



**UNIVERSIDAD
DEL SURESTE**



ESCUELA DE MEDICINA

5to Semestre

Grupo "B"

**MEDICINA FISICA Y DE
REHABILITACION**

DR. Antonio De Jesús Pérez Aguilar

PLATAFORMA

Paralisis facial

Presenta:

• Víctor Daniel González Hernández

06 de diciembre del 2020 Comitán, Chis

Parálisis facial

El mecanismo de lo que antes se creía que era una parálisis idiopática del nervio facial presuntamente es la tumefacción del nervio facial secundaria a un trastorno inmunológico o viral.

Las causas más comunes son:

- Infección por el virus herpes simple (más frecuente)
- Herpes Zoster

Otras causas virales incluyen el virus Coxsackie, Citomegalovirus, adenovirus, EB, las paperas, rubéola y V. influenza B. El nervio tumefacto se comprime al máximo y medida que atraviesa la porción laberíntica del canal facial, lo que resulta en isquemia y parestesia.

Fisiopatología

Los músculos faciales están inervados periféricamente (inervación infranuclear) por el séptimo nervio cranial homolateral y centralmente (inervación supranuclear) por la corteza cerebral contralateral. La inervación central tiende a ser bilateral para la parte superior del rostro (músculos de la frente) y unilateral para la parte inferior del rostro.

Como resultado, ambas lesiones centrales y periféricas tienden a paralizar la parte inferior del rostro. Sin embargo, las lesiones periféricas tienden a afectar la parte superior del rostro más que las lesiones centrales.

Características clínicas

El dolor retroauricular muchas veces precede a la parálisis facial en la parálisis idiopática del nervio facial. Se presenta una parálisis a menudo con parálisis completa a los pocos horas que suele ser máxima en 48-72 horas.

Los pacientes pueden informar entumecimiento o una sensación de pesadez en el rostro. El labio afectado se torna plano e inexpressivo. La capacidad para fruncir la frente, parpadear y hacer muecas está limitada o ausente. En casos graves, la fisura palpebral se ensancha y el ojo no se cierra, lo que a menudo irradia las conjuntivas y deseca la córnea.

El examen sensitivo es normal, pero el conducto auditivo externo y una zona pequeña por detrás de la oreja (sobre la mastoidea) puede ser doloroso al tacto. Si la lesión nerviosa es proximal al ganglio geniculado, puede estar afectada la salivación, el gusto y el trigémino y puede presentarse hiperacusia.

- Dx**
- Test de Schirmer para medir la cantidad de lágrimas que producen ambos ojos.
 - Prueba de salivación
 - Pruebas Auditivas
 - TC RM

Tratamiento

Hay que prevenir el desmenuamiento de la córnea con el uso frecuente de solución salina isotónica o colirio multibásico.

- Corticosteroides - prednisona 60 a 80 mg U.O. 1/d x 7-10 días.
- Fcmeclavir 500 mg U.O. 3/d - 5 a 10 días.
- aciclovir 400 mg por U.O. 5/d - 10 días.