



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. dic. 2002; 6(2): 34-43

ARTÍCULO ORIGINAL

Parálisis de bell

Héctor Díaz Barrios¹, María Teresa Corbo Rodríguez², María del C. Giniebra Rodríguez³, Hermes Alfonso Valdés⁴.

¹Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

²Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial Hospital Pediátrico "Pepe Portilla". Instructora. Hospital Pediátrico Provincial "Pepe Portilla". Pinar del Río.

³Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial. Asistente. Hospital Provincial "León Cuervo Rubio". Pinar del Río.

⁴Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Asistente. Hospital Pediátrico "Pepe Portilla". Pinar del Río.

RESUMEN

Se realizó un estudio prospectivo en 30 pacientes atendidos en el servicio de cuerpo de guardia y consulta externa del Hospital Clínico Quirúrgico Docente «Abel Santamaría», portadores de Parálisis Facial Idiopática o Parálisis de Bell comparando la evolución de los casos agrupados aleatoriamente según esquema de tratamiento en grupos A, B, C. El grupo A con tratamiento de esteroides y fisioterapia, el grupo B con vitaminas y acupuntura y el grupo C con vitaminas y fisioterapia. Según nuestros resultados el sexo femenino y los grupos etáreos de 15 a 25 años y de 26 a 35 años fueron los más afectados. En el mayor porcentaje de los casos no se precisaron causas. La recuperación total se logró en el 83,3 %. El tratamiento con acupuntura resultó el más efectivo.

Palabras clave: NERVIO FACIAL, PARÁLISIS DE BELL, ACUPUNTURA.

ABSTRACT

A prospective study was conducted in 30 patients suffering from Idiopathic Facial Paralysis or Bell's Palsy assisted at Emergency Room and Outpatient Clinic belonging to Abel Santamaría Clinical - Surgical Hospital. Natural History of the cases was compared grouping them at random according to the therapeutic schema into groups A, B and C; steroid and physiotherapy was given to group A; group B therapy was vitamins and acupuncture; while group C was given vitamins and physiotherapy. Results showed that the most affected groups were women from 15 to 25 and from 26 to 35 years old respectively; causes were not established in the highest percentage of the cases, it was obtained a complete recovering in the 83.3 % of the cases being acupuncture the most effective treatment.

Key words: FACIAL NERVE, BELL'S Palsy or PARALYSIS/ acupuncture/ treatment

INTRODUCCIÓN

El nervio facial, séptimo par de los nervios craneanos es un nervio mixto. En calidad de nervio del segundo arco visceral inerva los músculos desarrollados a expensa del mismo. Todos los músculos de la mímica y parte de los músculos suprahiodeos contienen fibras eferentes (motoras) para estos músculos y fibras aferentes (propioceptivas) que emergen de su receptor. En su composición entran también fibras gustativas (aferentes) y fibras secretoras (eferentes) pertenecientes al denominado nervio intermedio.¹ La Parálisis de Bell no es una enfermedad primaria del nervio facial, es solo una neuropatía inflamatoria del nervio cuerda del tímpano que afecta retrogradamente al nervio facial. Aunque la cuerda del tímpano estaría tomada, en la mayoría de los casos, es muy posible que otros nervios aferentes que transitan dentro del acueducto de Falopio también originen un edema inflamatorio secundario comprimiendo el facial dentro de las paredes rígidas del acueducto.²

Las pruebas electrodiagnósticos pueden suministrar una serie de información sobre el nervio o músculo por él inervado, el pronóstico, el tipo de lesión total o parcial y el método de tratamiento que se va a escoger.³

La conducta en el tratamiento de la lesión del nervio facial varía según tres circunstancias:

1. Lesión reciente
2. Lesión no reciente sin distrofia muscular.
3. Lesión no reciente con distrofia muscular.

Motivados por lo controversial de su etiología así como lo impredecible de su pronóstico e incluso la gran variedad de criterios que se maneja en el tratamiento de la Parálisis de Bell decidimos realizar un estudio clínico de los pacientes afectados por esta patología sobre esquemas de tratamiento diferentes, para establecer la causa mayormente asociada a esta patología y determinar el tratamiento más efectivo.

MÉTODOS

Nuestro estudio estuvo constituido por un universo de 30 pacientes escogida al azar que fueron atendidos en el servicio de urgencia y consulta externa de cirugía Maxilofacial del Hospital Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría" en el período comprendido entre el primero de enero al 31 de diciembre del 2000.

Para la selección de la muestra se tuvo en cuenta la etiología de la lesión excluyendo aquellos pacientes cuya lesión fue de causa congénita, infección traumática o por invasión tumoral.

La metodología según el examen clínico fue la siguiente:

1. Existencia de trastornos motores:
 - a. Parálisis de los músculos de la cara excepto los de la masticación.
 - b. Asimetría facial en reposo, ausencia de pliegues y arrugas del lado paralizado, alteraciones de los rasgos en el lado sano y el ojo ampliamente abierto.
 - c. También se valora si los movimientos acentúan la asimetría.
2. Trastornos funcionales
 - a. Si se presenta elevación pasiva de la mejilla por el aire expirado, dificultad al soplar, silbar, articular los labios así como la presión de los alimentos y succión, ala de la nariz atraída pasivamente por la corriente inspiratoria, imposible oclusión completa del ojo. Si se hace cerrar los ojos, el globo ocular del lado paralizado se desplaza hacia arriba y expone la esclerótica.
 - b. Desviación de la lengua y dificultad para girar la punta hacia arriba.
3. Trastornos reflejos (si están abolidos en el territorio paralizado)
4. Trastornos sensitivos (si existe dolor frecuente en el oído)
5. Trastornos sensoriales (Hipoacusia, gusto pervertido en los dos tercios anteriores de la lengua del lado paralizado).

6. Trastornos secretores (lagrimal, sudoral).
7. Trastornos vasomotores.
8. Trastornos tróficos.

Clínicamente podrán observarse todos los síntomas y signos señalados anteriormente pero para incluirlos en nuestra investigación era imprescindible la existencia de trastornos motores, funcionales y reflejos. Posteriormente y teniendo en cuenta el orden en que fueron valorados se destinaban a los grupos de estudios A, B y C. Estos grupos se crearon según el esquema de tratamiento que se les impondrían, correspondiendo al **Grupo "A"** los tratados con esteroides, antiinflamatorios y vitamina (tratamiento convencional), al grupo B con vitamina y acupuntura y al C con vitaminas y fisioterapia.

Una vez valorado el caso y destinado a un grupo de tratamiento se anotan en una encuesta los siguientes datos:

- I. Datos generales del paciente.
- II. Cuadro clínico
- III. Diagnóstico clínico
- IV. Tratamiento
- V. Evaluación clínica periódica
- VI. Criterio del evaluador.

Una vez terminada la fase de recolección de datos, estos se procesaron y computaron obteniéndose los siguientes resultados.

RESULTADOS

La tabla 1 relaciona sexo, grupo etáreo y parálisis de Bell, observándose que 19 pacientes, o sea el 63,3% pertenece al sexo femenino y el 36,6%, los 11 restantes al sexo masculino. Los grupos etáreos de 15-24 y 25-34 años fueron los de mayor representatividad con el 26,6% y el 23,3% respectivamente.

Tabla 1. Relación sexo grupo etáreo y Parálisis de Bell en pacientes atendidos en el Hospital Abel Santamaría en el año 2000.

Grupo etáreo	Sexo				Total	%
	Femenino	%	Masculino	%		
15-24	5	16,6	3	10,0	8	26,6
25-34	4	13,3	3	10,0	7	23,3
35-44	4	13,3	2	6,6	6	20,0
45-54	2	6,6	2	6,6	4	13,3
55 y Más	4	13,3	1	6,6	5	16,6
Total	19	63,3	11	36,6	30	100

Fuente: Encuesta.

En la tabla 2 se señalan los factores causales asociados a la parálisis de Bell y que fueron reportados por los pacientes. Es significativo que el 76,6 %, o esa 23 pacientes del total no asocien esta afección con causa alguna, el 16,6 % (5 pacientes) a cambios de temperatura y el 6,6% (2 pacientes) con el estrés.

Tabla 2. Factores causales asociados a la parálisis de Bell en pacientes atendidos en el Hospital Abel Santamaría en el año 2000.

Causa	No. de caso	%
Idiopática	23	76,6
Cambios de temperatura	5	16,6
Estrés	2	6,6
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

Para ilustrar la hemicara más afectada por la parálisis de Bell se confeccionó la tabla 3 donde resalta la predilección de esta afección por el lado izquierdo de la cara con 21 pacientes para el 70%.

Tabla 3. Parálisis de Bell y lado de la cara afectado en pacientes atendidos en el Hospital Abel Santamaría en el año 2000.

Hemicara	No. de casos	%
Derecha	9	30
Izquierda	21	70
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

La tabla 4 relaciona el tiempo de evolución de los pacientes con parálisis de Bell y los esquemas de tratamiento empleados, observándose que el mayor número de pacientes recuperados correspondió al grupo A y B con 9 pacientes cada uno en el plazo de 90 días, sin embargo en el grupo B se recuperaron mayor número de casos en menor tiempo ya que mientras el grupo A, a los 30 días tenía solo 4 pacientes recuperados y en el grupo C 5 casos, en el grupo B ya se habían recuperado 7 casos.

Tabla 4. Valoración Clínica de la evolución de los pacientes con Parálisis de Bell atendida, en el Hospital Abel Santamaría, en el año 2000 según el esquema de tratamiento impuesto.

Tiempo de evolución	Pacientes recuperados						Total	
	Grupo A		Grupo B		Grupo C		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Hasta 15 días	1	11.1	4	44.4	2	28.5	7	23.3
De 16 a 30 días	3	33.3	3	33.3	3	42.8	9	30.0
De 31 a 90 días	4	44.4	2	22.2	2	28.5	8	26.6
+ de 90 días	1	11.1	-	-	-	-	1	3.3
Total	9	30.0	9	30.0	7	23.3	25	83.3

Fuente: Encuesta.

El grado de recuperación de los pacientes con parálisis de Bell se ilustra en la tabla 5 donde podemos apreciar que el 83,3%, o esa 25 pacientes del total se recuperó completamente.

Tabla 5. Recuperación completa ó incompleta de pacientes con Parálisis de Bell atendidos en el Hospital Abel Santamaría en el año 2000.

Recuperación	No. de casos	%
Completa	25	83,3
Incompleta	5	16,6
Total	30	100

Fuente: Encuesta.

DISCUSIÓN

La tabla 1 resalta el sexo femenino como mayormente afectado con 19 pacientes, o sea, el 63.3%, el sexo masculino fue representado por 36.6% restante. Los grupos de edades de mayor incidencia fueron los comprendidos entre 15 a 24, 25 a 34 años con un total de 15 pacientes para el 50 %. Sin embargo aunque los demás grupos presentan una menor incidencia esta no puede ser catalogada de significativa pues todos los grupos tuvieron su representación e incluso en el grupo de más de 55 años se reportaron 2 casos.

Nuestros resultados coinciden con algunos autores^{2,4,5,6,7} que demostraron la predilección de esta patología por el sexo femenino y las edades entre 20 y 30 años.

Ricardo Boza y otros colaboradores,⁸ en un estudio sobre la etiología de la Parálisis Facial Periférica encontraron una asociación entre su presentación y la existencia de virus de la familia Herpesviridae, detectándosele por medio de la técnica ELISA, para la detección de anticuerpos altamente sensibles y específicos, y se logró demostrar una infección aguda por citomegalovirus en el 16 % de los casos. Antonio Soda⁹ y Martínez y Bustamante¹⁰ encontraron un diagnóstico serológico positivo en el 55 % de los pacientes predominando el virus del Herpes Simple tipo I en el 41 %.

En nuestro estudio algunos pacientes presentaron pródromo viral pero no fue posible demostrar la presencia de un agente viral. El 76.6 % no asocia el inicio de la enfermedad con una causa específica, el 16.6 % lo asocia a cambios de temperatura y el 6.6 % lo asocia a estados de estrés (tabla 2).

En los resultados estadísticos se observa una tendencia a no poder precisar las causas que originan la Parálisis de Bell. En la tabla 3 muestra que la hemicara izquierda presentó mayor afectación por esta patología con un 70 %, resultados que coinciden con otros autores.⁷ No obstante debemos señalar que Martínez y

Bustamante¹⁰ no encontraron diferencias significativas al comparar la afectación de uno u otro lado de la cara.

Consideramos que a pesar de haber obtenido en nuestro estudio un alto porcentaje de casos con afectación del lado izquierdo de la cara no existe una explicación neurofisiológica que justifique esta selectividad y si puede deberse a una muestra poco numerosa que no alcanza la representatividad necesaria.

Al realizar una valoración sobre la evolución clínica de los pacientes según esquemas diferentes de tratamiento (tabla 4) podemos resaltar la superioridad de la acupuntura ya que a los 15 días se había recuperado el 57.14 % de los pacientes tratados por este método, sin embargo para lograr este mismo porcentaje los pacientes tratados por el método Convencional (esteroidal) requirieron mas de 30 días.

Los pacientes del grupo C, a pesar de contar con mas del 50% de recuperados a los 30 días resultó el de peor evolución ya que 3 de los pacientes no se recuperaron totalmente a diferencia de los grupos A y B que solo el 1 % en cada caso presentó secuela.

Al igual que nosotros González Roig¹ obtuvo una significativa mejoría en el grupo tratado con acupuntura.

Autores como Vento, y colaboradores¹² valoran el tratamiento esteroideal en pacientes con Parálisis de Bell y obtienen resultados satisfactorios al igual que Paparella² que obtiene mejores resultados en los pacientes en los que se emplean esteroides.

Otros autores^{13,14} resaltan el papel de la fisioterapia en la recuperación total de la parálisis.

Consideramos que en nuestro caso a pesar de haber logrado resultados no satisfactorios con el uso de la fisioterapia, esta diferencia no es altamente significativa y debemos tener en cuenta lo reducida de la nuestra.

La parálisis de Bell en general tiene un pronóstico favorable por la recuperación total del 85% de los casos.¹² En nuestro estudio obtuvimos una recuperación clínica total del 83,3 % lo que confirma lo antes expuesto (tabla 5).

Del análisis de estos resultados podemos concluir que el sexo femenino fue más afectado por la parálisis de Bell con un 63.3%, presentándose selectividad por los grupos etáreos de 15 a 24 y de 25 a 34 años. El 76.6% no asoció la enfermedad a una causa específica. La hemicara izquierda resultó más afectada con un 70%. Se obtuvo una recuperación total en el 83.3% de los pacientes siendo la acupuntura el tratamiento de mayor efectividad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prives M, Lisenkov, Bushkonovich V. Anatomía humana. 4 ed. T-2. Moscú: Editorial MIR; 1981. p. 282.

2. Paparella M, Shumrick. DA. Otorrinolaringología.T-2. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1984. p. 1662-76.
3. Nogues O J. Resultados de estudios electroneurofisiológicos en Parálisis Facial. Am 1995; 22(4): 329-38.
4. Kruger G O. Cirugía Bucomaxilofacial. 5 ed. Ciudad de la Habana: Editorial Científico Técnica; 1985. p. 620-627.
5. Testa J, Grugel R, Fukuda Y. Parálisis Facial Periférica Idiopática, su incidencia y factores pronósticos. Acta AWHO 1993 ene-abr; 12(1): 9-18.
6. Hernández J A, Volano E, Hernández CM. Electromiografía facial y descompresión del nervio en parálisis facial. Rev Soc Md Quir Hosp Emerg Pérez de León 1990 dic; 24(2): 67-72.
7. Gómez Benítez DA. Terapia física en un población de pacientes con Parálisis Facial Periférica. Rev Md Domin 1995 ene-abr; 56 (1): 22-4.
8. Boza R, Valle G, Del Céspedes M. Infección por citomegalovirus y Parálisis Facial Periférica aguda. Rev Costarric Cienc Med 1994 ene-mar; 15 (12): 25-29.
9. Soda Merhy A. Parálisis Facial del Bell. Etiología Viral. An Soc Mex .ORL 1989 sep-nov; 34 (4): 293-6.
10. Martínez C., Bustamante M. Parálisis Facial de Bell. Evolución natural. Bol Hosp San Juan de Dios 1988 sep-oct; 35(5): 273-8.
11. González Roig R; Acupuntura y Parálisis Facial Periférica Rev Cubana Med 1994 ene-abr; 33 (1): 22-8.
12. Vento R. Comparación entre uso de dexametasona y grupo placebo en tratamiento de Parálisis Facial Periférica. Rev Bras ORL 1991 oct-dic; 57 (4): 196-202.
13. Guedes Z. Equipo multidisciplinario en el tratamiento de los pacientes portadores de Parálisis Facial Periférica. Sao Paulo: s n; 1994. p. 96.
14. Shiau J, Segal B, Danys J, Freedman R, Sott S. Long Term effects of neuro muscular rehabilitation of chronic facial paralysis. J Otolaryngol 1995 aug; 24(4): 217-20.

Recibido: 25 de marzo del 2002

Aprobado: 16 de septiembre del 2002

Dr. Héctor Díaz Barrios. Especialista de Primer Grado en Cirugía Máxilo Facial.
Hospital Pediátrico Provincial Pepe Portilla. Calle D final Edificio No. 25, Apto No. 26,
Rpto. Hermanos Cruz, Pinar del Río.