

UNIVERSIDAD DEL SURESTE



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

**MEDICINA FISICA Y DE
REHABILITACIÓN**

06/12/2020

DR. ANTONIO DE JESUS PÉREZ

Presenta:

- **ROMINA CORONADO ARGUELLO**



Parálisis Facial

FISIOPATOLOGIA → El nervio facial (séptimo nervio craneal) sale por la porción más alta de la fosilla lateral del bulbo, junto al surco bulboprotuberencial.

El componente vegetativo: Lo constituye un grupo de fibras eferentes viscerales que están relacionados con la función secretora del nervio facial.

Componente sensitivo sensorial: Neuronas que recogen la sensibilidad de la piel en el conducto auditivo externo y del pabellón auricular.

El componente sensitivo sensorial y vegetativo se unen al motor en diferentes sitios de su trayectoria desde la protuberancia hasta los músculos de la cara. La lesión del nervio facial impide el movimiento normal de diferentes músculos como: Frente, párpados, boca. La parálisis de los músculos faciales causa asimetría, ocasionando problemas psicológicos y emocionales.

- **Parálisis facial periférica:** También conocida como parálisis de Bell, de neurona motora inferior, o parálisis idiopática; es causada por la afección aguda del nervio facial a nivel periférico; origina pérdida del movimiento voluntario en todos los músculos faciales del nervio afectado y es la más común de las parálisis. Puede ser unilateral o bilateral, completo si abarca todos los músculos del lado afectado, o parcial si sólo afecta a un grupo de ellos. La forma de parálisis más común es unilateral, afectando la hemicara ipsilateral del nervio lesionado.

Se ha descrito un tipo de parálisis facial congénita que pertenece al grupo de enfermedades caracterizadas por anomalías en ojo, párpado, y/o el movimiento facial, referidas como desórdenes craneales congénitos como: síndrome de Duane, parálisis horizontal

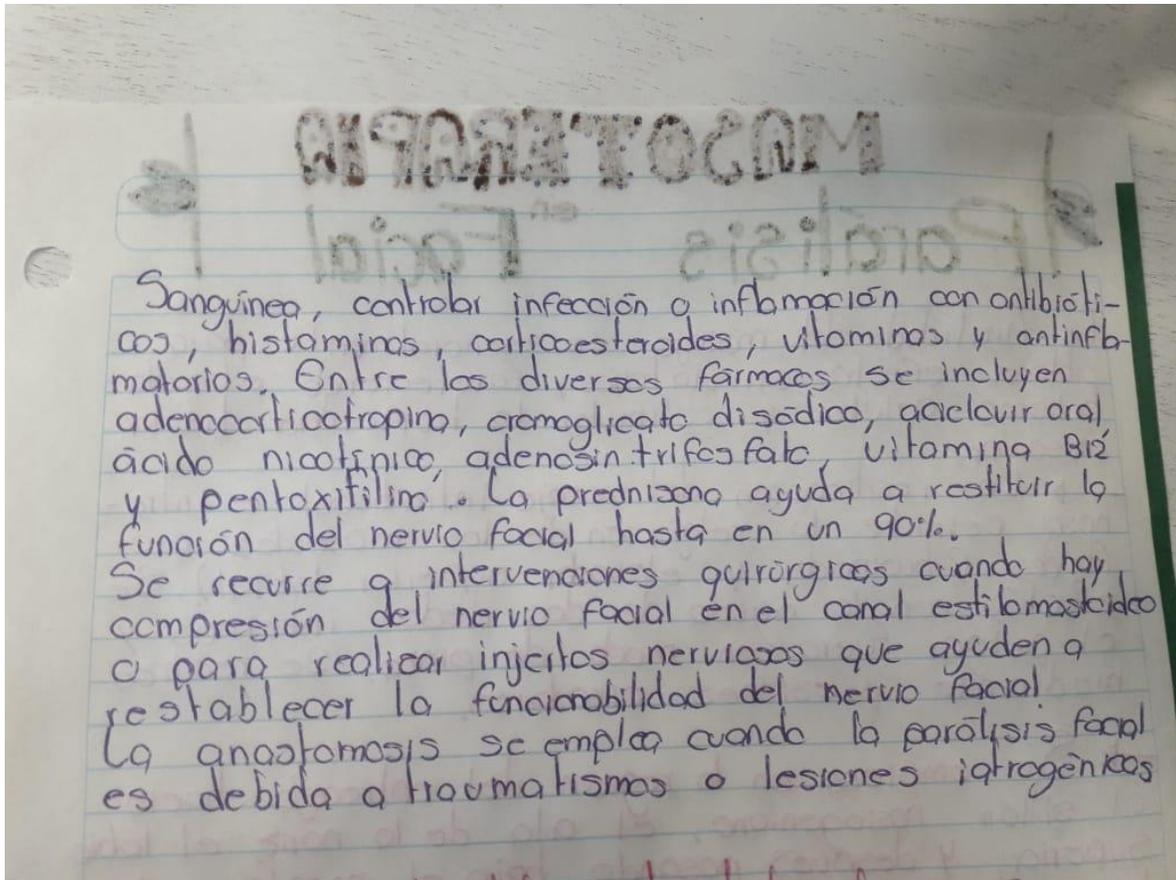
Parálisis facial

De la mirada fija y el síndrome de Möbius. Este último afecta al normal desarrollo y diferenciación de los rombómeros 4 y 7 donde se originan los núcleos braquiomotores generando parálisis facial bilateral.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS → Dependen del lugar de la lesión en el nervio facial.

- Pérdida de movimiento del lado afectado
- Los pliegues y arrugas de la hemi cara están ausentes o indefinidos.
- Párpado superior, inferior, mejillas y comisura de la boca se ven caídas.
- Incremento en la sensibilidad a los cambios de temperatura y mayor secreción de saliva y lágrimas.
- Visión borrosa o incompleta
- Exposición de la córnea a causa de la dificultad para cerrar los ojos; así como, pérdida del reflejo parpadeo
- Asimetría al sonreír y hablar.
- En ocasiones, la voz adquiere un tono nasal.
- Hiperacusia (daño a nivel central).
- Otitis
- Dolor cercano al mastoideo (50% de los casos)
- Pérdida del sabor en la mitad de la lengua (33% de los casos)

TRATAMIENTO → El tratamiento básico consiste en lubricación ocular mediante ungüento oftálmico (solo por la noche), uso de lágrimas artificiales (metilcelulosa o hipromelosa) hasta que el paciente logre un cierre ocular normal y oclusión nocturna mediante un parche. El tratamiento convencional recurre a diferentes métodos de acuerdo a la causa y evolución del trastorno, utilizando diferentes fármacos destinados a favorecer la regeneración del nervio, mejorar circulación



BIBLIOGRAFIA:

Rodríguez-Ortiz, M. D., Mangas-Martínez, S., Ortiz-Reyes, M. G., Rosete-Gil, H. S., Vales-Hidalgo, O., & Hinojosa-González, R. (2011). Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. *Archivos de Neurociencias*, 16(3), 148-155.