



Universidad del Sureste

Escuela de Medicina

**“Resumen de la fisiopatología, la clasificación y el tratamiento
de la parálisis facial”**

Materia:

Medicina física y del trabajo.

Docente:

Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Alumno:

Oscar Miguel Sánchez Argüello

Semestre:

5° “A”

Parálisis Facial.

El término de parálisis facial o parálisis de Bell se aplica a la parálisis de VII nervio craneal de tipo periferico y de comienzo agudo, unilateral que puede ser completa con perdida total de la movilidad o incompleta.

Fisiopatología

Su mecanismo fisiopatológico consiste en una alteración en la microcirculación que conduce a una hipoxemia con formación de un edema en la vaina del nervio, al encontrarse en un canal oseo de paredes inextensibles sufre una compresión con isquemia que altera el retorno venoso e instaura un círculo vicioso.

Clasificación

- Según su ubicación:
 - Parálisis facial periférica: Cuando la lesión, afecta directamente al nervio facial y se manifiesta en todos los músculos de la cara en el mismo lado de la lesión.
 - Parálisis facial central: Afecta a las fibras que enen la corteza cerebral con el nervio facial.
- Según su etiología:
 - Idiopática: 50% del total de todas las parálisis.
 - De origen traumático: 8% al 23%.
 - Origen infeccioso = Viricos, bacteriano, micóticos 5-15%.
 - Neoplásica = 3-13%.

- De origen reológico: Caracter inflamatorio
- Secundarias a enfermedad sistémica: Hipertiroidismo, síndromes autoinmunes, déficit de vitamina A etc
- Clasificación de House Brackman
 - Grado I = Normal
 - Grado II = Disfunción leve
 - Grado III = Disfunción Leve-Moderada
 - Grado IV = Disfunción moderada a severa, parosis moderada
 - Grado V = Disfunción severa
 - Grado VI = Parálisis total.

Tratamiento.

• Tratamiento médico:

Es recomendable iniciar el tratamiento en los primeros 72 hrs del padecimiento y realizar dosis de reducción

1. Prednisona: 1 mg/kg/día durante 5 días y reducir 10mg cada día hasta suspender.

Cuando se sospecha de síndrome de Ramsay-Hunt, es recomendable iniciar el tratamiento las primeras 72 hrs del padecimiento agregado antiviral además de corticosteroides.

1. Valaciclovir a dosis de 1500 a 2000 mg/día por 5 días o
2. Aciclovir 2000 mg/día por 5 días.

En el go que no es posible realizar cierre palpebral se recomienda:

1. Hipromelosa al 0.5%. 1 gota cada hora durante el día
2. Hipromelosa al .2%. 1 gota antes de dormir y oclusión

Tratamiento de rehabilitación

1. Termomasajes y ejercicios a partir del sexto día
2. Pacientes con grado II y III ejercicios activos
3. Pacientes con grados III y IV ejercicios Activos asistidos
4. Pacientes con lagofthalmos ejercicios de relajación del elevador del párpado superior y de la palpebra.
5. Pacientes sin sinestrias ejercicios asistidos

Contra indicaciones:

- uso de vibradores y goma de mascar.
- Aplicación de tes en los ojos.