

**Universidad del Sureste
Escuela de Medicina**

“PARALISIS FACIAL”

**Materia:
MEDICINA FISICA Y DE REHABILITACION**

**Docente:
Dr. Antonio de Jesus Perez Aguilar**

**Alumno:
Jesus Alberto Perez Dominguez**

**Semestre:
5°A**

Anatomía

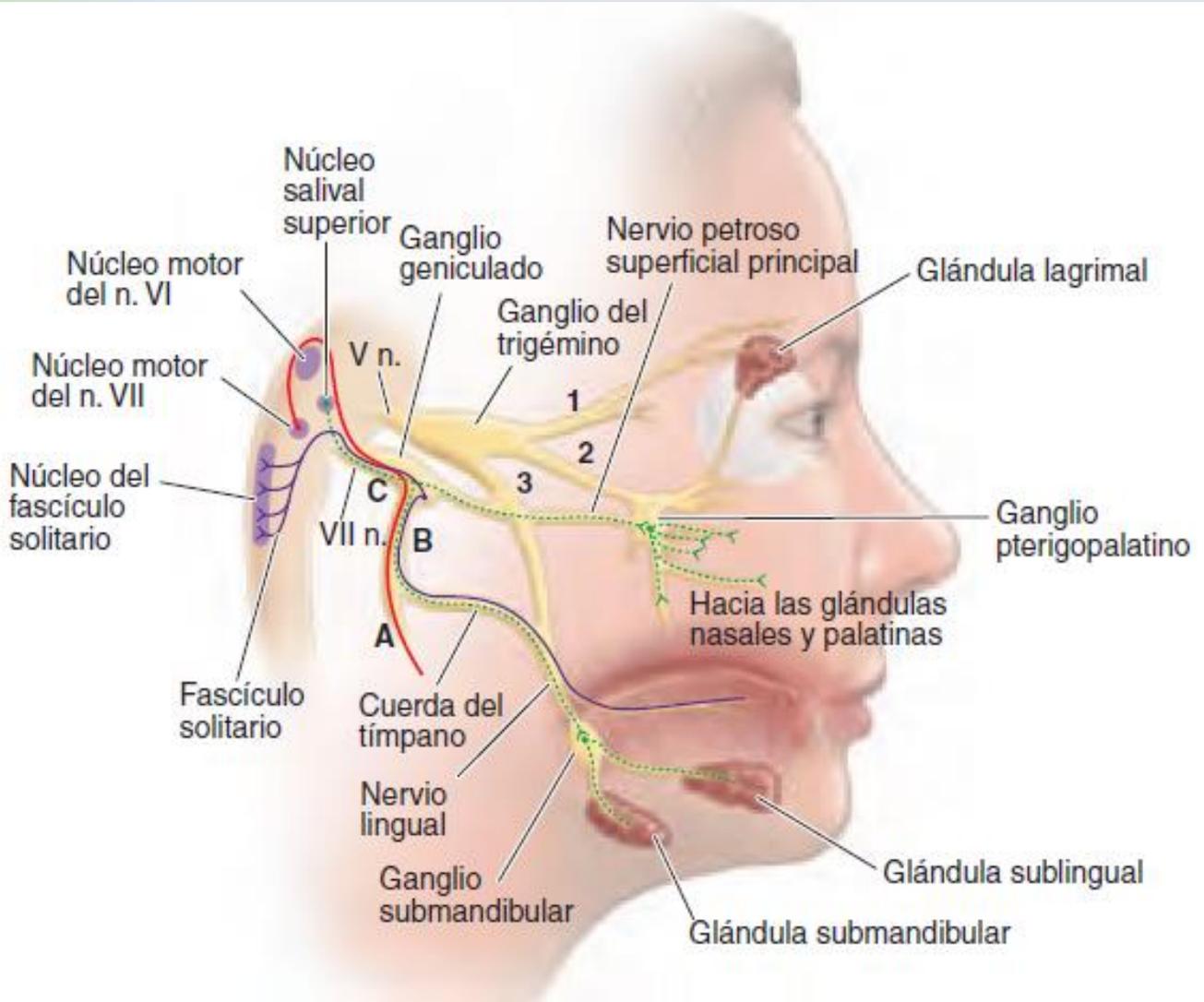


FIGURA 455-2. Nervio facial. A, B y C señalan lesiones del nervio en el orificio estilomastoideo, en sentido distal y proximal al ganglio geniculado, respectivamente. Las **líneas verdes** señalan las fibras parasimpáticas, las **rojas** indican las fibras motoras y las **violeta** señalan fibras aferentes viscerales (gusto). (Adaptado de MB Carpenter: *Core Text of Neuroanatomy*, 2nd ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1978.)

Parálisis Facial

• Disminución o ausencia completa de movimientos en algunos o todos los músculos de la cara, que aparece por la afectación del nervio VII.

La interrupción completa del nervio facial en el agujero estilomastoideo paraliza todos los músculos de la expresión facial. La comisura bucal queda flácida, se burruan los pliegues y los surcos cutáneos, la frente pierde sus arrugas y el paciente no puede cerrar el ojo.

Tipos de parálisis facial

■ Parálisis facial periférica. = Se produce cuando la lesión afecta directamente al nervio facial y se manifiesta en todos los músculos de la cara en el mismo lado donde se encuentra la lesión.

La más habitual es la parálisis periférica ideopática (parálisis de Bell).

■ Parálisis facial central. = Afectan a las fibras que enen la corteza cerebral con el nervio facial. Se manifiesta en síntomas que afectan a los músculos de la parte inferior de la cara (boca y mejillas) en el lado contrario a donde esta la lesión y no suele tener consecuencias sobre el sistema visual.

Parálisis de Bell.

■ La parálisis de Bell es la forma más común de la parálisis facial.

- Trastorno idiopático.

- Los factores de riesgo =

Embarazo y Diabetes melitus.

■ Manifestaciones clínicas.

- forma brusca (48 hrs).

- 1 o 2 días antes = Dolor atrás del oído.

- Pérdida unilateral de la sensibilidad gustativa e Hipracoisia.

- Dolor de cabeza

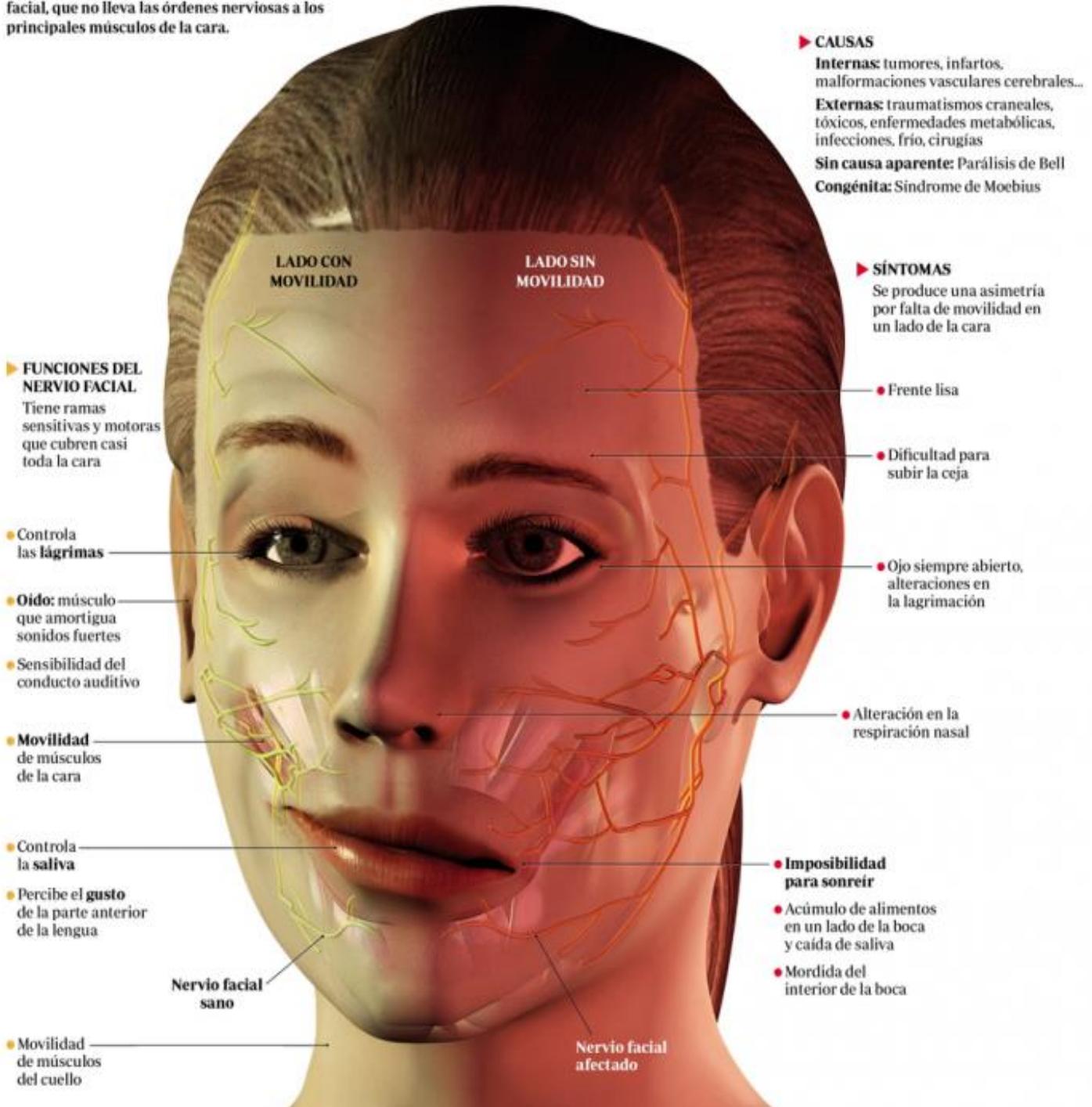
- Ausencia de expresiones faciales.

- Ausencia de surco o bocio.

- Ausencia de sensibilidad auditiva.

Parálisis facial

Es la pérdida total o parcial de movimiento muscular voluntario en un lado de la cara. Se produce por un fallo en el nervio facial, que no lleva las órdenes nerviosas a los principales músculos de la cara.



▶ CAUSAS

Internas: tumores, infartos, malformaciones vasculares cerebrales...

Externas: traumatismos craneales, tóxicos, enfermedades metabólicas, infecciones, frío, cirugías

Sin causa aparente: Parálisis de Bell

Congénita: Síndrome de Moebius

▶ SÍNTOMAS

Se produce una asimetría por falta de movilidad en un lado de la cara

● Frente lisa

● Dificultad para subir la ceja

● Ojo siempre abierto, alteraciones en la lagrimación

● Alteración en la respiración nasal

● Imposibilidad para sonreír

● Acúmulo de alimentos en un lado de la boca y caída de saliva

● Mordida del interior de la boca

LADO CON MOVILIDAD

LADO SIN MOVILIDAD

▶ FUNCIONES DEL NERVI FACIAL

Tiene ramas sensitivas y motoras que cubren casi toda la cara

● Controla las **lágrimas**

● **Oído:** músculo que amortigua sonidos fuertes

● Sensibilidad del conducto auditivo

● **Movilidad** de músculos de la cara

● Controla la **saliva**

● Percibe el **gusto** de la parte anterior de la lengua

● **Movilidad** de músculos del cuello

Nervio facial sano

Nervio facial afectado

Clasificación de House-Brackman de la parálisis facial

(I) Función Facial normal en todas sus áreas.

(II) Distinción 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) Distinción leve a moderada.

- Global = Obvia pero no distintiva, asimetría al reposo y actividad
- Existencia de sincinesias y aumento del tono de músculos faciales
- Movimientos frente = mov. moderadas - ligeros
- Ojo = cierre por completo con esfuerzo - Boca = ligera debilidad.

(IV) Distinción moderada a severa.

- Global = Debilidad obvia y asimetría distintiva
- Al reposo, asimetría - Mov. Frente = ninguno
- Ojo = cierre incompleto - Boca = asimetría al esfuerzo

(V) Distinción Severa.

- Global = Solamente mov. apenas perceptibles. Asimetría en reposo
- Mov. Frente: Ninguno
- Ojo = cierre incompleto - Boca = mov. ligeros.

(VI) Parálisis Total
Ningún Movimiento.

Fisiopatología

- Inflamación del nervio facial con células mononucleares. Consiste con una causa infecciosa o inmunitaria. Con frecuencia se detecta ADN del virus herpes simple tipo 1 en el líquido endoneural y el musculo orbicular posterior, lo que sugiere que una reactivación de este virus en el ganglio geniculado podría ser la causa en la mayoría de los pacientes.

- Reacción inflamatoria en el nervio facial cerca del agujero estiomastoideo o el conducto facial óseo.

Tratamiento

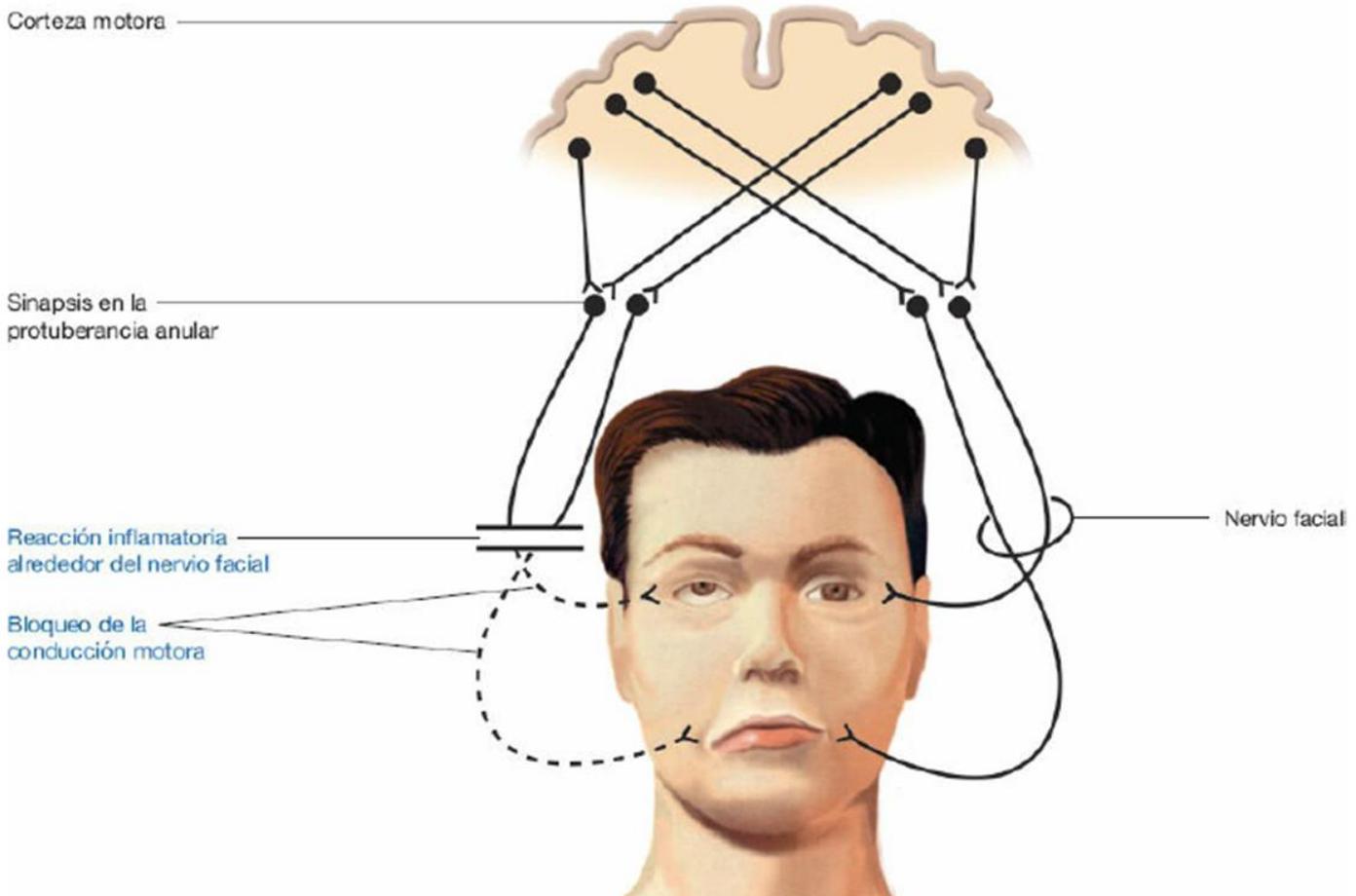
- ① Uso de cinta de papel para deprimir el párpado superior durante el sueño y evitar la sequedad corneal.
- ② Lágrimas artificiales (gotas de metilcelulosa)
- ③ Masaje en los musculos debilitados.
- ④ farmacología: Glucocorticoides (prednisona 60-80 mg/día durante 5 días).

Antivirales = Valaciclovir (1000 mg/día durante 5-7 días).
Aciclovir (400 mg/día por diez días).

Prednisona + Valaciclovir (mejor unidas).

- ⑤ Fisioterapia
- ⑥ La estimulación farádica.

DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA EN LA PARÁLISIS DE BELL



Pedir al paciente que cierre los ojos



Pedir al paciente que eleve las cejas



RECOMENDACIÓN
CLÍNICA
DIAGNÓSTICO DE LA
PARÁLISIS DE BELL