



# Perfil clínico y epidemiológico de la parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango, México

Carmen Alicia Aboytes-Meléndez,\* Alejandro Torres-Valenzuela\*\*

## RESUMEN

**Objetivo:** Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con parálisis facial periférica aguda (PFPA) que acudieron al Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango durante 2002 y 2003. **Material y métodos:** Estudio descriptivo mediante revisión de expedientes de pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica aguda valorados por primera vez durante 2002 y 2003, con análisis estadístico mediante estadística descriptiva con Epi-info para Windows y estadística inferencial. **Resultados:** Se analizaron 203 expedientes. La edad media fue 40 años (DE 19.7; [IC<sub>95%</sub> = 39.81,40.19]); 123 (61%; [IC<sub>95%</sub> = 54%;67%]) eran mujeres. Las características clínicas son similares a las reportadas en otros estudios. Más del 50% acudió al Centro dentro de las primeras dos semanas de evolución y el 84% ([IC<sub>95%</sub> = 79,89]) había recibido tratamiento previo a su ingreso. Los tratamientos más comunes fueron vitaminoterapia y prednisona (61 y 35% [IC<sub>95%</sub> = 54,68 y 28,41], respectivamente). El tratamiento fisiátrico más comúnmente indicado como primera opción fue electroterapia o ejercicio (66 y 65% [IC<sub>95%</sub> = 57,74 y 58,71], respectivamente) a pesar de que su empleo como tratamientos de primera elección es controvertido. El 72.7% ([IC<sub>95%</sub> = 67,79]) de los pacientes seguidos hasta el egreso mejoraron antes de tres meses posterior a la valoración inicial. La secuela más frecuente fue la debilidad con 33.6% ([IC<sub>95%</sub> = 25,42]). **Conclusiones:** No hay diferencia en el comportamiento epidemiológico de la parálisis facial. El tratamiento fisiátrico de primera elección es la electroterapia y el masaje. La deserción es alta. Parece ser más efectivo el tratamiento con láser que con electroterapia.

**Palabras clave:** Parálisis facial, rehabilitación, fisioterapia, complicaciones, epidemiología, tratamiento.

## ABSTRACT

**Objective:** To identify clinic and epidemiologic features of patients with facial palsy attended at CREE Durango since 2002 through 2003. **Material and methods:** Descriptive design with a review of patient's files attended at the CREE for the first time with diagnostic of facial palsy since 2002 through 2003. Statistical analysis was made with descriptive statistics using Epi-Info for Windows and inferential statistics. **Results:** There were 203 files analyzed. Mean age was 40 years (SD 19.7; [IC<sub>95%</sub> = 39.81,40.19]), 123 (61%; [IC<sub>95%</sub> = 54%;67%]) were women. Clinical features are similar to those reported in other papers. More than 50% attended the CREE between the first two weeks of disease and 84% ([IC<sub>95%</sub> = 79,89]) had received previous treatment. More common treatments prescribed were vitamins and prednisone (61% and 35% [IC<sub>95%</sub> = 54, 68 y 28, 41], respectively). Physiatric treatment more prescribed at the first time was electrotherapy or exercise (66% and 65% [IC<sub>95%</sub> = 57, 74 y 58, 71], respectively) although their use is controversial. 72.7% ([IC<sub>95%</sub> = 67, 79]) of patients followed until discharged got better before three months after first review. Most frequent sequelae was weakness in 33.6% ([IC<sub>95%</sub> = 25, 42]). **Conclusion:** There is not difference with the epidemiologic features of this paper and others. Physiatric treatments most used are electrotherapy and exercise. Desertion is high. Treatment with laser seems to be better than treatment with electrotherapy.

**Key words:** Facial palsy, rehabilitation, physiotherapy, complication, epidemiology, treatment.

\* Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) de Durango, Durango, México.

\*\* División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Juárez del Estado de Durango.

## INTRODUCCIÓN

La parálisis facial es una patología relativamente frecuente cuya incidencia varía entre 11.5 y 40.2 casos por 100,000 personas/año.<sup>1-3</sup> En unidades de rehabilitación en México ocupa uno de los diez primeros lugares de atención.<sup>4</sup> Su etiología es variable e incluye causas traumáticas, neoplásicas y metabólicas, pero la más común es la de origen idiopático,<sup>5</sup> aunque principalmente en el grupo de las consideradas metabólicas, se ignora si tienen causas similares a las de la parálisis facial idiopática en algún porcentaje.

Desde que se describió por primera vez en 1830,<sup>3</sup> se han planteado diversas teorías para explicar su etiopatogenia; las más recientes incluyen la hipótesis de la isquemia vascular, inmunológica y de compresión, y en los últimos años ha surgido la hipótesis vírica, con diversas investigaciones que la apoyan.<sup>6-8</sup>

Aún es necesario ahondar respecto a su epidemiología y tratamiento, que son controvertidos y, en cuanto al último, no se ha podido llegar a un consenso sobre su utilidad o bien, de su potencial perjuicio para el paciente;<sup>1,2</sup> también se desconocen los factores que mejoran o empeoran el pronóstico, incluso existen ideas consideradas como ciertas, pero de las que no hay una comprobación científica.

Con base en lo anterior, y considerando que el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) de la ciudad de Durango, Durango, es un centro especializado que da cobertura a las dos terceras partes de la población del estado, y en el que la parálisis facial ocupa el quinto lugar como motivo de atención, se realizó el presente estudio con el objetivo de conocer el perfil clínico y epidemiológico de los pacientes que acuden a solicitar atención médica por esta patología, con la finalidad de actuar en consecuencia con los resultados del mismo, ampliando un reporte previo.<sup>9</sup>

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un estudio descriptivo en el que se analizaron los expedientes de los pacientes que ingresaron con diagnóstico de parálisis facial periférica aguda (PFPA), al Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) de la ciudad de Durango, durante el periodo comprendido entre enero del 2002 y diciembre del 2003. Se pretendió estudiar a toda la población usuaria en el lapso analizado, por lo que no se calculó tamaño de muestra. Los expedientes de los pacientes que no acudieron a la consulta de primera

vez fueron excluidos, y se eliminaron los que no contenían todos los datos a analizar o cuyo diagnóstico definitivo no correspondía al diagnóstico de estudio. Tomando en consideración que el estudio es de carácter documental, se clasifica dentro de los estudios sin riesgo de acuerdo con el artículo 17 del Título Segundo del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de los Estados Unidos Mexicanos y se garantizó la confidencialidad de los datos.

El protocolo fue previamente autorizado por las instancias correspondientes del CREE. Los expedientes se identificaron primeramente a partir de las hojas diarias del médico y se localizaron en el archivo clínico del Centro, después de lo cual, y mediante observación directa por parte del investigador principal, se identificaron los datos concernientes al estudio, los cuales se vertieron en un instrumento diseñado ex profeso para la recolección de la información.

Las variables se dividieron en cuatro grupos: el primero incluyó las características clínicas de los pacientes; el segundo, investigó las características epidemiológicas; el tercero se refirió a lo concerniente al tratamiento; por último, el cuarto grupo identificó la evolución de la enfermedad. Se utilizó el programa estadístico Epi-Info para Windows versión 3.2.2 para procesar la información. Los datos se describieron con medidas de tendencia central y medidas de dispersión, y las diferencias entre grupos se analizaron con la prueba de hipótesis de diferencia de proporciones para las variables en las que se manejaron porcentajes para describirlas, la prueba de la mediana para analizar los tiempos de evolución entre grupos y la prueba de chi cuadrada, utilizando un valor de  $p < 0.05$  para establecer la significancia estadística.

## RESULTADOS

Se identificaron 244 expedientes de pacientes con diagnóstico de ingreso de PFPA que habían acudido a la consulta de primera vez del Servicio de Rehabilitación. Fueron eliminados del estudio 12 (5.9%) casos porque el diagnóstico definitivo no correspondió a PFPA, 22 (10.8%) por no contener todos los datos de interés y siete (3.4%) por no encontrarse en el archivo durante la recolección de datos. De acuerdo con la información recabada a partir de las hojas diarias del médico, se atendieron 4,215 pacientes en el Servicio de Rehabilitación durante los dos años que comprendió el estudio, con lo que se deduce que el

porcentaje de pacientes de primera vez atendidos con este diagnóstico es de 5.8%, ocupando uno de los cinco primeros lugares de atención como causa de consulta de rehabilitación en este Centro.

De los 203 expedientes que fueron incluidos en el análisis final y que corresponden al mismo número de pacientes, se obtuvieron los resultados que se expresan a continuación.

La edad promedio de los pacientes fue de 40 años (desviación estándar [DE]: 19.7) y la mediana se ubi-

có en los 39 años, con un rango de edad de tres a 82; su distribución se resume en el *cuadro I*, donde se observa que el grupo de edad más afectado fue el de 19 a 40 años, con una frecuencia 35.5%. Se encontraron 123 mujeres (60.6%) y 82 (39.4%) hombres, con una diferencia estadísticamente significativa con valor de  $p < 0.005$ . No hubo diferencia en la frecuencia de deserción o la severidad entre el grupo de mujeres y el de hombres.

Los datos clínicos más frecuentemente reportados por el paciente se muestran en el *cuadro II*. A la exploración física se encontró asimetría en 149 casos (73.4%), lagofthalmos en 127 (62.6%) y signo de Bell en 108 (53.2%). El *cuadro III* presenta la fuerza muscular encontrada por músculos individuales. En un análisis global, se encontró una calificación global de 0 (que indica mayor severidad) en 78 pacientes (38.4%), de 1 en 62 sujetos (30.5%), de 2 en 43 individuos (21.2%) y de 3 en 19 enfermos (9.4%). En 105 de los pacientes se afectó el lado izquierdo, constituyendo el 51.7% de los casos.

El tiempo promedio de evolución al momento del ingreso fue de 3.43 semanas (DE 3.95; [IC<sub>95%</sub> = 2.9, 4.0]), con una mediana de 2. Veintidós sujetos (10.8%; [IC<sub>95%</sub> = 7.1, 15.7]) tuvieron parálisis facial

**Cuadro I.** Distribución por grupos de edad de los pacientes con parálisis facial periférica aguda.

Edad (años)	n	%
0 a 11	16	7.9
12 a 18	18	8.9
19 a 40	72	35.5
41 a 60	60	29.5
> 61	37	18.2
<b>Total</b>	<b>203</b>	<b>100.0</b>

Las edades están distribuidas con la siguiente lógica: niños, adolescentes, adulto joven, adulto maduro, adulto mayor.

**Cuadro II.** Datos clínicos más frecuentes reportados por los pacientes con parálisis facial periférica aguda.

Síntoma	Frecuencia (%)	IC <sub>95%</sub>
Disgeusia	43.8	37.1; 50.7
Dolor retroauricular	40.4	33.8; 47.3
Desviación de la comisura labial	38.4	31.9; 45.3
Hiperacusia	31.0	25.0; 37.7
Epífora	28.6	22.7; 35.1
Dificultad para la oclusión ocular	13.3	9.1; 18.5
Alteraciones sensoriales de la hemicara afectada	11.8	7.9; 16.8

**Cuadro III.** Fuerza muscular en la primera evaluación de los pacientes con parálisis facial periférica aguda.

Músculo	Fuerza muscular			
	0	1	2	3
Frontal	79	55	50	18
Superciliar	75	60	46	19
Piramidal de la nariz	90	53	42	17
Grupo de los cigomáticos	102	44	40	17
Orbicular de los párpados	66	64	54	16
Orbicular de los labios	77	67	45	15
Borla de la barba	80	60	43	20

**Cuadro IV.** Tratamientos prescritos como primera elección para pacientes con parálisis facial periférica aguda.

Tratamiento	n	Frecuencia (%)	IC <sub>95%</sub>
Electroterapia	182	89.7	84.9; 93.3
Exponencial	23		
Corriente alterna	47		
Interferenciales	36		
No especificado	76		
Ejercicios de reeducación	131	64.5	57.8; 70.9
Masoterapia	109	53.7	46.8; 60.5
Láser	75	36.5	30.5; 43.8

previa. La proporción de pacientes con mayor debilidad en el grupo con parálisis facial previa fue de 31.8% (IC<sub>95%</sub> de 15.1, 53.0) y para el grupo sin parálisis facial previa fue de 39.6% (IC<sub>95%</sub> 32.7, 47.0). No hubo diferencia significativa en el tiempo de evolución o la frecuencia de deserción entre los enfermos del grupo con parálisis facial previa y los del grupo sin ella al compararlos con la prueba de la mediana. No se encontró un patrón estacional al comparar la frecuencia de la época del año de presentación con la prueba de chi cuadrada.

En cuanto a la etiología, analizada desde el punto de vista de Jorba-Basave y colaboradores,<sup>5</sup> se encontró un paciente posoperado de resección de neurinoma del acústico ipsilateral, otro enfermo con parálisis asociada a herpes zóster, uno con un carcinoma epidermoide de la glándula parótida y otro más ligado a traumatismo. Estuvo asociada con cambios metabólicos en 69 casos (34.0%; [IC<sub>95%</sub> = 27.7, 40.7]). Con lo anterior puede concluirse que el 63.6% de los casos fue de origen idiopático (IC<sub>95%</sub> 56.7, 70.0). De los pacientes que presentaron problemas metabólicos asociados, 20 (29.0%, [IC<sub>95%</sub> = 19.2; 40.5]) tuvieron diabetes mellitus, 30 (43.5%; [IC<sub>95%</sub> = 32.2; 55.3]) hipertensión arterial, 16 (23.2%; [IC<sub>95%</sub> = 14.4; 34.2]) diabetes mellitus e hipertensión arterial y tres (4.4%; [IC<sub>95%</sub> = 1.1; 11.4]) estaban embarazadas. La frecuencia de fuerza muscular en 0 en el grupo de pacientes sin enfermedades metabólicas concomitantes fue de 42.5% (IC<sub>95%</sub> 31.1, 53.8); mientras que en el grupo de pacientes con parálisis facial de origen idiopático fue de 38.7% (IC<sub>95%</sub> 34.2, 43.1), sin diferencia estadísticamente significativa.

De los sujetos que presentaron problemas metabólicos asociados, 20 (27%, [IC<sub>95%</sub> = 16.9, 37.1]) tuvieron diabetes mellitus, 30 (40.5%; [IC<sub>95%</sub> = 29.3, 51.7]) hipertensión arterial, 16 (21.6%; [IC<sub>95%</sub> = 12,

30.9]) diabetes mellitus e hipertensión arterial, tres (4%; [IC<sub>95%</sub> = 0, 8.5]) estaban embarazadas y cinco (6.8%; [IC<sub>95%</sub> = 1.1, 12.5]) presentaban otro tipo de problemas como insuficiencia venosa periférica. La frecuencia de fuerza muscular en 0 en el grupo de pacientes con enfermedades metabólicas concomitantes fue de 42.0% (IC<sub>95%</sub> 30.8, 53.9), mientras que en el grupo de pacientes con parálisis facial de origen idiopático fue de 38.0% (IC<sub>95%</sub> 29.9, 46.6), sin diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos.

En lo que se refiere a los aspectos clínicos relacionados con la evolución y el tratamiento, 162 pacientes (79.8%; [IC<sub>95%</sub> = 73.9, 84.9]) recibieron algún tipo de tratamiento antes de su ingreso. Entre los tratamientos utilizados fueron referidos complejo B en 122 casos (75.3%), esteroides en 72 (44.4%), antiinflamatorios no esteroideos en 57 (35.2%), antineuríticos en 28 (17.3%) y lubricante ocular en 23 (14.2%). Otros tratamientos incluyeron antivirales, antibióticos, fisioterapia y relajantes musculares. Se prescribieron cinco fármacos o más en 20 (12.3%; [IC<sub>95%</sub> = 7.9, 18.1]) de los casos, sin que esto hiciera una diferencia estadísticamente significativa con el tiempo de evolución o el porcentaje de secuelas.

El tratamiento fisiátrico más comúnmente prescrito en la primera valoración se resume en el *cuadro IV*. Otros recursos utilizados fueron ultrasonido, compresas calientes y rayos infrarrojos; lo más común fue prescribir tres modalidades de tratamiento en la valoración inicial (45.3%). En cuanto al tratamiento médico en el CREE, se prescribió ya sea inicial o adicional al que ya tenían en 81 pacientes (39.9%). Se utilizó complejo B en 69 (85.2%) enfermos, metilcelulosa ocular en 31 (38.3%), prednisona en 15 (18.5%) y antineuríticos como carbamacepina u oxcarbacepina en 14 (17.3%). El tiempo de estancia en tratamiento en la institución se resume en el *cuadro*

V; la mediana fue de siete semanas. Noventa y cuatro personas (46.3%) desertaron en algún momento del seguimiento médico, de las cuales 61 (30% del total de la muestra) lo hicieron antes de la primera valoración subsecuente y el resto en diferentes momentos durante el seguimiento.

Se presentaron secuelas en 44 de los casos seguidos hasta su egreso (40.4%); dos (1.8%) presentaron sincinesias, uno (0.9%) mostró "lágrimas de cocodrilo", tres (2.8%) tuvieron debilidad y sincinesias y 39 (35.8%) presentaron debilidad, pero sólo nueve (8.3%) fueron seguidos por más de seis meses. En cuanto al tratamiento administrado, de los 23 pacientes que recibieron electroterapia con corriente exponencial, tres presentaron sincinesias (13% [IC<sub>95%</sub> = 3.4, 31.5]) y 15 debilidad (65.2% [IC<sub>95%</sub> = 44.5, 82.4]); de los que recibieron tratamiento con láser, uno presentó sincinesias (1.3% [IC<sub>95%</sub> = 0.1, 6.4]) y 17 debilidad (22.7% [IC<sub>95%</sub> = 14.3, 33.1]). Tres de los sujetos tratados con ultrasonido (8.3% [IC<sub>95%</sub> = 2.2, 21.0]) presentaron debilidad. Se encontró valor de  $p < 0.001$  para la diferencia en la proporción de pacientes con secuelas entre los enfermos que recibieron electroterapia y los que recibieron láser, mientras que no hubo diferencia en la proporción de secuelas entre los pacientes que recibieron láser y ultrasonido.

Respecto al tratamiento farmacológico, de los que recibieron prednisona, uno (1.4% [IC<sub>95%</sub> = 0.1, 6.7]) presentó sincinesias y 16 (22.2% [IC<sub>95%</sub> = 13.7, 32.9]) debilidad; y de los que consumieron complejo B, 28 (22.9% [IC<sub>95%</sub> = 16.1, 31.0]) presentaron debilidad y dos (1.6% [IC<sub>95%</sub> = 0.3, 5.3]) sincinesias; mientras que de los que no recibieron tratamiento farmacológico, 11 (22.5% [IC<sub>95%</sub> = 12.4, 35.7]) tuvieron debilidad residual y uno (2.0% [IC<sub>95%</sub> = 0.1, 9.7]) sincinesias. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de complicaciones entre los que recibieron terapia farmacológica con esteroides y los que recibieron tratamiento con complejo B o los que no recibieron tratamiento.

## DISCUSIÓN

Morgan en 1992 (citado por Campbell) sugirió que la PFFA era más común entre jóvenes y adultos de edad media; en este estudio el grupo de 19 a 40 años fue el que presentó la mayor frecuencia, lo cual es similar a lo reportado por Domínguez<sup>10</sup> quien registró una frecuencia del 70% en este grupo etario, pero difiere de lo notificado por Rowlands,<sup>2</sup> quien indica que la incidencia incrementó con la edad. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la proporción de hombres y mujeres que acudieron por este diagnóstico a favor de las mujeres, lo que coincide con lo señalado por Campbell<sup>1</sup> quien halló una relación de 1.12 a favor de las mujeres. Por otra parte, no hay muchos estudios que reporten el lado afectado en el grupo de estudio, pero la mayor frecuencia de afección en el lado izquierdo coincide con lo referido por González<sup>4</sup> en su documento; tampoco se encuentran estudios que analicen la severidad respecto al lado afectado. En lo que concierne a la localización topográfica de la lesión, Domínguez informa que el 70% de sus casos fueron lesiones distales al nervio cuerda del tímpano, mientras que nosotros pudimos inferir una frecuencia del 74.9% de lesiones proximales al mismo; sin embargo, es importante reconocer que mientras Domínguez hace pruebas especiales para determinar la presencia de disgeusia, en nuestro medio nos basamos exclusivamente en el interrogatorio, lo que puede dar poca confiabilidad al diagnóstico topográfico en nuestro caso. Tradicionalmente se ha considerado que estas lesiones (llamadas supracordales en algunos medios, donde se refieren como infracordales las que se localizan distalmente a la emergencia del citado nervio) son más severas que las lesiones distales; pero en este estudio no se encontró una proporción mayor de debilidad o asimetría en el grupo con lesiones proximales a la cuerda del tímpano ni un mayor tiempo de estancia en trata-

**Cuadro V.** Tiempo de estancia en tratamiento de los pacientes con parálisis facial periférica aguda.

<i>Tratamiento</i>	<i>n</i>	<i>Frecuencia (%)</i>	<i>IC<sub>95%</sub></i>
Egreso en la primera valoración	27	13.3	9.1; 18.5
Menos de un mes	23	11.3	7.5; 16.3
De uno a tres meses	27	13.3	9.1; 18.5
De tres a seis meses	18	8.9	5.5; 13.4
Seis meses y más	14	6.9	4.0; 11.0

miento entre este grupo. Respecto al tiempo promedio de evolución, Domínguez reporta que el 33% de los pacientes acudieron en las primeras cuatro semanas de evolución, mientras que en nuestro grupo el 50% de los pacientes acudió y fue atendido en las dos primeras semanas de evolución. Al igual que lo informado por Rowlands,<sup>2</sup> no se encontró un patrón de presentación estacional.

En cuanto a la frecuencia de parálisis facial previa, Hallmo y Boddie (citados por Scola)<sup>11</sup> reportan una frecuencia de 10 a 14% y Yetiser<sup>12</sup> la estima entre 4 y 7%; en este estudio se encontró una frecuencia del 10.8%. Por otra parte, Navarrete<sup>7</sup> indica que en su grupo de pacientes se observó un predominio de los síntomas (dolor y disacusia) y de los datos obtenidos en la exploración física (signo de Bell, prueba de Schirmer, y electroneurografía menor del 10% de la actividad nerviosa a los 10 días de evolución de la parálisis facial) considerados de peor valor predictivo en los pacientes con PF recurrente; sin embargo, nosotros observamos que su evolución y severidad no diferían respecto al grupo con parálisis facial única.

Respecto a la etiología y con base en la nomenclatura publicada por Jorba-Basave,<sup>5</sup> Domínguez reporta que en su serie 60.8% tuvo origen idiopático y 23% tuvo antecedente metabólico (diabetes mellitus); nosotros encontramos 36.5% asociado a problemas metabólicos y 62% de causa aparentemente idiopática. Navarrete informa que, al menos para la parálisis facial recidivante, hay mayor asociación con hipertensión arterial; nuestra serie de pacientes presenta también una mayor asociación con hipertensión arterial que con diabetes mellitus, pero sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa y tampoco se encontró diferencia en la evolución de los enfermos con parálisis facial idiopática en relación con los que estuvieron asociados a problemas metabólicos, a diferencia de lo consignado por Navarrete, quien refiere relación entre la presencia de enfermedades sistémicas y la evolución y pronóstico de la enfermedad.

Respecto al tratamiento, Rowlands<sup>2</sup> refiere que, en un estudio efectuado en el Reino Unido, sólo 35.6% de los pacientes recibieron esteroide (pero no antiviral), mientras que en esta serie se manejó en 44.4% de los mismos. Por su parte, Domínguez indica que los fármacos más frecuentemente prescritos antes de la primera consulta de Rehabilitación fueron tiamina, gotas y ungüentos oftálmicos y esteroides, similar a lo encontrado en esta serie. Cabe mencionar que continúa la controversia en cuanto a la utilidad

del tratamiento farmacológico; Salinas,<sup>13</sup> en un meta-análisis sobre manejo con prednisona, y Rodríguez, en un estudio sobre aciclovir, concluyen que se requieren más estudios para demostrar la conveniencia o no del uso de estos fármacos; mientras que Shannon<sup>14</sup> refiere que el uso temprano de los corticosteroides resulta en una frecuencia menor de sincinesias y posiblemente aumente las tasas de recuperación en adultos, pero no en niños, aunque añade que se requieren otros estudios.

El tratamiento de fisioterapia es aún más controvertido. Buttress<sup>15</sup> reporta que no hay estudios publicados que involucren la terapia física en ese periodo y que no existe evidencia que sugiera que el ejercicio o la electroterapia sean benéficos en la fase aguda ni en el paciente de larga evolución; mientras que Flores,<sup>16</sup> en un estudio realizado en México, reporta que la electroterapia es más efectiva que la prednisona, puesto que acorta el tiempo de evolución de los pacientes con parálisis facial periférica aguda. Chevalier<sup>17</sup> refiere que el tratamiento incluye "calor, masaje y electroterapia con base exponencial", pero la publicación es de 1990; mientras que Rioja Toro,<sup>18</sup> en su reporte de casos, refiere que el uso de electroterapia puede empobrecer la evolución del paciente y recomienda la utilización del láser y el ultrasonido. La revisión más completa respecto al tratamiento de rehabilitación es la realizada por Monje<sup>19</sup> quien registró que la electroterapia con corriente exponencial produce una mayor atrofia de las fibras nerviosas tipo I asociadas al control motor fino y que, aunque algunos grupos de trabajo han utilizado la electroterapia con corriente directa para parálisis facial crónica, en términos generales su uso en la actualidad se considera disruptivo para la recuperación. En lo que se refiere al ejercicio, se considera que si se inicia antes de que haya evidencia clínica de reinervación puede producir una sobreactivación de la hemicara no afectada, aumentando la asimetría facial. Por último, no se considera al calor ni al masaje como parte del arsenal terapéutico actual y tampoco hace alusión al tratamiento con láser o con ultrasonido. A este respecto, como se observa en el estudio presente, en este Centro se continúa el uso de la electroterapia, el ejercicio y el masaje como principales recursos de tratamiento, lo que puede estar en relación con el tiempo de evolución del paciente o con corrientes de tratamiento que han perdido vigencia.

Referente al tiempo de seguimiento, el 50% de los pacientes de esta serie fueron seguidos durante siete semanas y, de ellos, sólo 6.9% por más de seis meses. De acuerdo con Rodríguez, se necesi-

tan seguimientos hasta de 18 meses para determinar si un paciente quedará con secuelas permanentes o no; pero ellos mismos reportan que el seguimiento por lo general no va más allá de seis meses en la mayoría de los estudios.

Respecto a las secuelas, la debilidad fue el evento que se presentó con una mayor frecuencia; a diferencia de lo que refiere Monje, quien indica que las secuelas más importantes son las sincinesias. Domínguez no registra la debilidad y refiere una frecuencia de 7.3% de pacientes con sincinesias, mientras que en este reporte se encontraron 1.8% casos con esta complicación. Se supone que las sincinesias se producen por una dirección equivocada de los axones regenerados<sup>20</sup> y se definen como movimientos involuntarios de uno o más músculos que se contraen en forma sincrónica con la contracción voluntaria de otro. En cuanto a la debilidad, Monje la define también como una actividad muscular voluntaria pobre por reinervación incompleta de las unidades motoras y refiere que es la complicación menos frecuente, mientras que Rodríguez considera que no existen datos sobre la proporción de pacientes con una recuperación incompleta al año de iniciarse la parálisis facial, debido a que los seguimientos son menores a un año. En nuestro estudio, 39 sujetos (19.2%) presentaron debilidad al momento del egreso, pero sólo 4.4% de los pacientes presentaron debilidad después de estar más de seis meses en tratamiento y sólo cuatro pacientes con debilidad tuvieron un año de estancia en terapia. Llama la atención que la proporción de enfermos con complicaciones es menor en el grupo que recibió láser en comparación con el que recibió electroterapia con corriente exponencial, encontrándose incluso una diferencia estadísticamente significativa en esas proporciones, lo que sugiere que puede haber beneficio en el tratamiento con láser, pero esto debe comprobarse mediante ensayos clínicos aleatorios. La proporción de pacientes con complicaciones es muy similar entre los que recibieron tratamiento farmacológico y los que no lo recibieron, lo que concuerda con los datos de Rodríguez, Shannon y Salinas, quienes informan que no hay datos concluyentes respecto de la utilidad de los fármacos para el tratamiento de la parálisis facial.

## CONCLUSIONES

En el CREE Durango, la parálisis facial ocupa uno de los diez primeros lugares como motivo de atención en el Servicio de Rehabilitación. Sus características epidemiológicas son similares a las reporta-

das en otros estudios, presentándose con mayor frecuencia en los adultos entre 19 y 40 años, y afectando más comúnmente el lado izquierdo sin un patrón estacional.

No se encontró diferencia en la evolución o la severidad en las lesiones proximales al nervio cuerda del tímpano con respecto de las distales ni en las parálisis asociadas con problemas metabólicos en comparación con las idiopáticas y lo mismo ocurrió en los pacientes con parálisis facial de presentación única con respecto de los que tuvieron parálisis facial de repetición. Los tratamientos fisiátricos empleados con mayor frecuencia en el Centro parecen estar relativamente contraindicados, pero no hay suficientes estudios que avalen esta afirmación, y aunque parece haber una mejor evolución con el empleo de láser en relación con el empleo de electroterapia con corriente de tipo exponencial, es necesario realizar ensayos clínicos controlados con estos recursos para comprobar esos hallazgos. No se encontró diferencia en la presencia de complicaciones entre los pacientes que recibieron esteroide o complejo B en relación con los que no lo recibieron.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Campbell K, Brundage JF. Effects of climate, latitude and season on the incidence of Bell's palsy in the US Armed Forces, October 1997 to September 1999. *Am J Epidemiol* 2002; 156 (1): 32-39.
2. Rowlands S, Hooper R, Hughes R, Burney P. The epidemiology and treatment of Bell's palsy in the UK. *Eur J Neurol* 2002; 9 (1): 63-67.
3. Rodríguez-Blanco A, Morera-Montes J. Aciclovir en el tratamiento de la parálisis facial idiopática. *Medefam* 2003; 311-313.
4. González-Cano LL, Sánchez-Ortiz AO, Pérez-Benítez ML. Estandarización de la onda F del nervio facial y su valor pronóstico en la parálisis facial. *Rev Mex Med Fis Rehab* 2001; 13 (4): 113-115.
5. Jorba-Basave S, Peñalosa-González JM, González-Sánchez DF et al. Parálisis facial. *Rev Hosp Dr M Gea Gonz* 2001; 4 (1-2): 21-26.
6. Abiko Y, Ikeda M, Hondo R. Secretion and dynamics of herpes simplex virus in tears and saliva of patients with Bell's palsy. *Otol Neurotol* 2002; 23 (5): 779-783.
7. Navarrete MC, Céspedes R, Mesa M, Grasa J, Pérez M, Raguer N et al. Parálisis facial de Bell recurrente: Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2001; 52: 682-686.
8. Montes-Dorantes G, Vales-Hidalgo O, Pane-Pianese C, Rembao-Bojórquez D. Determinación de virus del herpes simple tipo I en pacientes con parálisis facial periférica idiopática y respuesta al tratamiento con antivirales y esteroides. *Arch Neurocienc* 2002; 7 (2): 76-82.
9. Aboytes-Meléndez CA, Torres-Valenzuela A. Estudio epidemiológico de parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) Durango. Reporte preliminar. *La Salud en Durango* 2004; 5 (2): 19-23.

10. Domínguez-Carrillo LG. Zonas anatómicas de lesión en parálisis facial periférica y su relación etiológica. Experiencia de 780 casos. *Cir Cir* 2002; 70: 239-245.
11. Scola-Yurrita B, Ramírez-Calvo C, Scola-Plego E. Parálisis facial recidivante idiopática. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004; 55: 343-345.
12. Yetiser S, Sator B, Kazyakasi M. Immunologic abnormalities and surgical experiences in recurrent facial nerve paralysis. *Otol Neurotol* 2002; 772-778.
13. Salinas RA, Álvarez G, Álvarez M, Ferreira J. Tratamiento con corticosteroides para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática) (Revisión Cochrane traducida). En: *La Cochrane Library plus en español*, número 3, 2004. Oxford: Update Software, Ltd.
14. Shannon S, Meadows S, Horwitz S. Are drug therapies effective in treating Bell's palsy? *J Fam Pract* 2003; 52 (2): 156-159.
15. Buttress S. Electrical stimulation and Bell's palsy. *Emerg Med J* 2002; 19 (5): 428.
16. Flores-Flores P, Medina-Zazueta R, Haro-García L. Tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática: terapia física versus prednisona. *Rev Med IMSS* 1998; 36 (3): 217-221.
17. Chevalier AM. Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas. *Encicl Med Chir* (Elsevier, Paris-Francia), Kinesiterapia-Medicina Física-Rehabilitación, 26-463-B10, 1990, 16p.
18. Rioja-Toro J. Nueva sistematización del tratamiento de la parálisis facial periférica. *Rehabilitación* 1993; 27 (4): 276-284.
19. Monje MS, Vallalón RV. Parálisis facial periférica y terapia física: Puesta al día. *Rev Kinesiol* 2002; 68 (Accesado vía electrónica el 12 de junio de 2003 en: <http://www.colkinechile.cl/arch/revista/cont.68html>).
20. Choi D, Raisman G. Somatotopic organization of the facial nucleus is disrupted after lesioning and regeneration of the facial nerve. The histological representation of synkinesis. *Neurosurgery* 2002; 50 (2): 355-63.

*Correspondencia:*

**Dra. Carmen Alicia Aboytes Meléndez**  
Priv. Río Ródano 111  
Fraccionamiento Loma Bonita  
34199 Durango, Durango, México  
Tel: (618) 8 26 61 22  
E-mail: aboytes08@yahoo.com.mx

