

NEUROLOGÍA

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA: ENFOQUE DESDE LA MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN EN COSTA RICA

Carlos Andrés Álvarez Sánchez*
Natalia Mora Vargas**
Rafael González Cortés***

SUMMARY

The PFP is a neuromuscular disorder that causes a disturbance in the movement of the face muscles, in the secretion of saliva, tears, and taste etc. The focus from care from physical medicine aims to provide the premier team decision making in appearance as diagnosis, treatment and the proper and timely service Physiatrics nearest referral care network in Costa Rica.

INTRODUCCIÓN

El nervio facial (VII par craneal) es un nervio de tipo mixto donde el 58 % de las fibras son de tipo

motor, 24% son parasimpáticas y 18% de tipo sensorial. La *rama motora* se encarga de la mímica facial, el reflejo corneal y el reflejo estapedial. Por su parte la *rama parasimpática* se relaciona con la función secretora de las glándulas faríngeas, submandibulares así como lagrimales. Por último, la rama sensorial se encarga de la sensibilidad de la piel del pabellón auricular del conducto auditivo externo así como la información gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua³. La afección aguda del nervio facial a

nivel periférico es conocida como Parálisis Facial Periférica (PFP) o Parálisis de Bell. A su vez las PFP pueden ser clasificadas según su extensión en unilateral o bilateral, o según su grado de complejidad en completa, si abarca todos los músculos del lado afectado, o parcial si sólo afecta a un grupo de ellos³.

ETIOLOGÍA

1. Hipótesis Infecciosa: enuncia que la mayoría de los casos PFP son producidos por una

* Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: caalvarez@ccss.sa.cr

** Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: natilopmv@hotmail.com

*** Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: rafaelgonzalezc1989@gmail.com

primoinfección o reactivación por un virus herpes simple serotipo 1, esta hipótesis explica comportamiento estacional de la PFP que predomina en los meses de climas fríos.

2. Hipótesis Vascular Isquémica-Hemorrágica: explica los casos generados por traumatismo, hipertensión arterial, lesiones vasculares, tumores y diabetes mellitus.

3. Hipótesis Autoinmune: se basa en la producción de auto-anticuerpos debido a un mecanismo de reacción cruzada o por similitud con antígenos corporales¹⁵.

INCIDENCIA

La PFP es una de las primeras causas de consulta de tipo neurológico y así como uno de los principales diagnósticos que más requiere de los recursos de rehabilitación a nivel mundial con tasas de incidencia de entre 20 a 40 casos por 100 mil con una tendencia de afectación entre los 20 a 29 años y los 50 a 59 años¹. Los principales grupos de riesgo son :1) adultos mayores debido a una recuperación clínica más lenta, 2) mujeres en edad reproductiva que presentan tasas de incidencia de 2 a 4 veces mayores que las del sexo masculino para la misma edad y 3) mujeres embarazadas que pueden presentar un riesgo acumulado

adicional 3.3 veces mayor¹. Se debe aclarar se ha recientemente se reportado un aumento de la incidencia en los hipertensos, diabéticos y aquellos pacientes con altos niveles de colesterol¹.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La PFP comienzan su regresión después de 2-3 semanas del inicio de síntomas; aquellos pacientes que experimentan un mayor deterioro o no presenta mejoría después de 4 meses deben ser revalorados con la finalidad descartar un origen tumoral o denervación. Por otro lado las PFP, que se manifiestan desde su inicio como bilaterales siempre será motivo de alerta sobre una posible enfermedad sistémica o neurológica. La PFP es un diagnóstico de exclusión que se caracteriza por la triada diagnóstica: a) Disminución de la fuerza muscular (paresia) o parálisis de toda una hemicara. b) Comienzo brusco y c) Ausencia de signos de enfermedad del sistema nervioso central, oído o glándula parótida. La mayoría de los pacientes se da cuenta de los síntomas al despertar. En algunos casos la aparición de la parálisis puede ser precedida por dolor en la región del pabellón auricular, estrés, ansiedad y depresión. Por otro lado se ha descrito que la debilidad muscular en los casos

de PFP es completa en un plazo de 48 horas (Cuadro 1)⁷.

La asimetría facial es uno de los fenómenos más importante en la PFP y se evidencia al: arrugar la frente, nariz o elevar las cejas entre otros. Este fenómeno es un coadyuvante para que se dé la acumulación de excesiva de restos alimentarios en los carrillos alveolares, que se produzcan lesiones por mordedura bucal y derrames accidentales de comida o saliva⁵. Otra característica relevante son los fallos en el reflejo corneal que predispone a la exposición corneal prolongada (deseccación y abrasión) y el fallo en el reflejo estapedial que cursa con hiperacusia debido a la pérdida del componente de protección a nivel auditivo⁵.

DIAGNÓSTICO

Como primer paso se debe discernir si está ante una PFC o PFP. La clave clínica es que la PFC compromete la porción inferior de la cara de la hemicara contralateral, pero a nivel ipsilateral se conserva la función de reflejo corneal con mínima o nula afectación de los músculos frontal y orbicular de los párpados⁸. Seguidamente se debe proceder a la examen neurológico completo de los todos los pares craneales dando énfasis a la valoración de la sensibilidad del nervio facial, la

CUADRO 1 PRINCIPALES MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PFP

Pliegues y arrugas de la hemicara ausentes o reducidos.

Pliegues y arrugas de la hemicara ausentes o reducidos.
Dificultad o imposibilidad para movilizar la ceja, el párpado superior.
Dificultad o incapacidad para cerrar el ojo (lagofthalmos).
Disminución en la contracción músculo orbicular de los párpados
Rotación del globo ocular arriba al cerrar el párpado (Signo de Campaña).
Incapacidad de elevar el ala de la nariz con la inspiración forzada
Asimetría en la comisura labial
Incremento en la sensibilidad a los cambios de temperatura
Aumenta de la secreción de saliva
Aumento o reducción (xerosftalmia) en la producción de lágrimas.



CUADRO 2

Escalas de Puntuación del Tono Muscular, Motricidad y Sincinecias

Evaluación del tono:		Motricidad del músculo:		Motricidad del músculo:	
0	Tono simétrico y normal	0	Ausencia de sincinesia	0	Parálisis completa
-1	Hipotonía ligera	1	Moderada	0.5	Fasciculaciones
-2	Hipotonía fuerte	2	Importante	1	Contracción sin movimiento
+1	Hipertonía ligera	3	Bastante considerable	1+	Principio de movimiento
+2	Hipertonía fuerte			2 +	Movimiento importante pero sin signos de fuerza
				2+	Primer signo de fuerza
				2.5 +	Varios signos de fuerza
				3 +	Movimiento casi simétrico

porción externa del canal auditivo y los dos tercios posteriores de la lengua, la revisión por aparatos en sistemas de ORL que debe incluir otoscopia y la palpación de las glándulas parótidas². En todos los pacientes con PFP debe evaluarse: a) músculos de la mímica facial dándose especial atención en la evaluación del tono muscular con el fin de determinar la presencia de hipertonías u hipotonías, además se debe realizar la valoración del grado motricidad

en busca de espasmo hemifaciales (contracciones irregulares rápidas), fasciculaciones o sincinesias. (Movimientos involuntarios que se acompañan de los movimientos voluntarios)⁶. Se debe tener claro que en los casos que determine la presencia de sincinecias en el paciente, se debe referir de manera precoz en la fase aguda (antes de las 2 semanas) al servicio de Fisiatría más cercano de la red. (Cuadro 2)

Existen varios sistemas para evaluar el pronóstico de la PF, entre ellos el Sistema de Clasificación Convencional, el cual se caracteriza por sencillez y fácil aprendizaje. Por su parte el Sistema de Clasificación de House Brackmann es la más utilizado en los Servicios de Fisiatría por su objetividad, dado que permite establecer el funcionamiento global del rostro, permite cuantificar del daño motor, el grado de disfunción,

CUADRO 3
Comparación de los sistemas de Clasificación de la PFP

SISTEMA CLASIFICACIÓN SISTEMA HOUSE BRACKMANN						SISTEMA CONVENCIONAL DE CALIFICACIÓN		
Grado	Descripción					Descripción		
	Global	Frente	Ojo	Boca	Sincinesias			
1	Función Facial Normal					3	Normal	
2	Disfunción leve	Debilidad superficial notable a la inspección cercana Al reposo, tono y simetría normal	Función de buena a moderada	Cierre completo con mínimo esfuerzo	Asimetría mínima al movimiento	Mínimas	2	Paresia leve Asimetría al movimiento, simetría en reposo
3	Disfunción leve a moderada	Parresia generalizada del rostro pero no desfigurativa. Asimetría al reposo y a la actividad	Movimientos moderados a ligeros	Cierre completo con esfuerzo	Ligera debilidad con el máximo esfuerzo	Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales		
4	Disfunción moderada a severa	Debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Al reposo, asimetría	Parestesias	Cierre incompleto	Boca; asimetría al esfuerzo		1	Paresia Moderada Asimetría al reposo y en actividad
5	Disfunción severa	Movimientos apenas perceptibles. Asimetría al reposo	Parálisis	Cierre incompleto	Movimientos ligeros		0	Parálisis total Asimetría al reposo y al movimiento
6	Parálisis total							

dando así al médico tratante un nivel referencial para evaluar la evolución al tratamiento con lo cual facilita la toma de decisiones. (Cuadro 3)

Como parte de la evaluación funcional inicial, los médicos de la atención primaria pueden utilizar varias maniobras como: 1) Evaluación del discurso (énfasis en el uso de los sonidos labiales como b,f, m, con fin de evaluar la presencia de alteraciones en la fonación e identificar sincinesias). 2) Maniobra “soplar velas” (permite evaluar la capacidad de los músculos faciales e identificar sincinesias). 3) Maniobra “silbado” (permite evaluar la capacidad de ejecución

y respuesta de la musculatura facial) y 4) Maniobra de movimientos masticadores (permite identificar la pérdida de saliva así como sincinesias)^{5,3}.

CRITERIOS DE REFERENCIA

Después de un acertado diagnóstico se deberá referir de inmediato a todos los pacientes con el fin de prevenir complicaciones y reducir los periodos de incapacidad. Se debe tener bien claro a dónde y a cuál especialidad se deben referir a los pacientes^{1,3}.

A) FASE AGUDA: En esta fase se deberá referir inmediato a

los pacientes con PFP a alguna de las siguientes especialidades según corresponda: (Incluye las atenciones desde el inicio de los síntomas hasta la segunda semana de evolución)

- 1. Medicina Interna:** Se referirá a los pacientes con PFP que cursen con una enfermedad crónica descompasada como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial , entre otras.
- 2. Ginecología:** Se referirá a las pacientes con PFP embarazadas o que se encuentre en periodo de lactancia, para establecer la seguridad del producto y la madre.

3. **Neurología:** En los casos de PFP secundarias a traumas en la región temporal o parietal o en los cuadros donde se sospeche un origen neoplásico del fondo.
4. **Oftalmología:** En casos que existan úlceras corneales o presente una disminución abrupta de la agudeza visual.
5. **Otorrinolaringología:** a) PF con hipoacusia neurosensorial simultánea b) PF lentamente progresiva [cuadro con una evolución ≥ 3 semanas], c) PF crónicas [cuadros con periodos de evolución ≥ 4 meses], d) PF ipsilateral recurrente [objetivo descartar neuromas del acústico] y e) PFP bilateral.

B) FASE DE SEGUIMIENTO:

En esta fase los pacientes ya deben haberseles iniciado medidas de sostén (lágrimas artificiales, educación, protección ocular, tratamiento farmacológico “antivirales” y “esteroides”) y haberse controlado cualquier otra situación especial. El servicio Fisiatría asumirá el control de pacientes con a) PFP flácida con más de 2 semanas de evolución. b) PFP con signos de reinervación aberrante (sincinesias o hipertonía) cualquier que sea su tiempo de evolución. c) PFP con signos de regeneración parcial y d) PFP con recuperación incompleta.

TRATAMIENTO

En todos los pacientes independientemente del grado en el que se clasifiquen, deberá iniciarse el tratamiento básico, que consta de dos fases ^{2,6,8}.

FASE AGUDA

1. Educación al paciente: Se debe informar al paciente sobre las principales características de la enfermedad (carácter , tiempo de evolución) secuelas y tratamiento, a fin de mejorar la adherencia y reducir la ansiedad.
2. Protección Ocular Se recomienda el uso de lentes oscuros con protección lateral para evitar la irritación por los rayos solares y el efecto traumático del polvo. Las lágrimas artificiales se deben usar razón de una gota por hora durante el día y ungüento oftálmico en las noches en algunos casos.
3. Corticoesteroides: Se debe iniciar de la manera más precoz posible (<48h) porque mejoran la recuperación y reduce la posibilidad de inervación aberrante. Las dosis de inicio es 1mg/kg/d y luego se reduce de manera escalonada, en un período de 10 a 12 días (esquema 60 mg vo c/día por 4 días. 30 mg vo c/d por 3 días, 15mg vo c/d por

3 días, y 5 mg c/d por 3 días). Pero en los casos especiales de PF completa o que progresa a completa, el ciclo esteroide debe mantenerse por 7 días.

FASE DE SEGUIMIENTO

1. Reeducación Neuromuscular. Esta técnica consiste en el uso, control y aislamiento del movimiento grupos musculares específicos frente a un espejo debido a que los músculos faciales tienen bajo número de propioceptores y se necesita retroalimentación adicional. El paciente debe entrenar el movimiento deseado de forma bilateral cuando ya existe dominio de un grupo muscular , se continuará el ejercicio sin el uso del espejo^{3,10}.
2. Técnicas de Estimulación. Con las yemas de los dedos se realizan vibraciones o percusiones cortas sobre los grupos deseados. Estos masajes se pueden realizar tres veces al día, su objetivo es favorecer la circulación (Imagen 2)^{3,10}
3. Técnicas de la relajación muscular. Incluyen técnicas de auto masaje y los ejercicios de Jasonsen, . Estos últimos consisten en realizar una contracción mantenida específica de 3- 5 min. seguida

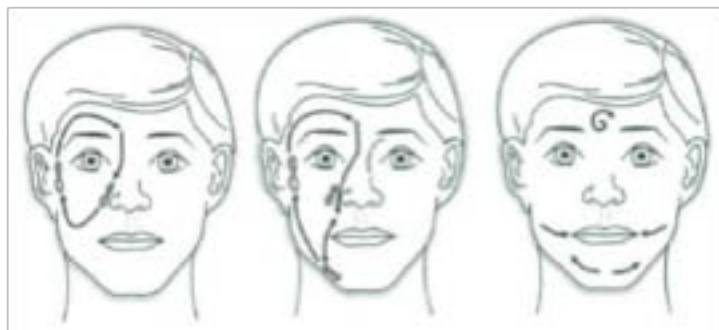


Imagen 2 Técnica de Reeducción Neuromuscular en el que se observan el sentido en el cual se deben realizar los diferentes tipos de masajes de estimulación facial.

Maniobras						
	Elevar las cejas	Fruncir el ceño	Cerrar los ojos	Sonreír	Intentar silbar	Apretar los labios con fuerza
Músculos involucrados	Occipitofrontal	Ciliar	Orbicular de los ojos	Risorio	Elevador del labio superior - Dilatador de la nariz Canino	Orbicular de los labios Compresor

Imagen 2 Técnica de Reeducción Neuromuscular en el que se observan el sentido en el cual se deben realizar los diferentes tipos de masajes de estimulación facial.

de una relajación completa (Imagen 3)^{3,10}

4. Técnicas para el control de sincinesias: consiste en aplicar resistencia sólo en movimientos aislados o ejercicios de estiramiento, por ejemplo abrir simétricamente los ojos junto a la realización de movimientos bucales (fruncir los labios, descubrir los dientes y soplar hacia fuera). El objetivo es enseñar al paciente a percibir tensión

y relajación muscular^{3,10}.

5. Facilitación neuromuscular: utiliza los principios de estiramiento y resistencia alternantes para promover actividad, así como aumento de la fuerza muscular de los músculos de mímica facial. El tratamiento se divide en dos grupos: 1) Ojos y Frente, 2) Boca y mandíbula, en todos los casos el tratamiento debe ser bilateral buscando la simetría mediante el

trabajo contra la gravedad, el espejo se puede utilizar para favorecer el control del movimiento^{3,10}.

PRONÓSTICO Y RECUPERACION

Según estudios clínicos, aproximadamente el 80 - 85 % de los pacientes se recuperan completamente y espontáneamente en 3 meses, pero 15 - 20 % de los casos podrán

llegar a desarrollar secuelas permanentes siendo un 5 % de las mismas graves como dolor crónico y sincinesias¹. El pronóstico de recuperación aumenta en función de un diagnóstico y tratamiento oportunos dentro de las 3 primeras semanas después del inicio de los síntomas, lo cual coincide con el momento ideal para iniciar los tratamientos fisiátricos¹. Los tratamientos no farmacológicos tienen varios objetivos como mejorar la circulación sanguínea, mejorar el tono muscular, evitar flacidez de la cara, promover la simetría facial, aumento de la activación diferencial de los músculos implicados en el patrón excitación – inhibición.

RESUMEN

La PFP es un trastorno neuromuscular que ocasiona alteraciones en el movimiento de los músculos del rostro, en la secreción de saliva, lágrimas, y en el sentido del gusto entre otros. El enfoque de atención desde la Medicina Física pretende facilitar

al equipo del primer nivel la toma de decisiones en aspecto como el diagnóstico, tratamiento, así como la derivación adecuada y oportuna al Servicio de Fisiatría más cercano de la red de atención en Costa Rica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baricich Alesion, Cabrio Claudio, Paggio Roberto et Al “Peripheral Faciel Nerve Palsy : How Effective is rehabilitation” *Otology y Neurotology* 2012(22) 1118-1126
2. Bell Palsy Working Group Canadian Society of Otolaryngology Head and Neck Surgery Canadian Neurological Science Federation “Management of Bell Palsy: Clinical Practice Guideline CMAJ 2014
3. Catarina Matos “Paralísia facial Periferica O Papel da Medicina Física e de Reabilitação”, *Acta Med Port.* 2011; 24(S4) : 907-914 (Portuguez)
4. J. Clemente Ignacio; Maños Pujol Manuel “ Valoración de la Parálisis facial periférica en atención primaria” *AMF* 2009;5 (5) :270-272
5. Jefferso Rosa, Cobra Elsie, Damasceno Michelle “Effects of Exercises on Bell’s Palsy : Systematic Review of Randomied Controlled Trials *Otology y Neurotology* 2008(29) 557-560
6. Lázaro Teixeira, Juliana Valbuza, Gilmar Prado” *Physical Therapy for Bell’s Palsy*
7. McCaul James, Cascarini Luke, Godden Daryl “Evidence based management of Bell’s palsy” *British Journal of Oral and Maxilofacial Surgery* 2014: (24) 387-391
8. Meltzer Noah, Alam Daniel “Facial Paralysis rehalilitation : State of the art” *Curr Opin Otolaryngol Head Neck surg* , 2010 .18: 232- 237
9. Pereira LM, OBara K, Dias JM, et al; “Facial exercise therapy for facial plasy: systematic review and meta-analysis” *Clinical Rehabilitation;* 2010: 25(7)649-658
10. Pérez Chávez E, Gámez Martínez J, Guzmán González D; Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis periférica” *Rev Med IMSS* 204; 42 (5) : 425-436
11. Shafshak T “The treatment of facial palsy form the point of view of physical and rehabilitation medicine” *Europa MedicoPhysica* 2006 (42) 1 : 41-47
12. Sindo Maise “ Management of facial nerve paralysis” *Otolaryngologic Clinics of North America* 1999: (32) 5 - 945964
13. Watson Gutierrez “Parálisis de Bell” *Rev Medica de Costa Rica y Centroamérica* LXVIII 2011: (596) 97-101)