la especialidad que se requiera (III).^{11,12}
3. *Clasificar de acuerdo con criterios de House-Brackmann:* la clasificación House-Brackmann define el grado de lesión del nervio facial de acuerdo con la presentación clínica en una escala de I a VI, y es de utilidad para el control de la evolución del paciente (cuadro III). Valora la postura facial en reposo y durante el movimiento

Cuadro II
Características clínicas de diagnósticos de parálisis facial diferenciales de la parálisis facial periférica

Diagnóstico diferencial ^{11,12}	Características
Parálisis facial de origen central Antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad vascular periférica, cardiopatías, alteraciones de la coagulación	Presentación generalmente unilateral, con afectación predominante de músculos de mímica facial inferior contralateral a la lesión, mínima o nula afectación de músculos frontal y orbicular de los párpados. Alteraciones agregadas de otros pares craneales, así como alteraciones motoras y sensoriales generalmente unilaterales de miembros torácicos y pélvicos, acompañadas con alteraciones de conciencia.
Parálisis facial congénita	Detección perinatal acompañada o no de lesiones a otros pares craneales. Asimetría en la expresión facial ante el llanto y la succión
Parálisis de origen traumático	Antecedente de trauma en región temporal o parietal, alteraciones de mímica facial siempre unilaterales.
Parálisis facial lentamente progresiva	Más de tres semanas o no retorno de la función dentro de seis meses, sugiere neoplasia.
Parálisis unilateral recurrente	Descartar neurinoma del acústico, que puede presentarse en las parálisis idiopáticas hasta en 30 % de casos.
Parálisis facial simultánea bilateral	Excluye a la parálisis de Bell como un diagnóstico.
Parálisis facial con infección sistémica de herpes Zoster	Presencia de alteraciones dermatológicas tipo vesículas, dolorosas, disestésicas, en cualquier región del cuerpo.

voluntario, así como presencia de movimientos anormales que acompañan el movimiento voluntario (III).¹³

Con la finalidad de establecer criterios unificados se presenta al lector una correlación entre la clasificación de House-Brackmann y la valoración convencional de la fuerza muscular en los servicios de rehabilitación. Cabe señalar que en esta última la calificación se otorga a cada músculo en particular, y el control subsecuente se hace de la misma forma. Los criterios de House-Brackmann consideran el funcionamiento global de la cara con especial énfasis en la oclusión palpebral y boca, por lo que se recomiendan para controles subsecuentes y toma de decisiones (IIb, III).^{8,13}

4. *Tratamiento inicial:* la acción prioritaria es la protección corneal y preservación de la visión. En todos los pacientes, independientemente del grado en el cual se clasifiquen, deberá iniciarse tratamiento básico, que consta de cuatro aspectos fundamentales:

- *Protección ocular:* uso de lentes oscuros con protección lateral, para evitar la irritación por rayos solares, efecto traumático del polvo y prevenir la lesión corneal por desecación. Lubricación ocular mediante ungüento oftálmico (sólo por la noche) y uso de lágrimas artificiales (metilcelulosa o hipromelosa, ambas una gota cada ocho horas por 10 días) (III).¹⁴ Oclusión ocular nocturna mediante parche oclisor y férula

**Evangelina
Pérez Chávez et al.
Guía para atención
de parálisis facial**

**Cuadro III
Clasificación de House-Brackman y sistema convencional de calificación de la parálisis facial**

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

bucal para provocar estiramiento de la comisura labial afectada. Evitar el lavado ocular con té de manzanilla, ya que propicia procesos infecciosos o alérgicos.* El personal de enfermería supervisará la correcta ejecución de los aspectos mencionados, según la prescripción médica correspondiente.

- **Educación al paciente:** informar al paciente sobre características de su patología y alternativas de tratamiento y diagnóstico, a fin de disminuir la ansiedad generada por la patología (III).¹⁵ 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 (III).¹⁴
- **Tratamiento farmacológico:** el tratamiento con corticosteroides demostró mejorar la incidencia de recuperación en pacientes con parálisis facial completa, a dosis equivalentes de 400 mg de prednisona, en los primeros siete días de iniciada la paresia facial (Ia A).¹⁶ Debido a que 20 % de los pacientes con parálisis facial incompleta (grado II de House-Brackmann) puede evolucionar a parálisis completa en los cinco días de evolución del cuadro, se sugiere el inicio de prednisona a 70 mg día (1 mg/kg de peso corporal) a todos los pacientes. Si la paresia se mantiene estable puede suspenderse progresivamente el esteroide en los siguientes cuatro días, completando una dosis total de 530 mg. Si el paciente presenta parálisis completa o ésta progresa a completa, el tratamiento con esteroides debe mantenerse los siguientes siete días hasta completar 680 mg (Ia B).¹ Ante factores de riesgo o situaciones que contraindiquen el uso de esteroides (cuadro II), se requiere vigilancia estrecha por el médico especialista.* El aciclovir (combinado con prednisona) es seguro y efectivo en la mejoría de la recuperación de pacientes con parálisis facial (Ia A).¹⁷ La combinación aciclovir-prednisona mejora la recuperación y disminuye la degeneración neural, en comparación con la prednisona sola. La dosis de 1000 mg diariamente (200 mg

cinco veces al día) como se recomienda para infección recurrente por herpes simple, por diez días, es teóricamente suficiente. Dosis mayores (2000 mg diarios) han sido usadas para asegurar la absorción intestinal; se deben considerar los efectos gastrointestinales colaterales y ante su presentación, hacer ajustes (Ib, Ib A).^{8,18}

- **Tratamiento no farmacológico a pacientes que requieren programa en casa:** las técnicas de ejercicio frente al espejo van encaminadas a que el paciente logre una rápida recuperación y óptima función del nervio facial, para lo cual se le instruirá y proporcionará una lista de ejercicios y masajes faciales que debe efectuar en casa frente al espejo (anexo 1), dos veces al día en aquellos pacientes manejados por el médico familiar.* Los pacientes que requieren programa en casa se mencionan en el inciso seis.
5. **Prescribir incapacidad temporal para el trabajo:** deben considerarse criterios clínicos como inoclusión palpebral incompleta, algia y lagrimeo de moderado a severo que interfieran con la actividad, así como las características del trabajo que desempeña el paciente.
 6. **Paciente portador de parálisis facial periférica clasificada en grado II o III de House-Brackmann:** será manejado por el médico familiar con revaloración a los siete a 10 días. La mejoría del cuadro se define por la recuperación funcional según clasificación de House-Brackmann y por ausencia de complicaciones. Se espera recuperación con el tratamiento médico instituido dentro de los primeros siete a 10 días. Si en la revaloración el paciente se mantiene clasificado en el mismo grupo o incluso presenta empeoramiento, debe canalizarse al servicio de rehabilitación de primer nivel para su atención. Ante complicaciones (conjuntivitis, sincinesias, úlcera corneal, blefaroespasma, ectropión del párpado inferior, lagoespasma severo y hemiespasma), se derivará al segundo nivel de la especialidad que corresponda.*
 7. **Paciente portador de parálisis facial periférica clasificada en grados IV a VI de House-Brackmann:** el médico familiar lo enviará al servicio de rehabilitación del primer nivel de atención para su tratamiento integral.

* Recomendación emitida por el consenso constructor de la guía (IV)

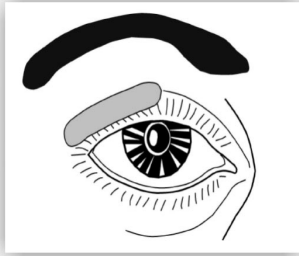


Figura 1. Imán depresor del párpado superior

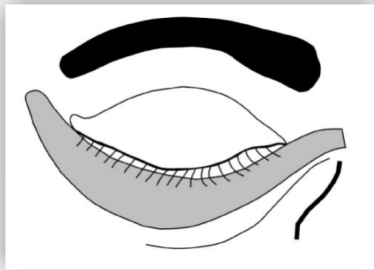


Figura 2. Férula elevadora del párpado inferior

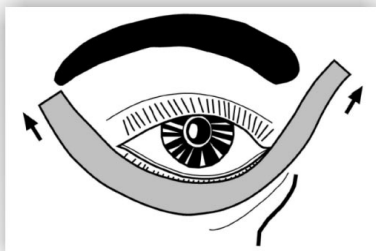


Figura 3. Opción alternativa. Férula elevadora de párpado inferior

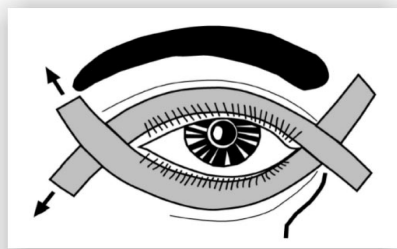


Figura 4. Férula depresora y elevadora del orbicular de los ojos



Figura 5. Parche oclisor

8. *Médico rehabilitador establece diagnóstico y tratamiento:* el tratamiento en los servicios de rehabilitación considera aspectos básicos de educación al paciente, uso de electroterapia, reeducación muscular supervisada y uso de ayudas técnicas como férula para comisura labial y parche ocular (figuras 1 a 5). Las férulas y ayudas técnicas serán elaboradas por la enfermera, quien enseñará al paciente su uso.

**Evangelina
Pérez Chávez et al.
Guía para atención
de parálisis facial**

Modalidades terapéuticas

- *Calor local:* compresa húmeda-caliente por 10 minutos a hemicara afectada, para mejorar la circulación.
- *Electroterapia:* la evidencia es controversial respecto al uso y efectividad de las electroestimulaciones en la recuperación de la parálisis facial periférica. Las investigaciones básicas sugieren la posibilidad de aumento de reinervación anómala con su uso, lo que se considera poco probable ya que se estimula el punto motor del músculo y no el nervio. Además, la estimulación no es retrógrada, es decir, si se estimula el músculo tendría que atravesar la unión mioneural o placa neuromuscular para llegar en forma retrógrada al nervio, lo cual no es factible. A la fecha las revisiones sistematizadas se encuentran en fase de protocolo (III),³ 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.*

* Recomendación emitida por el consenso constructor de la guía (IV)

Reeducación muscular supervisada

- *Reeducación muscular frente a espejo:* es la piedra angular del tratamiento rehabilitatorio, por lo que en el anexo 2 se detallan las recomendaciones de Matched y colaboradores, 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.

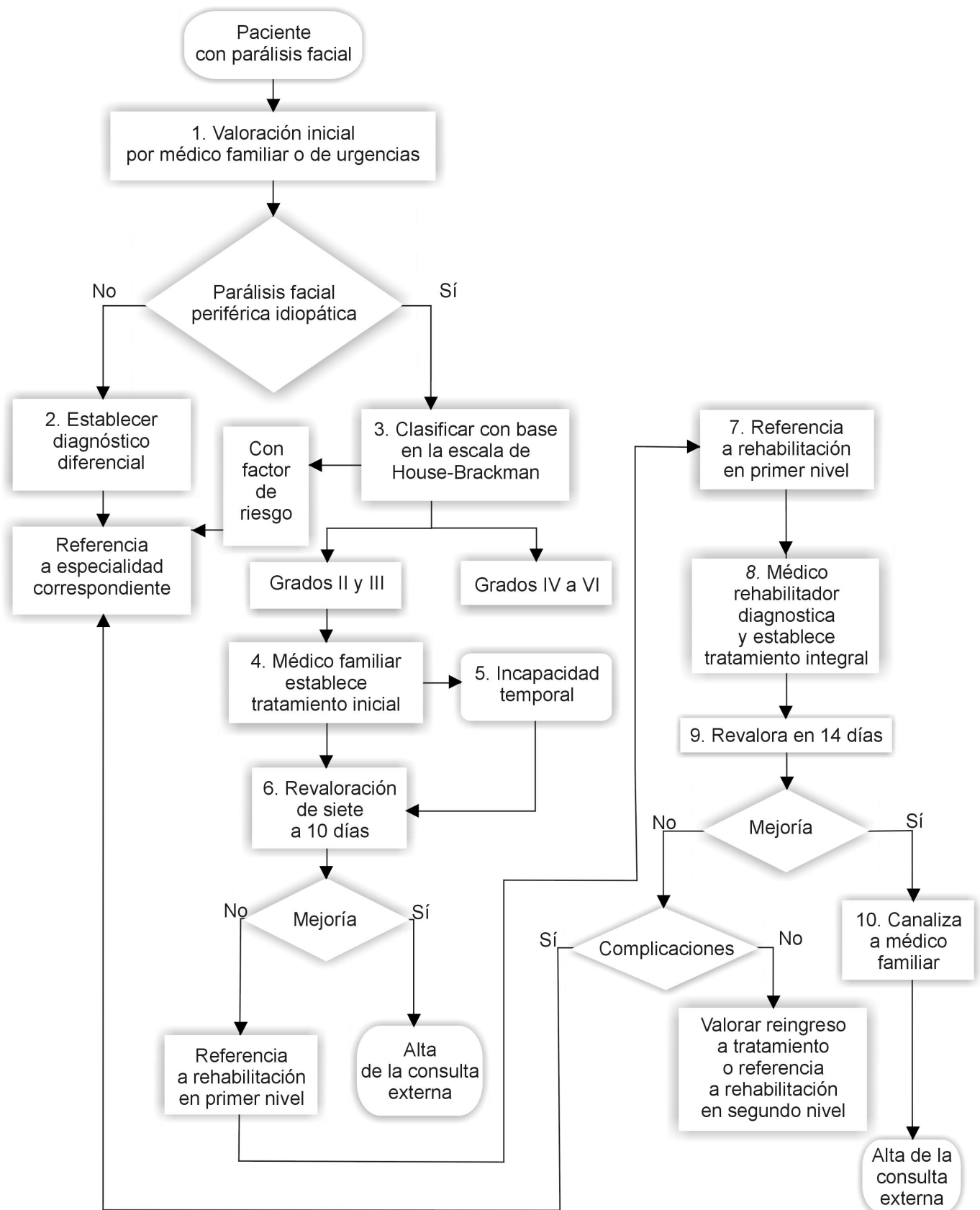
- *Uso de ayudas técnicas:* por prescripción médica, el personal de enfermería será el encargado de elaborar y capacitar al paciente en el uso de parche ocular y férula bucal y del párpado. El parche ocular de uso nocturno está indicado en pacientes con incapacidad para ocluir el ojo durante el sueño, 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.

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

10. *Referir al médico familiar:* ante mejoría, enviar al paciente con su médico familiar para su alta.

Referencias

1. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel MR, Burgess LPA. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve paralysis: A meta-analysis. *Laryngoscope* 2000; 110:335-341.
2. Dirección de Prestaciones Médicas. Datos estadísticos. SUI, Subsistema 10. Consultas de medicina familiar. Coordinación de Atención Médica, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2002.
3. Browning S, Hadjakoutis S. Electrical stimulation for Bell's palsy (protocol). *The Cochrane Library* 2002;3.
4. Devriese PP, Schumacher T, Scheide A, De Jongh R, Houtkooper JM. Incidence, prognosis and recovery of Bell's palsy. A survey of about 1000 patients (1974-1983). *Clin Otolaryngol* 1990;15:15-27.
5. Cohen, Yoram, Lavic, Ofer, Grisaru G, Soria, et al. Bell palsy complicating pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2000;55(3):184-188.
6. Brown JS. Bell's palsy: a 5 year review of 174 consecutive cases. An attempted double blind study. *Laryngoscope* 1982;92:1369-1373.
7. Ross B, Nedzelski JM, McLean JA. Efficacy of feedback. Training in long-standing facial nerve paresis. *Laryngoscope* 1991;101:744-750.
8. Adour KK, Ruboyanes JM, Von Doersten PG, Byl FM, Trent C S, Quesenberry CH P, Hitchcock T. Bell's palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996;105:371-378.
9. Cruz CJC, Novelo GE, Rodríguez PMA, Cruz MS. Parálisis facial. *Rev Sanid Mil* 1999;53(6):409-410.
10. Gary J, von Doersten PG. The facial nerve. Current trends in diagnosis, treatment and rehabilitation. *Med Clin North Am* 1999;83(1):179-95.
11. Brach JS, VanSwearingen JM. Not all facial paralysis is Bell's palsy: a case report. *Arch Phys Med Rehabil* 1999;80:857-859.
12. Keane J. Bilateral seventh nerve palsy: analysis of 43 cases and review of the literature. *Neurology* 1994;44:1198-2002.
13. Meadows A, Hall N, Shah-Desai S, Low JL, Manners R. The House-Brackmann system and assessment of corneal risk in facial nerve palsy. *Eye* 2000;14:353-357.
14. Chevalier AM. Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas *Enciclopedia Médico-Quirúrgica* 26-463-B-10.
15. Devriese PP. Treatment of sequelae after facial paralysis: a global approach. *J Laryngol Otol* 1998;112: 429-431.
16. Austin JR, Peskid SP, Austin SG, Rice DH. Idiopathic facial nerve paralysis: a randomized double blind controlled study of placebo *versus* prednisone. *Laryngoscope* 1993;103:1326-133.
17. Grogan PM, Gronseth G. Practice parameter: steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review) report of the quality standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2001;56:830-836.
18. Adour KK. Medical management of idiopathic (Bell's) palsy. *Otolaryngol Clin North Am* 1991;24: 553-573. **rm**

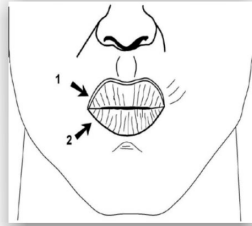


Algoritmo. Diagnóstico, terapéutica y criterios de referencia en parálisis facial periférica idiopática

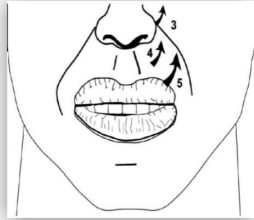
Anexo 1

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

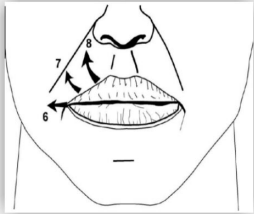
Contraer los labios como si se fuera a dar un beso
(1. Orbicular de los labios. 2. Compresor)



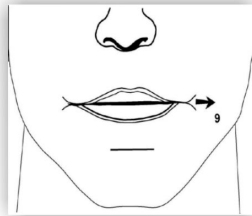
Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes
(3. Dilatador de la nariz. 4. Canino. 5. Elevador del labio superior)



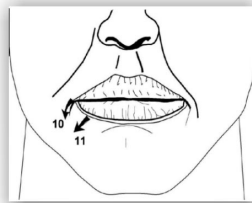
Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote
(6. Buccinador. 7. Cigomático mayor. 8. Cigomático menor)



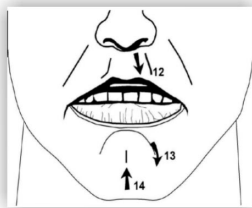
Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás
(9. Risorio)



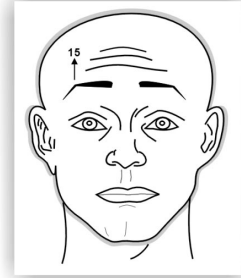
Apretar los dientes lo más fuerte posible
(10. Cutáneo del cuello. 11. Triangular de los labios)



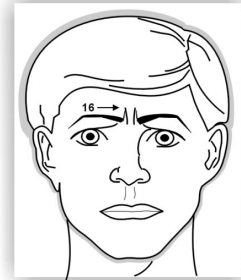
Arrugar el mentón
(12. Mirtiforme. 13. Cuadrado de la barba. 14. Borla de la barba)



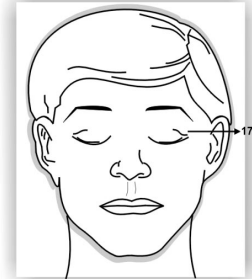
Elevar las cejas
(15. Occipitofrontal)



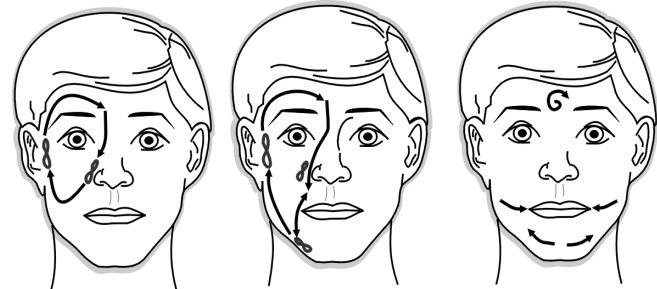
Juntar las cejas
(16. Ciliar)



Cerrar los ojos
(17. Orbicular de los párpados)



Colocar el pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior; mantener la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho.



Diferentes tipos de masaje facial

Anexo 2 Recomendaciones de Matched para reeducación muscular

Evangelina
Pérez Chávez et al.
Guía para atención
de parálisis facial

Categoría inicial

Se caracteriza por asimetría en reposo, movimientos mínimos voluntarios. Ausencia de sincinesias y daño funcional severo.

- *Ejercicios activos asistidos*: el paciente se auxilia por los dedos 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 involucreada y sostenerla por unos segundos. La asistencia manual disminuirá progresivamente de acuerdo con la recuperación muscular.
- *Ejercicios activos*: se realizan una vez que el músculo ha sido clasificado en grado II. Retirando la presión digital, 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.
- *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. Se indican actividades de entrecerrado de ojos, de cinco a 10 repeticiones, tres veces al día, evitando la fatiga muscular. Es importante individualizar cada uno de los músculos ya que de esto depende el tratamiento rehabilitatorio.

Categoría de facilitación

Se caracteriza por incremento de movimientos voluntarios y ausencia de sincinesias.

- 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. No provocar sobreesfuerzo en hemicara sana pues puede causar desequilibrio muscular.
- Indicar que haga sonidos pronunciando consonantes y vocales en forma aislada y palabras que favorezcan el músculo orbicular de los labios.
- Los ejercicios se indican de una a dos veces al día, de 10 a 20 repeticiones y limitarlos de tres a cinco en aquellos músculos con fuerza muscular calificada en dos. Todos los ejercicios se realizarán frente a un espejo; es importante mantener simetría en los movimientos faciales.

Categoría 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.

Ejercicios de estiramiento para lograr disociación

- *Ojo-boca*: si durante la actividad del orbicular del párpado derecho se observa que la comisura labial se levanta hacia arriba y afuera con la cara en reposo, el paciente deberá inhibir el cigomático mayor.
Técnica: el paciente colocará su pulgar izquierdo en el interior de la mejilla derecha, con el índice y el medio en el exterior, mantendrá la mejilla estirada entre los tres dedos oblicuamente hacia abajo y hacia el lado sano sin tirar del párpado inferior derecho. Cerrará los ojos suavemente, luego con fuerza, manteniendo la mejilla estirada.

Continúa en página siguiente...

- *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.

Es importante enfatizar en la calidad de los ejercicios y no en la cantidad. Se recomienda realizarlos dos a tres veces al día contrayendo cada músculo aproximadamente durante 10 segundos.

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. Es importante que el paciente se concentre en la calidad del ejercicio y no en la cantidad. Se recomiendan cinco repeticiones bien ejecutadas al día.

Categoría de relajación

Palmopercusiones a hemicara afectada.

- *Ejercicios de relajación Jacobsen's*: contracción sostenida de tres a cinco segundos, seguidas de relajación completa aplicada a músculos faciales específicos.