Capítulo 154

Parálisis facial periférica idiopática

M.D. González Romero, E. Cantillo Baños, L. Jiménez Murillo, F.J. Montero Pérez y S. Gil Hernández

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica puede originarse por múltiples causas. Entre ellas, destacan las siguientes:

- Idiopática, desconocida, *a frigore* o parálisis de Bell. Es la más frecuente (40% de los casos), y a ella se dedica, fundamentalmente, este capítulo.
- Traumática.
- Infecciosa: virus del herpes simple y virus del herpes zóster (síndrome de Ramsay Hunt).
- Neurológica, como la que aparece en el síndrome de Guillain-Barré.
- Tumoral: colesteatoma, neurinoma del acústico, meningioma, neoplasia parotídea.
- Enfermedad sistémica, como diabetes mellitus, hipertiroidismo, enfermedad de Lyme, porfiria, enfermedades autoinmunes, sarcoidosis, enfermedad de Paget ósea, vasculitis, leucemias, etc.

En el 1% de los pacientes la parálisis facial periférica es bilateral, y en este caso se debe sospechar la presencia de determinadas enfermedades, como sarcoidosis, enfermedad de Lyme, linfomas o síndrome de Guillain-Barré.

CONCEPTO

La *parálisis facial periférica idiopática* o parálisis de Bell es una disfunción aguda y unilateral del nervio facial, de causa desconocida, aunque está ampliamente aceptado que, en la mayoría de los casos, está producida por el virus del herpes simple tipo 1. Parece ser que la inflamación del nervio en el canal facial, y la subsiguiente isquemia, es la responsable de esta alteración.

La mayoría de los pacientes se recuperan de forma espontánea, y la mejoría clínica se consigue en las primeras 3 semanas en el 85% de los casos. El pronóstico es mejor cuanto menor sea el grado de paresia.

ACTITUD DIAGNÓSTICA

- El paciente consulta en urgencias por presentar de forma brusca una pérdida de la movilidad de los músculos de la mitad de la cara, con desviación de la comisura bucal. Generalmente se acompaña de otros síntomas, como dolor en la región mastoidea (signo de mal pronóstico) o en el oído, hiperacusia, otorrea, acúfenos, parestesias en la hemicara afectada, sabor metálico en la boca y malestar ocular.
- La exploración física revela:
  - Disminución o desaparición de los pliegues cutáneos frontales (a veces no se observa en las fases iniciales) y del surco nasogeniano del lado afectado.
  - Desviación de la boca hacia el lado sano.
  - Dificultad para subir y bajar las cejas, insuflar los carrillos, silbar, parpadear o cerrar el ojo del lado afectado.
  - En ocasiones está presente el característico *signo de Bell*, que consiste en la exposición de la esclerótica cuando el médico intenta cerrar el ojo contra la resistencia palpebral del paciente. El resto de la exploración neurológica es normal.
- La otoscopia es obligada para descartar la existencia de otitis media aguda, otitis media crónica colesteatomatosa o lesiones herpéticas causantes de la parálisis facial.
- No requiere la realización de exploraciones complementarias urgentes, a excepción de una tira reactiva para determinar la glucemia.
- Es imprescindible la distinción entre parálisis facial central y periférica, ya que el pronóstico y la actitud terapéutica son diferentes. En la parálisis facial de origen central, además de otras alteraciones neurológicas (afasia, paresias), no se afecta la movilidad de la musculatura frontal ni el cierre de los párpados, por lo que los pliegues frontales están conservados y el paciente puede subir y bajar las cejas, y cerrar los ojos.
- Los pacientes con parálisis facial periférica no requieren ingreso hospitalario.

TRATAMIENTO

El tratamiento se basa en:

- Estimular al paciente para que realice movimientos de la cara, como masticar chicle, hinchar globos, etc.
- Utilización de gafas oscuras durante el día.

© 2015. Elsevier España, S.L. Reservados todos los derechos

- Aplicación durante el día de un lubricante ocular, como carmelosa (**Viscofresh**®, colirio con 10 mg/ml) en dosis de 1 aplicación/6 h, o incluso con más frecuencia, para evitar la deshidratación corneal y la consiguiente queratitis.
- Oclusión nocturna del ojo afectado, previa administración de una dosis de pomada oftálmica antibiótica epitelizante (**Pomada Oculos epitelizante**®). Para su correcta administración se separa el párpado inferior y se aplica la pomada en la pared interna de la base de las pestañas, en cantidad similar a un grano de arroz.
- Administración de corticoides por vía oral, como:
  - Prednisona (**Dacortin**®, comprimidos de 2,5, 5 y 30 mg; **Prednisona Alonga**®, comprimidos de 5, 10 y 50 mg) en dosis inicial matutina de 50 mg/24 h durante 5 días; después, se reduce progresivamente de 10 en 10 mg cada 3 días hasta la suspensión del tratamiento.
  - Deflazacort (**Zamene**®, comprimidos de 6 y 30 mg) en dosis inicial matutina de 60 mg/24 h durante 7 días. Luego, se reduce de modo progresivo cada 3 días, de 12 en 12 mg, hasta la suspensión del tratamiento.
- Administración de protectores gástricos, como omeprazol (**Ulceral**®, **Losec**®, cápsulas de 20 mg) en dosis de 20 mg/24 h por vía oral, en caso de pacientes con antecedentes de úlcera péptica, mayores de 60 años o en tratamiento concomitante con antiagregantes plaquetarios, anticoagulantes o inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.
- Se recomienda la administración de aciclovir (**Zovirax**®, comprimidos dispersables de 200 y 800 mg), aunque se desconozca la causa de la parálisis (mejor evolución que en los pacientes tratados solamente con corticoides), en dosis de 200 mg/4 h durante 5 días por vía oral. Si se sospecha origen herpético, el aciclovir se administra en dosis de 800 mg/4 h, respetando la noche, por vía oral durante 10 días.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Berg T, Bylund N, Marsk E, et al. The effect of prednisolone on sequelae in Bell's palsy. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2012;138:445-9.

De Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, et al. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2009;302:985-93.

Lockhart P, Daly F, Pitkethly M, et al. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev 2009;CD001869.

Quant EC, Jeste SS, Muni RH, et.al. The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of Bell's palsy: a meta-analysis. BMJ 2009;339: b3354. Erratum in BMJ. 2013;346:f151.

Salinas RA, Alvarez G, Daly F, Ferreira J. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). Cochrane Database Syst Rev. 2010; CD001942.

Van der Veen EL, Rovers MM, de Ru JA, van der Heijden GJ. A small effect of adding antiviral agents in treating patients with severe Bell palsy. Otolaryngol Head Neck Surg 2012;146:353-7.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.