



UNIDAD IV

MEDICINA FÍSICA Y DE REHABILITACIÓN

PÁRALISIS FACIAL

Alumnos:

Adriana Lizzeht Sánchez Morales

Dr. Antonio De Jesús Pérez Aguilar

MEDICINA HUMANA

QUINTO SEMESTRE "A"

Fuente de información:

COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS.

04 DE DICIEMBRE DEL 2020

Parálisis facial

o Introducción: el inicio de la vía nerviosa responsable de la motilidad facial, se inicia a nivel de la corteza cerebral y finaliza en las placas motoras de los músculos de la expresión facial. Las lesiones producidas en algún punto de este trayecto provocarían la parálisis facial, así un correcto diagnóstico etiológico y topográfico es indispensable conocer la anatomía del VII par craneal. La parálisis facial es una patología con numerosas etiologías que varían desde causas infecciosas, traumáticas, neoplásicas, neurológicas, sistémico/metabólicas e idiopáticas.

o Clasificación de House Brackman

- Grado I Normal —
- Grado II Disfunción leve
 - o Muy ligera debilidad observable a detalle
 - o Simetría al reposo
 - o Ojos con cierre comp.
 - o Asimetría franca al movimiento
- Grado III Disfunción moderada
 - o Asimetría desfigurante al movimiento.
- Grado IV Disfunción moderada severa
 - o Simetría al reposo
 - o Ojos sin cierre palpebral
- Grado V Disfunción severa o ligera percepción de movimiento voluntario
 - o Ojos sin cierre palpebral
 - o Asimetría al reposo
- Grado VI Parálisis completa
 - o Sin respuesta alguna.

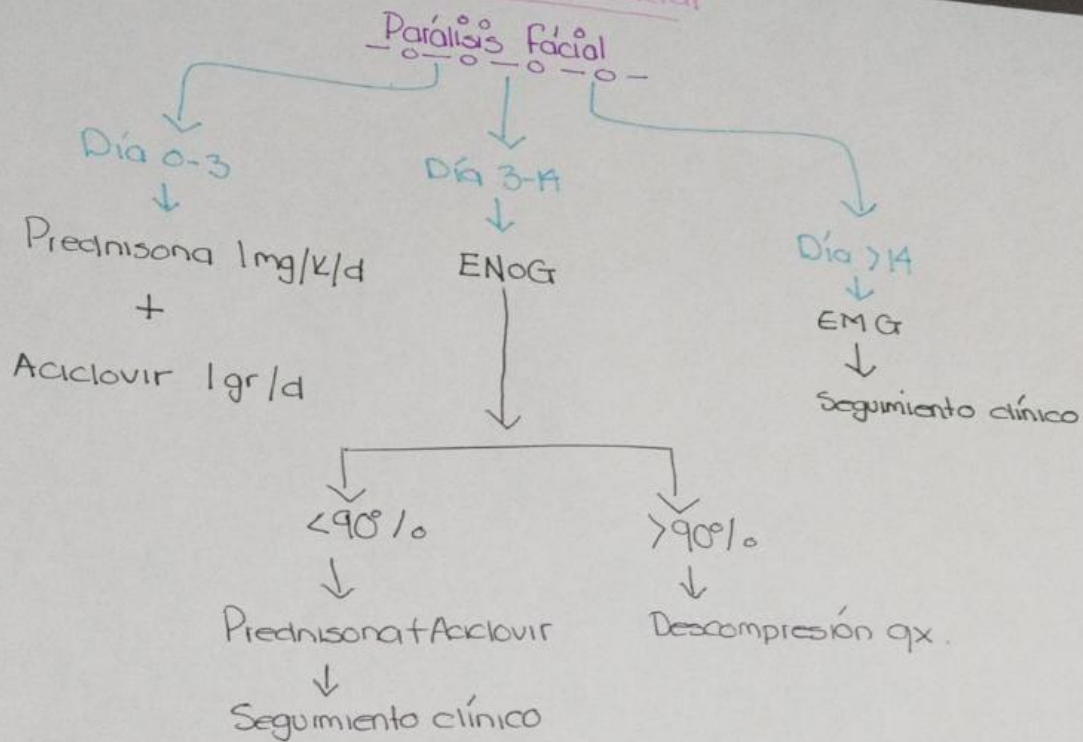
o Fisiopatología: principalmente se debe a la inflamación del nervio facial ya sea dentro del canal óseo o dentro del canal facial (herpes zoster) con la compresión del nervio facial por la inflamación se puede llegar a una neuropraxia y seguido a esto una degeneración Walleriana. Grados de lesión

- Neuropraxia: bloqueo fisiológico. No capaz de causar parálisis. Con recuperación completa.

- Axonotmesis: degeneración de los axones del nervio, endoneuro está intacto por lo que el axón puede crecer otra vez.

- Neurotmesis: disrupción del endoneuro, axones acen desorganizadamente dejando muchas síquinesias.

Manejo terapéutico del Nervio facial



Topodiagnóstico: En primer lugar debemos diferenciar dos grandes grupos de parálisis facial, como son la central y periférica. En los **centrales** los movimientos de la musculatura frontal y orbicular de los párpados se encuentran conservados debido a la acción de las vías nucleares ipsilaterales, generalmente los movimientos no voluntarios se encuentran conservados y hay ausencia del fenómeno de Bell. En los casos **periféricos** se puede tener parálisis bilateral, pero más frecuentemente son unilaterales con incapacidad de fruncir la frente, cerrar los ojos o mostrar los dientes. La intensidad de la lesión facial depende del grado de lesión y el tiempo de inicio. Estudios:

- Test de Shimer
- Test de reflejo estapedial
- Test de Blatt

Gustometría

Evaluación cocleo-vestibular