

Parálisis facial



Nombre : Guillermo García Santos (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Marco Gómez de la Fuente (Urgencias Pediátricas)
Servicio de Pediatría, HGUA

Anamnesis y datos exploratorios

Niña de 9 años remitida a UPED para valoración de patología neurológica con afectación facial, refiere:

- Acorchamiento hemicara izquierda y otalgia de 4-5 días de evolución
- Desviación de la comisura bucal de 24h de evolución
- Cefalea hemicraneal izquierda, molestia ocular izquierda con sensación de cuerpo extraño y disminución de agudeza visual desde la noche previa
- Dolor en arcada dentaria inferior izquierda tras revisión en Centro de Salud de dos semanas de evolución
- Cuadro de gastroenteritis aguda sin fiebre el fin de semana previo

Exploración Física

- Hipostesia en hemicara izquierda y borramiento de los pliegues de la piel
- Desviación de comisura bucal a la derecha
- Signo de Bell (al intentar cerrar el ojo el globo ocular gira arriba exponiendo esclerótica)
- Resto de pares craneales normales. Romberg sin caída, marcha normal
- Exploración oftalmológica normal, no lesión corneal no pérdida de visión
- Otoscopia bilateral normal, sin vesículas
- Lesión dolorosa en arcada dentaria inferior izquierda

Diagnóstico: **PARÁLISIS FACIAL**



PERIFÉRICA



CENTRAL

Diagnostico Diferencial

CENTRAL

- Parálisis de la mitad inferior de la hemicara contralateral
- Se conserva la función de la musculatura frontal, de los mm orbitales y el reflejo corneal
- Desviación de la comisura bucal al lado sano
- Los movimientos mímicos inconscientes están conservados
- Suele acompañarse de otros datos patológicos en la exploración neurológica

PERIFÉRICA

- Parálisis de la musculatura superior e inferior homolateral
- Signo de Bell
- Alt sensitivas; rigidez, acorchamiento, parestesias en cara
- Alt sensoriales; otalgia (obliga al diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino). Disgeusia (sabor metálico), hiposmia, disacusia
- Hiper/hipolacrimación, molestias oculares

Etiología de la parálisis facial

Idiopática o de Bell (51-75%)

- La parálisis de Bell es la forma más común de parálisis facial y de etiología desconocida (VHS-1?). De comienzo brusco se instaura en 24-72 horas y puede estar precedida de un proceso de tipo vírico (hasta 14 días antes)

Traumática (17-25%)

- Fracturas del peñasco, que pueden ser longitudinales, las más comunes o transversales; estas últimas tienen mayor riesgo de PF (40-50%). Otras causas son heridas penetrantes y traumatismos iatrogénicos

Síndrome de Ramsay-Hunt 6-12%

- Causado por virus herpes zoster, cursa con parálisis, otalgia intensa, hipoacusia y vesículas en conducto auditivo externo, faringe y paladar

Tumoral (6%)

- Instauración progresiva, las más comunes son las causadas por tumores parotídeos. También neuriloma del VII, colestatoma, meningioma, leucemia

Otítica (5%)

- Otitis media aguda, otitis media crónica, otitis externa maligna. Afectación del VII por proceso inflamatorio, compresión, neuropatía tóxica...

Otras etiologías

- Inmunológicas; sarcoidosis, sdr. Gullain-Barré.
- Infecciosos: enfermedad de Lyme, lúes, tuberculosis.
- Vasculares : aneurisma art. Basilar, ACV
- Metabólicas: hipotiroidismo, hiperparatiroidismo, hipercalcemia
- Enf. Sistémicas: diabetes melitus, amiloidosis.

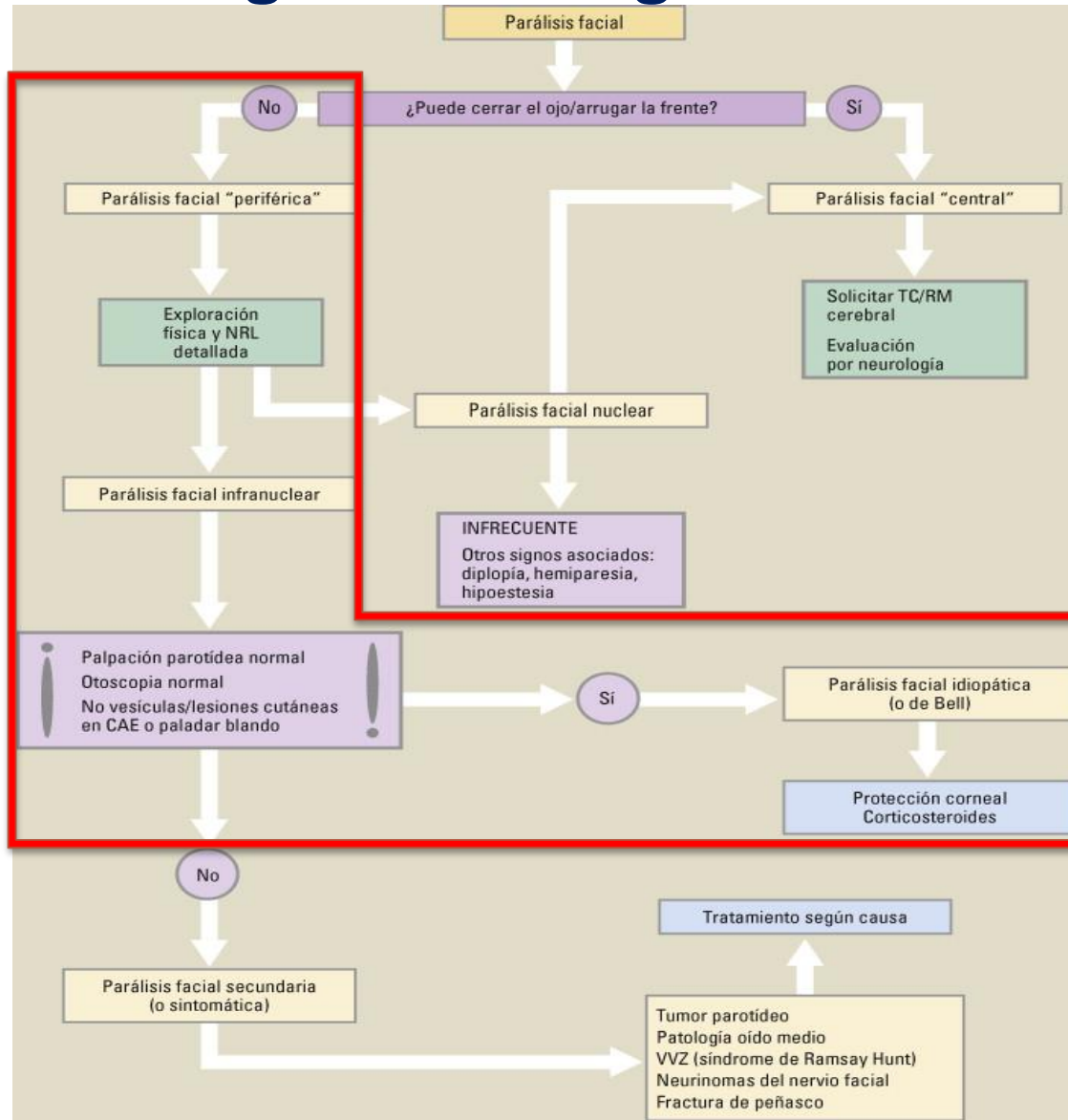
Pruebas Complementarias?

- ✗ Diagnóstico es clínico. Anamnesis, exploración física (importante otorrinolaringológica) y exploración neurológica
- ✗ Radiología: TAC, RMN están indicadas en parálisis centrales y en pacientes con p. periféricas con otorrea, sordera, tinnitus, afectación de otros pares para excluir causas no idiopáticas
- ✗ Pruebas electrodiagnósticas no son pruebas de urgencias (electroneuronografía, electromiograma)

Criterios de derivación (Alarma)

- Parálisis central (o parálisis secundaria)
- Pérdida de agudeza visual
- Afectación bilateral
- Instauración lenta
- Presencia de espasmos previo a la parálisis
- Falta de recuperación en 6 semanas

Algoritmo diagnóstico



Méndez A et al. Protocolo diagnóstico de la afectación del nervio facial. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2015. 11;76:4580-4585

Evolución y Tratamiento

- La mayoría de parálisis periféricas idiopáticas evolucionan favorablemente (hasta un 85-90%) y se recuperan en un plazo máximo de 6-8 semanas.

Fármacos

- Prednisona oral 2mg/kg/día 5 días y posteriormente pauta descendente (más efectivo si se administra en las primeras 72h)
- Prednisona + antiviral
 - Aciclovir: 20mg/kg (max 800mg) cada 6h durante 7 días
 - Valanciclovir (>12 años): 20mg/kg (max 1g) cada 8h durante 7 días

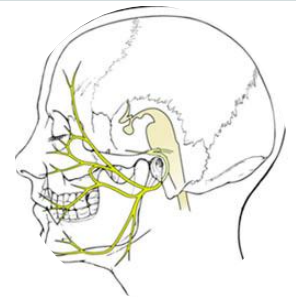
Medidas físicas

- Protección ocular: lubricantes/lágrimas artificiales durante el día y pomada ocular en la noche
- No se recomiendan los parches oculares

Otros

- Según evolución rehabilitación y fisioterapia en pacientes en debilidad persistente

Bibliografía



- Geller TJ. Facial nerve palsy in children. Nordli NR, ed. UpToDate. Waltham, MA: UpToDate Inc. (consultado el 25 /10 / 2017). <http://www.uptodate.com>
- Méndez A, Gata D, Domingo A, Hernández J. Protocolo diagnóstico de la afectación del nervio facial. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 2015; 11: 4580-4585
- Lacomba B, Agut L. Parálisis facial. Fichas de consulta rápida svmfyc. (consultado el 30 /10 / 2017). <http://www.svmfyc.org/fichas/f063/ficha063.pdf>
- Cinesi C, Caballero MM, Álvarez de los Heros F. Parálisis facial periférica en atención primaria. *Semergen* 2003; 29: 350-4
- Garrido A M, González E, Pinós P J, Gil I. Una parálisis facial periférica. *Med Integr* 2000; 36: 285-93