



Universidad del Sureste
Escuela de Medicina

“Paralisis facial ”

Materia:

Medicina Fisica y de Rehabilitacion

Docente:

Dr. Antonio de Jesús Pérez Aguilar

Alumna:

Diana Carolina Domínguez Abarca

Semestre:

5°A

"Parálisis Facial"

Resumen:

El inicio de la vía nerviosa de la motilidad facial, se inicia a nivel de la corteza cerebral y finaliza en las placas motoras de los núcleos de la expresión facial. Las lesiones producidas en algún punto de este trayecto provocan la parálisis facial, así para un correcto diagnóstico etiológico y topográfico es indispensable conocer la anatomía del VII par craneal.

La vía de la motilidad voluntaria facial se origina en las circunvoluciones frontales ascendente o prerolándica y parietal ascendente de la corteza cerebral.

Desde estas áreas, los impulsos nerviosos recorren el haz corticoespinular, la capsula interna y el mesencéfalo para establecer sinapsis con el núcleo del nervio facial a nivel de la protuberancia.

Las lesiones periféricas del nervio facial producen parálisis de los músculos faciales de un lado de la cara, acompañada de alteraciones de la secreción lagrimal y salivar y de la sensibilidad gustativa, dependiendo del trayecto lesionado del nervio. Las lesiones proximales al ganglio geniculado y en el punto de unión del nervio, provocan parálisis motoras, gustativas y secretoras.

Clasificación

Existen dos tipos de parálisis facial que se clasifican en función de si se ha visto afectado directa o indirectamente:

Parálisis facial periférica: se produce cuando la lesión directamente al nervio facial y se manifiesta en todos los músculos de la cara en el mismo lado donde se encuentra la lesión (músculos orbitarios, de la boca y mejillas). La más habitual es la Parálisis Periférica Idiopática, Pírrava o de Bell.

Parálisis Facial central: Afecta a las fibras que unen 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 mandíbula) en el lado contrario a donde está la lesión y no suele tener consecuencias sobre el sistema visual ya que el paciente no tiene dificultades para cerrar el ojo para levantar la pestaña.

Diagnóstico y tratamiento.

El diagnóstico de la parálisis suele realizarlo el neurólogo o el otorrinolaringólogo después de que el paciente haya recibido una atención médica de urgencia.

Para ello se pueden realizar diferentes pruebas:

- 1) Pruebas para medir la abducción del nervio facial.
- 2) Pruebas auditiva.
- 3) Pruebas de Salivación
- 4) Test de Stribner, para medir la cantidad de lágrimas que produce ambos ojos.
- 5) Estudio radiológico de imagen del cerebro mediante un TAC o una resonancia magnética nuclear (RMN).

En caso, el oftalmólogo realizará el seguimiento y el tratamiento a nivel ocular de problemas asociados al procedimiento médico o tratamiento quirúrgico a las manifestaciones oculares del problema que puedan ir surgiendo.

El tratamiento oftalmológico de la parálisis debe ser complementario al resto de procedimientos indicados por el neurólogo y puede ir desde el uso de lágrimas artificiales, hasta cirugía sobre los párpados, el uso de gafas del Sol.

También el manejo de masajes faciales en las zonas localizadas.

Bibliografia

<https://www.clinicabaviera.com/paralisis-facial>

<https://www.medigraphic.com/pdfs/h-gea/gg-2001/gg011-2d.pdf>