

Parálisis facial de Bell

Autores

Grupo MBE Galicia ¹
María Pastora Castro Dono ²

1. Integrado en la Red Temática de Investigación sobre Medicina Basada en la Evidencia (Expte FIS: G03/090)

2. M. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.
SAP de Rianxo- SERGAS- A Coruña-España

Guías Clínicas 2005; 5(42)

Puntos clave

- La parálisis de Bell es la parálisis facial periférica más frecuente.
- La causa viral ha ganado popularidad desde el aislamiento del genoma del virus herpes simple tipo I en el líquido endoneural de personas con parálisis de Bell
- Más de las dos terceras partes de las personas con parálisis de Bell, presentarán una completa recuperación de forma espontánea. El 16% sufre secuelas de moderadas a graves
- Aunque diversos estudios y metaanálisis demostraron que el tratamiento con corticoides es beneficioso, la revisión más importante no encontró beneficioso el tratamiento con esteroides por lo que su uso continúa siendo discutible
- Un ensayo clínico encontró que Prednisona es mejor que Aciclovir en la recuperación de la función motora del facial, otro encontró que prednisona más aciclovir es superior a prednisona sola. Estos resultados contradictorios hacen que la recomendación de aciclovir también sea controvertida
- A pesar de que no hay datos concluyentes acerca del beneficio de estos tratamientos, casi todos los comités de expertos recomiendan el uso de corticoides y aciclovir

¿Qué es la parálisis de Bell?

Es la forma más frecuente de parálisis facial periférica (PFP). Es una disfunción del nervio facial sin causa detectable, aguda y unilateral.

Su incidencia es de 14-25 casos por cada 100.000 personas en un año o lo que es lo mismo, una de cada 60-70 personas en toda su vida ¹. Se afectan en igual medida hombres que mujeres con un pico de incidencia entre los 10 y 40 años. En el embarazo el riesgo se triplica y las recurrencias afectan a un 8-10% de pacientes ²⁻³.

¿Cuáles son las causas y el diagnóstico diferencial?

Su fisiopatología es desconocida aunque la hipótesis más difundida es la inflamación del nervio que produce compresión e isquemia dentro del canal facial.

Se han propuesto diferentes tipos de mecanismos etiopatogénicos: genético, vascular, infeccioso, inmunitario y vírico por herpes simple tipo I (VHS-1). Desde el aislamiento del genoma del VHS-1 en el líquido endoneural de personas con parálisis de Bell, la activación de VHS-1 es ampliamente aceptada como la causa de la mayoría de los casos de parálisis de Bell ⁴.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico y suele presentar las siguientes características ⁵:

- Parálisis facial difusa con o sin afectación del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua y de la secreción lagrimal y salivar.
- Inicio agudo, en ocasiones precedido de otalgia, curso progresivo y máxima paresia en las 3 primeras semanas.

Más de las dos terceras partes de las personas con parálisis de Bell, presentarán una completa recuperación de forma espontánea. El pronóstico es mejor cuanto menor sea el grado de paresia. La mejoría clínica se consigue en el 85% de los casos en las 3 primeras semanas. Del resto, algunos mejoran entre 3 y 6 meses más tarde ³.

Elaborada con opinión de médicos y revisión posterior por colegas.

Conflicto de intereses: Ninguno declarado.

Aviso a pacientes o familiares:

La información de este sitio está dirigido a profesionales de atención primaria. Su contenido no debe usarse para diagnosticar o tratar problema alguno. Si tiene o sospecha la existencia de un problema de salud, imprima este documento y consulte a su médico de cabecera.

En el estudio con mayor número de pacientes que no recibieron tratamiento alguno se encontró que el 71% presentan una recuperación completa de la función motora de los músculos faciales, el 13% presentan secuelas leves y el resto (16 %) sufren secuelas permanentes de moderadas a graves con contracturas musculares y discinesias. Estos resultados son similares a los encontrados en otras series³.

clovir¹⁴.

Pueden utilizarse estas dosis:

- Prednisona 1 mg/kg/día durante 5 días (en casos de dudas pronósticas 10 días). Suspender en otros 5 días.
- Aciclovir a dosis de 800 mg 5 veces al día durante 7 días o valaciclovir 1 g cada 8 horas durante 7 días.

Tabla de diagnóstico diferencial

Tratamiento quirúrgico

La cirugía de reinervación y las medidas de cirugía

Localización de la lesión	Síntomas acompañantes	Causas
Protuberancia	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis VI par • Hemiparera lateral • Nistagmo • Hipoesteria termoanalgesica contralateral 	<ul style="list-style-type: none"> • Congénita (E. de Möbius) • Vascular • Esclerosis múltiple • Tumor (metástasis) • Encefalitis • Siringobulbia • Esclerosis lateral amiotrófica
Ángulo ponto-cerebeloso o meato auditivo interno	<ul style="list-style-type: none"> • Afectación del VII,V,IX,X y XI par • Pérdida de gusto y salivación • Pérdida del lagrimeo • Hiperacusia 	<ul style="list-style-type: none"> • Neurinoma del acústico • Meningiomas • Colesteatoma • Tumor del glomus • Carcinomatosis meníngea
Canal facial	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de gusto y salivación • Preservación del lagrimeo 	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis de Bell • Fractura de peñasco • Otitis, mastoiditis • Herpes Zoster (S. de Ramsay-Hunt) • Metástasis, leucemia • Infección por VIH • Borreliosis • Diabetes • Síndrome de Guillain-Barré
Agujero estilomastoideo y trayecto extracranial	<ul style="list-style-type: none"> • Preservación del gusto, salivación y del lagrimeo • Afectación parcial del grupos musculares • Edema facial, lengua plicata 	<ul style="list-style-type: none"> • Sarcoidosis • Tumores de parótida • Síndrome de Melkersson-Rosenthal • Traumatismos y cirugía

¿Cómo se trata?

Medidas físicas

- Protección del ojo de la sequedad e irritación por cuerpos extraños: gafas de sol, tapar el ojo y aplicar pomada protectora durante el sueño. Lágrimas artificiales durante el día.
- Masajes y ejercicios. No se recomienda la estimulación eléctrica de los músculos paralizados porque retrasa la regeneración nerviosa.

Tratamiento médico

Aunque diversos estudios y metaanálisis demostraron que el tratamiento con corticoides es beneficioso, esta conclusión es discutible ya que algunos estudios tienen pocos pacientes y un metaanálisis incluye estudios de poca calidad⁶⁻⁹. El metaanálisis más importante no encuentra beneficioso el tratamiento con esteroides¹⁰ por lo que su uso continúa siendo discutible. Un estudio encontró que en niños no es beneficioso el tratamiento con corticoides¹¹.

Un ensayo clínico encontró que Prednisona es mejor que Aciclovir en la recuperación de la función motora del facial¹², otro encontró que prednisona más aciclovir es superior a prednisona sola¹³. Estos resultados contradictorios hacen que la recomendación de aciclovir también sea controvertida.

A pesar de que no hay datos concluyentes acerca del beneficio de estos tratamientos, algunos comités de expertos recomiendan el uso de corticoides y aci-

plástica se reservan para pacientes con sección traumática o quirúrgica del nervio.

Bibliografía

1. Santos-Lasaosa S, Lopez del Val J, Iniguez C, Ortells M, Escalza I, Navas I. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. Rev Neurol 2000; 31:14-16
2. Adour KK, Bell DN, Hilsinger RL Jr. Herpes simplex virus in idiopathic facial paralysis (Bell palsy). JAMA. 1975 Aug 11;233(6):527-30.
3. Peitersen E. The natural history of Bell's palsy. Acta Otolaryngol Suppl 1992;492:122-124
4. Baringer JR. Herpes simplex virus and Bell palsy. Ann Intern Med. 1996 Jan 1;124(1 Pt 1):63-5.
5. Ronthal M. Bell's palsy.[Internet]. UpToDate. Disponible en: <http://www.uptodate.com>
6. Ramsey MJ, DerSimonian R, Holtel MR, Burgess LP. Corticosteroid treatment for idiopathic facial nerve paralysis: a meta-analysis. Laryngoscope. 2000; 110:335-41
7. Williamson IG, Whelan TR. The clinical problem of Bell's Palsy: is treatment with steroids effective?. Br J Gen Pract 1996; 46:743-747

Recursos en la red

- Estimulación eléctrica en la recuperación de la parálisis facial periférica 2004 [<http://www.fisterra.com/cursos/articulo.asp?idArticulo=46>]
- Holland NJ, Weiner GM. Recent developments in Bell's palsy. BMJ 2004;329:553-557 [<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7465/553>]

8. Austin JR, Peskind SP, Austin S, Rice DH. Idiopathic facial nerve paralysis: a randomized double blind controlled study of placebo versus prednisone. *Laryngoscope* 1993;103:1326-1333.
9. Lagalla G, Logullo F, Di Bella P, Provinciali L, Ceravolo MG. Influence of early high-dose steroid treatment on Bell's palsy evolution. *Neurol Sci.* 2002; 23:107-12. 10.
10. Salinas RA, Alvarez G, Ferreira J. Corticosteroides para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. [Resumen]. Texto completo disponible en Cochrane Library Plus: <http://www.update-software.com/clubplus/clubpluslogon.htm>
11. Salman M S, MacGregor D L. Should children with Bell's palsy be treated with corticosteroids: a systematic review. *Journal of Child Neurology*, 2001;16(8):565-568. [Dare]
12. De Diego JI, Prim MP, De Sarriá MJ, Madero R, Gavilán J. Idiopathic facial paralysis; a randomized, prospective, and controlled study using single-dose prednisone versus acyclovir three times daily. *Laryngoscope* 1998;108:573-575.
13. Adour KK, Ruboyanes JM, Von Doersten PG, Byl FM, Trent CS, Quesenberry CP Jr, Hitchcock T. Bell's palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, randomized, controlled trial. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1996 May;105(5):371-8
14. Allen D, Dunn L . Aciclovir o valaciclovir para la parálisis de Bell (parálisis facial idiopática) (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 Número 3. Oxford: Update Software Ltd. [Resumen]. Texto completo disponible en Cochrane Library Plus: <http://www.update-software.com/clubplus/clubpluslogon.htm>
15. Grogan PM, Gronseth GS. Practice parameter: Steroids, acyclovir, and surgery for Bell's palsy (an evidence-based review): report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2001 Apr 10;56(7):830-6