

## **RESUMEN DE PARALIS FACIAL**

**Medicina humana**

**Dr. Antonio De Jesús Pérez**

**PRESENTA:**

**Andrés Alonso Cancino García**

**GRUPO, SEMESTRE y MODALIDAD:**

**5to Semestre Y Grupo B, Medicina Física Y De  
Rehabilitación**

**Comitán de Domínguez, Chiapas**

**Fecha: 04/12/2020**

# RESUMEN DE PARALISIS FACIAL

## DEFINICION.

Es una disminución o ausencia completa de algunos o en todos los músculos de la cara en relación al movimiento, que aparece por afectación del VII par craneal. Habitualmente, aparece en un lado de la cara, pero puede ser bilateral.

## EPIDEMIOLOGIA.

Su incidencia es de 70 casos por 6.000 habitantes.

La parálisis es identificada en sólo en 20% de los casos, es importante evaluar detalladamente a cada paciente para poder establecer una terapia adecuada.

## FISIOPATOLOGIA.

Consiste en una alteración en la microcirculación, que conduce a una hiperemia con formación de un edema en la vaina del nervio, el cual, al encontrarse en un canal óseo de paredes inextensibles, sufre una compresión con isquemia que altera el retorno venoso e instaura un círculo vicioso.

## CARACTERISTICAS CLINICAS.

### > Parálisis facial central.

- Afecta predominantemente a la musculatura de la mímica facial inferior, contralateral al lugar de la lesión.
- No suele afectar los músculos frontales y orbiculares de los párpados.
- Comisura bucal se desvía hacia el lado sano.
- Desviación de la mirada hacia el lado de la lesión.

### > Parálisis facial periférica. (afectación directa en el nervio facial)

#### - DISMINUCIÓN DE LA FUERZA MUSCULAR

- Dificultad para elevar la ceja.
- Sentir o comer.
- Incapacidad de cerrar el ojo.
- Eptora.
- Impedimento al fruncir los labios.
- Deterioro del habla por la afectación en la inervación muscular.

## - AFECTACION SENSITIVA.

- o Dolor al rededor de la mandibula; detras del oido
- o Tinnitus
- o Hiperacusia
- o Perdida del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua e hiper-sensibilidad al sonido del lado afectado.

- Interrogatorio: Hiperacusia, dolor periauricular o retroauricular, irritacion y/o resquebrajamiento ocular, fotofobia, cambios en la vision y alteracion del gusto.

- Exploracion Fisica: (paciente en reposo) Pliegues faciales indetuidos o ausentes, ptosis palpebral, epifora, desviacion de la comisura bucal, goteo salival, hiperemia conjuntival, lagofthalmos, signo de Bell.

### \* Vibracion Oftalmologica:

- o Funcion cuadrada del parpado superior
- o Cierre del parpado superior
- o Fenomeno de Bell
- o Retraccion del parpado inferior.
- o Sensibilidad corneal.

- VALORACION DEL COMPROMISO Y SEVERIDAD: Clasificacion de HOUSE BRACKMAN.

GRADO I: Normal, GRADO II: Distorsion leve (debilidad notoria solo en exploracion).

GRADO III: Distorsion moderada (distorsion dura pero no desfigurante), GRADO IV:

Distorsion notoriamente severa (asimetria desfigurante), GRADO V: Distorsion

severa (escaso movimiento perceptible), GRADO VI: Paralisis total (sin movimiento).

## TRATAMIENTO.

> Tratamiento Local: Aplicar proteccion para los ojos de los pacientes.

- o Uso de lentes de proteccion sobre (fotofobia y proteccion)
- o Administracion frecuente de gotas: Hidroclorido 3,2 mg/ml.
- o Unguentos lubricantes
- o Lentes de contacto (Hidrogeles de silicona o lente escleral)
- o Parche oclusivo ocular.

> Tratamiento farmacologico: corticoesteroides orales en las primeras 48 a 72 horas

\* Prednisona 30 mg (1-28 dias)

o 1-7 1 tableta diaria      o 8-14 tableta diaria 1/2      o 15-21 1/4 de tableta diaria

o 22-28 1/4 de tableta un dia si y un dia no.

## > Tratamiento de rehabilitación

Manejo de actividad y músculos participantes (indicar al paciente el realizarse frente de un espejo) realizar ejercicios como:

- Contrair los labios como si se fuera a dar un beso
- Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y ensanchar los dientes.
- Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote.
- Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás.
- Apretar los dientes lo más fuerte posible
- Arrugar el mentón
- Elevar las cejas
- Cerrar los ojos

(puede iniciarse desde el diagnóstico (R. DE NEUROLOGOS) o esperarse algunos días (R. DE ORL. "riesgo de atrofia").

## > Tratamiento quirúrgico

- Reconstrucción Estática: Mejorar la simetría facial en reposo.
  - Soporte con material autólogo o protésico (callos).
  - Técnicas complementarias (ej. pesos de oro, Liotropofagia).
- Reconstrucción Dinámica: Recuperar la movilidad y expresión facial.
  - Reconstrucción nerviosa (injerter) / Reparación primaria).
  - Transposición muscular Regional (Temporal / Masetero / Digastrico).
  - Colgar las fibras neurovascularizadas.

## BIBLIOGRAFIA.

Saborío, E. (2019). Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. Revista medica sinergia Vol. 4. (6)

Benítez, S. Danilla, S. Troncoso, E. Moya, A. y Mahn, J. (2016). Manejo integral de la parálisis facial. Revista Medica clinica condal. 27(1) 22-28.

Guía de practica clinica (2017). Diagnostico y tratamiento en el adulto con parálisis de Bell. Instituto mexicano del seguro social.