

PARÁLISIS FACIAL

Alicia Desantes Nieto (R1 Pediatría)

Tutores: Dr. Francisco Gómez Gosálbez y Dra. Rocío Jadraque Rodríguez

Servicio de Pediatría – Hospital General Universitario Dr. Balmis



**Servicio de
Pediatría**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

ÍNDICE

1. Etiología
2. Clínica
3. Central VS Periférica
4. Diagnóstico
5. Parálisis idiopática o de Bell
6. Tratamiento
7. Seguimiento
8. Bibliografía



1. ETIOLOGÍA DE LA PARÁLISIS FACIAL

Idiopática	<ul style="list-style-type: none"> • Parálisis de Bell: forma más frecuente de parálisis facial periférica 		
Infecciosas	<ul style="list-style-type: none"> • Víricas: VHS, VHZ, CMV, VEB, VIH, Hepatitis • Bacterianas: Lyme, Sífilis, TBC • Encefalitis, Meningitis 	Tumorales	<ul style="list-style-type: none"> • Tumor maligno del hueso temporal • Tumores intrínsecos n. facial (Schwannoma, Hemangioma) • Meningioma • Tumor de parótida • Metástasis
Iatrogénicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cirugía del ángulo pontocerebeloso • Cirugía del oído • Cirugía de la parótida 	Otógenas	<ul style="list-style-type: none"> • Colesteatoma • Otitis Media Aguda, Otitis Media Crónica • Otitis externa maligna
Traumáticas	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas del hueso temporal • Herida facial • Trauma obstétrico 	Neurológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Guillain-Barré • Distrofia miotónica • ACV • Esclerosis múltiple
Congénitas	<ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de Moebius • Parálisis congénita del labio inferior • Microsomía hemifacial • Síndrome de Goldenhar 	Otras	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes • Sarcoidosis • Amiloidosis • Síndrome de Melkersson-Rosenthal • Enfermedad de Kawasaki • Granulomatosis de Wegener



2. CLÍNICA DE LA PARÁLISIS FACIAL

- **Disfunción motora** en la musculatura de la **cara** (sonreír, cerrar el párpado o arrugar la frente)
- Según nivel de la lesión: +/- alteraciones **vegetativas, sensoriales** o **sensitivas**

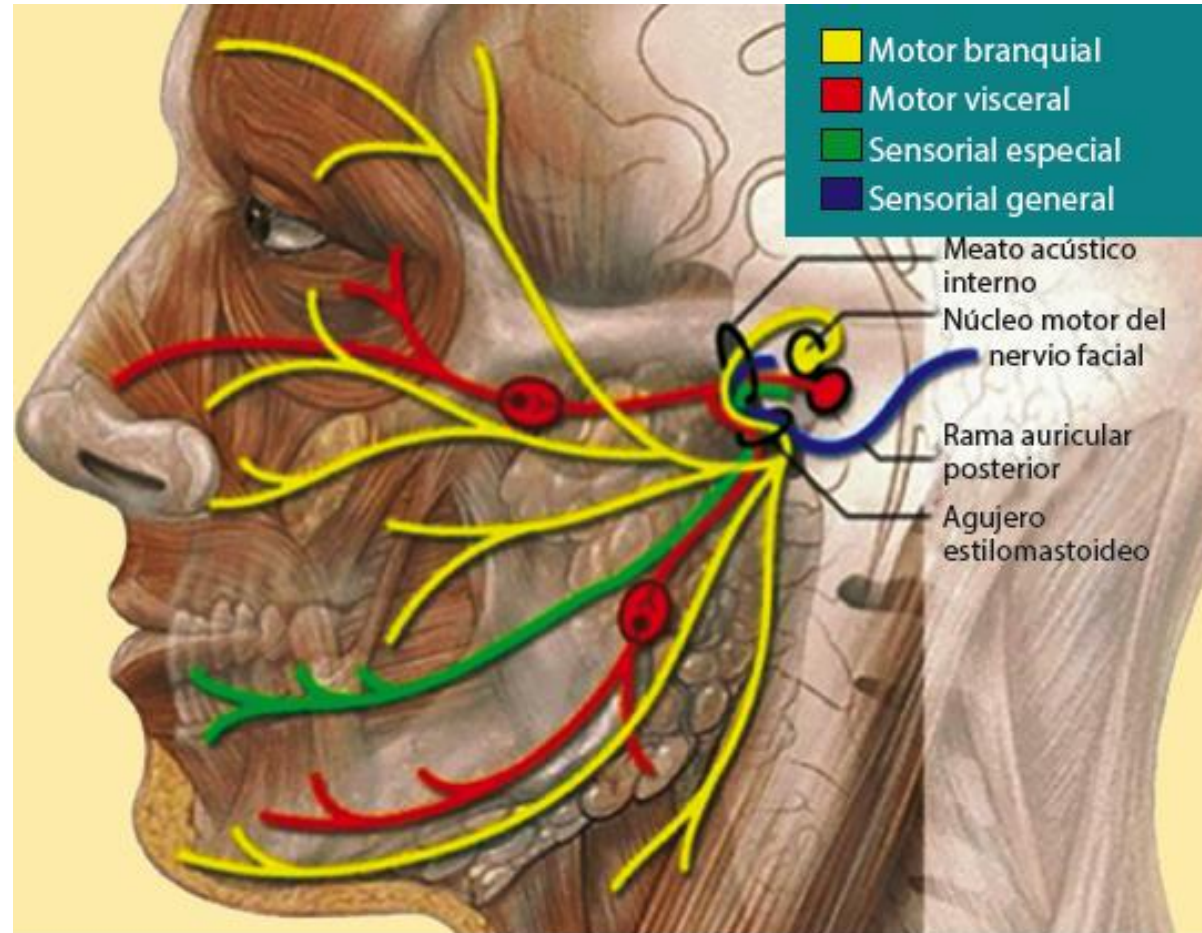


2. CLÍNICA DE LA PARÁLISIS FACIAL

- **Disfunción motora** en la musculatura de la **cara** (sonreír, cerrar el párpado o arrugar la frente)
- Según nivel de la lesión: +/- alteraciones **vegetativas**, **sensoriales** o **sensitivas**

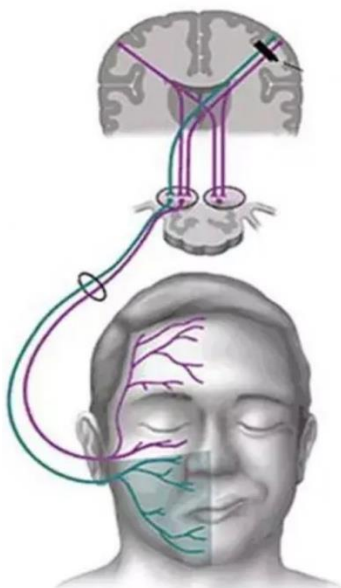
		FUNCION MOTORA		VEGETATIVAS		SENSORIALES	SENSITIVAS
MIXTOS	VII	(núcl del facial en Protuberancia)		(núcl salivar superior en Bulbo)		(núcl tracto solitario en Bulbo)	(fibras sensit que parten del n sensit del Vp)
		Músculos de la cara	Músculo del estribo	Salivación (gl. submaxilar y sublingual)	Lagrimo	Gusto: 2/3 ant de la lengua	Sensibilidad área Ramsay-Hunt (pared póstero-superior del CAE)
Clínica		Parálisis motora hemicara	Ausencia reflejo estapedial (hiperacusia)	Hiposialia	Xeroftalmia	Hipogeusia o Ageusia	Pérdida sensibilidad Abolición del reflejo corneal

2. CLÍNICA DE LA PARÁLISIS FACIAL

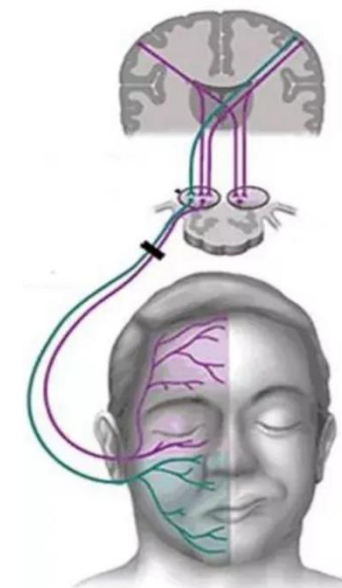


3. CENTRAL VS PERIFÉRICA: CLÍNICA

	Supranuclear o CENTRAL	Nuclear o Fascículo o PERIFÉRICA
Localización lesión	Fibras que unen la corteza cerebral con el núcleo del facial (corteza, vía cortico-bulbar)	<ul style="list-style-type: none"> Núcleo del VII par Nervio periférico del VII par
Parálisis	½ inferior de hemicara CONTRALATERAL (desvía comisura bucal al lado sano)	Parálisis completa de la hemicara IPSILATERAL (desvía comisura bucal al lado sano)
Frente	Preservada	Frente lisa (sin arrugas)
Reflejo corneal	Conservado	Perdido
Cierre palpebral	Parcialmente preservado	Perdido = No cierra ojo (lagofthalmos, Signo de Bell)
Puede asociar	Suele acompañarse de otros déficits neurológicos (hemiparesia, disartria, ...)	Otalgia, Tinnitus, Hiperacusia Hiposalia, Xeroftalmia Hipogeusia

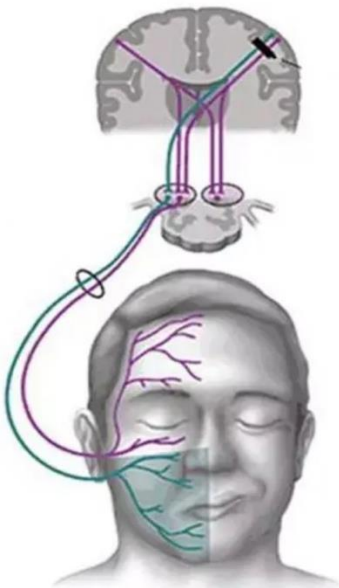


Parálisis central



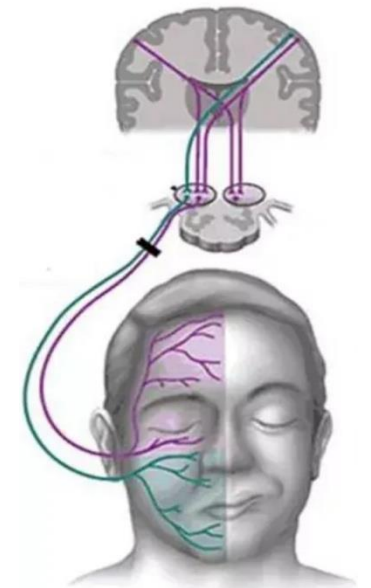
Parálisis periférica

3. CENTRAL VS PERIFÉRICA: ETIOLOGÍA



Parálisis central

Supranuclear o CENTRAL	Nuclear o Fascículo o PERIFÉRICA
<ul style="list-style-type: none">• Lesiones intracraneales: tumoral, malformación, ACV• Enf desmielinizantes• Congénita y bilateral: Sdr de Moebius, Sdr de Poland, ...	<ul style="list-style-type: none">• Parálisis de Bell• Traumática: fractura del peñasco• Infecciosa: Otitis media, Mastoiditis, Sdr de Ramsay-Hunt, Lyme, Lúes, Parotiditis, VEB, CMV, VIH, Mycoplasma, ...• Congénita: Obstétrica• Enf neurológicas: enf desmielinizantes (Guillain-Barré), Miastenia, Sdr de Melkersson-Rosenthal, ...• Tumoral• HTA maligna



Parálisis periférica

4. DIAGNÓSTICO

- Fundamentalmente clínico-evolutivo, mediante:
 - a) Anamnesis
 - b) Exploración física: Neurológica, ORL y FO
 - c) +/- Pruebas complementarias
 - d) Seguimiento adecuado

Estrategia en urgencias: descartar cualquier otro signo de focalidad neurológica, ya el diagnóstico de **parálisis facial idiopática o de Bell** se alcanza **tras eliminar otras causas de afectación del nervio facial**

4. DIAGNÓSTICO: ANAMNESIS

CUÁNDO	<ul style="list-style-type: none">• El tratamiento precoz mejora el pronóstico• Es necesario medir el tiempo en el que se produce la recuperación
CÓMO	<ul style="list-style-type: none">• Comienzo brusco o progresivo• Contexto en que se inició la clínica
ANTECEDENTES PERSONALES	<ul style="list-style-type: none">• Antecedentes oncológicos• Enfermedades vasculares• Cardiopatías• Alteraciones de la coagulación
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none">• Enfermedades infecciosas recientes (VHS, Varicela, OMA, ...)• Traumatismo reciente
CLÍNICA ASOCIADA	<ul style="list-style-type: none">• Fiebre → ¿Infección? (meningitis, OMA, Lyme...)• Dolor asociado → ¿Infección por Herpes-zoster (Síndrome de Ramsay-Hunt)?• Síntomas óticos → ¿OMA, Mastoiditis, Colesteatoma?• Cefalea, Vómitos → ¿Hipertensión endocraneal?• Otra clínica neurológica → ¿Síndrome de Guillain-Barré, HTIC, Ictus...?



4. DIAGNÓSTICO: EXPLORACIÓN

CONSTANTES	<ul style="list-style-type: none">• Tª• TA (HTA maligna)
EXPLORACIÓN FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">• Exantemas:<ul style="list-style-type: none">○ Síndrome de Ramsay-Hunt: vesículas en región ótica○ Enf. Lyme: eritema crónico migratorio• Palpación de la región parotídea
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Descripción de la expresión facial que determina la parálisis facial (desviación de comisura bucal hacia... con/sin afectación palpebral...)• Descripción detallada de la exploración los demás pares craneales
OTOSCOPIA	<ul style="list-style-type: none">• Presencia o ausencia de vesículas en CAE o en pabellón auricular• Patología ocupante de espacio
FONDO DE OJO	<ul style="list-style-type: none">• Ante la duda → valoración por Oftalmólogo de guardia



4. DIAGNÓSTICO: EXPLORACIÓN

CONSTANTES	<ul style="list-style-type: none">• Tª• TA (HTA maligna)
EXPLORACIÓN FÍSICA	<ul style="list-style-type: none">• Exantemas:<ul style="list-style-type: none">○ Síndrome de Ramsay-Hunt: vesículas en región ótica○ Enf. Lyme: eritema crónico migratorio• Palpación de la región parotídea
EXPLORACIÓN NEUROLÓGICA	<ul style="list-style-type: none">• Descripción de la expresión facial que determina la parálisis facial (desviación de comisura bucal hacia... con/sin afectación palpebral...)• Descripción detallada de la exploración los demás pares craneales
OTOSCOPIA	<ul style="list-style-type: none">• Presencia o ausencia de vesículas en CAE o en pabellón auricular• Patología ocupante de espacio
FONDO DE OJO	<ul style="list-style-type: none">• Ante la duda → valoración por Oftalmólogo de guardia

SÍNDROME DE RAMSAY-HUNT (reactivación del VVZ)

En caso de parálisis facial completa o **dolor intenso**, aún en ausencia de vesículas, consideraremos la posibilidad del Sdr de Ramsay Hunt (30% puede presentarse sin vesículas)



4. DIAGNÓSTICO: PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ESTUDIO ANALÍTICO	<ul style="list-style-type: none">• Proceso infeccioso, tumoral, metabólico
ESTUDIO LCR	<ul style="list-style-type: none">• Proceso infeccioso o inflamatorio SNC (Lyme, ...)
SEROLOGÍA	<ul style="list-style-type: none">• Parálisis bilateral o unilateral con síntomas sistémicos (VIH, VEB)• Zonas endémicas (AP de picadura por garrapata, exantema característico)

TAC o RMN CRANEAL	
URGENTE	<ul style="list-style-type: none">• Parálisis facial bilateral• Afectación brusca de otros pares craneales (además del n. facial)• Otra focalidad neurológica acompañante• Síntomas de hipertensión endocraneal
SE PUEDE DIFERIR, EN INGRESO	<ul style="list-style-type: none">• Empeoramiento del cuadro durante el tratamiento• No mejoría significativa tras 2 meses de tratamiento adecuado• Recidiva precoz tras suspender tratamiento



4. DIAGNÓSTICO: VALORACIÓN OTROS ESPECIALISTAS

	OFTALMOLOGÍA
URGENTE	<ul style="list-style-type: none">• FO alterado o dudas• Afectación oculomotora• Afectación corneal evidente o sospecha de queratitis (ojo rojo, dolor, sensación de cuerpo extraño...)
REMITIENDO A LA CONSULTA (NO desde urgencias)	<ul style="list-style-type: none">• Desde la consulta de Neuropediatría serán remitidos aquellos casos de evolución tórpida, que indiquen complicaciones oculares por persistencia de la exposición ocular constante



4. DIAGNÓSTICO: CRITERIOS DE INGRESO

CRITERIOS DE INGRESO

- Parálisis facial bilateral
- Afectación brusca de otros pares craneales (además del n. facial)
- Otra focalidad neurológica acompañante
- Síntomas de hipertensión endocraneal
- Empeoramiento del cuadro durante el tratamiento
- No mejoría significativa tras 2 meses de tratamiento adecuado
- Recidiva precoz tras suspender tratamiento
- Valorar ante complicaciones derivadas del tratamiento (alteraciones de la TA, intolerancia al tratamiento...)

TAC o RMN CRANEAL

URGENTE

- Parálisis facial bilateral
- Afectación brusca de otros pares craneales (además del n. facial)
- Otra focalidad neurológica acompañante
- Síntomas de hipertensión endocraneal

SE PUEDE DIFERIR,
EN INGRESO

- Empeoramiento del cuadro durante el tratamiento
- No mejoría significativa tras 2 meses de tratamiento adecuado
- Recidiva precoz tras suspender tratamiento



**Servicio de
Pediatria**

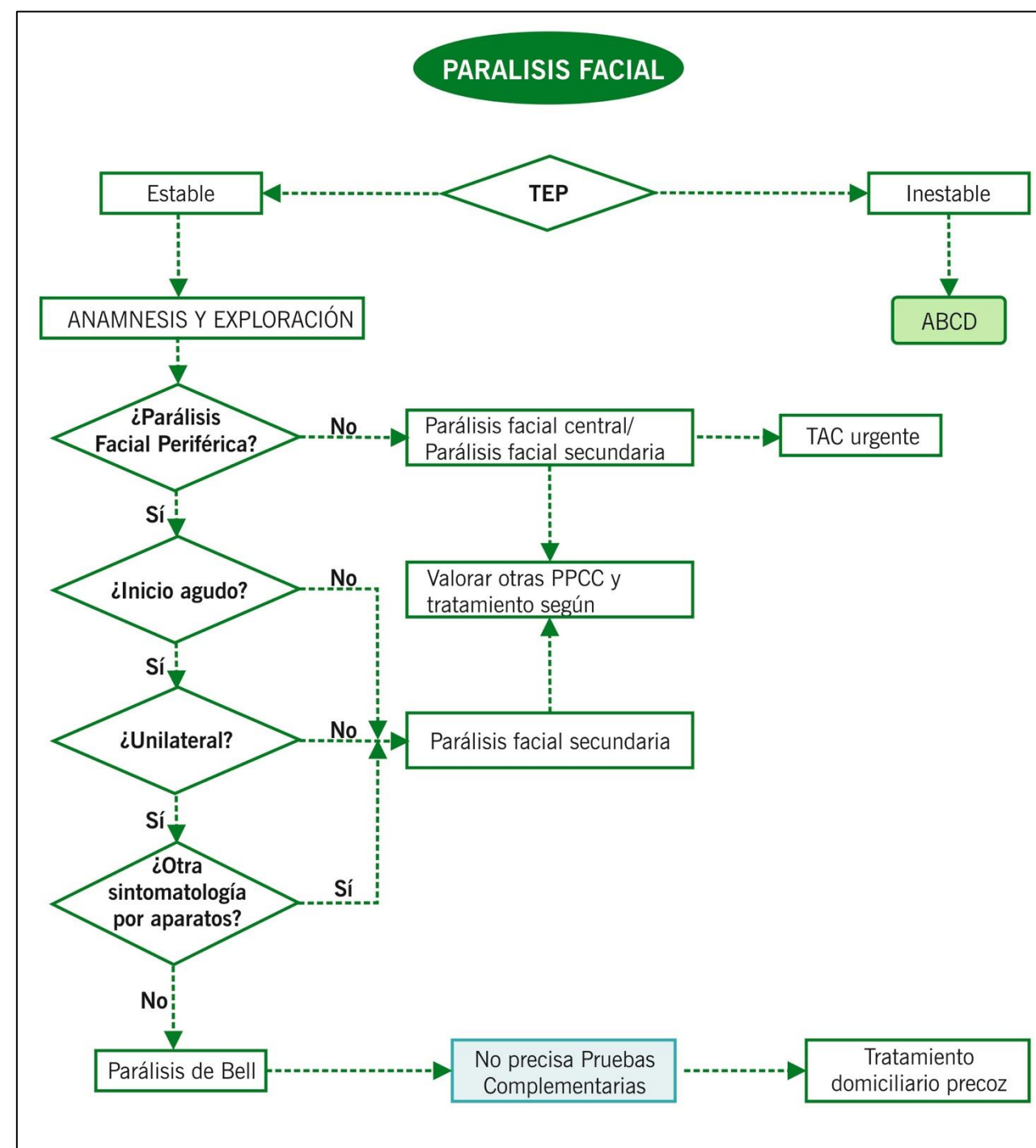
DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

5. PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA O DE BELL

- Parálisis aguda periférica del nervio facial de causa desconocida
- Incidencia: 6,1/100.000 niños entre 1-15 años

Debe cumplir los siguientes criterios:

- 1) Parálisis periférica
- 2) Instauración aguda
- 3) No asocia otros déficits neurológicos
- 4) No asocia otra sintomatología por aparatos
- 5) No factor desencadenante reconocible



5. PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA O DE BELL

GRAVEDAD: Clasificación de House-Brackmann	
Grado I (normal)	<ul style="list-style-type: none">• Función <u>normal</u> en todos los territorios
Grado II (leve)	<ul style="list-style-type: none">• Ligera o leve debilidad de la musculatura, <u>apreciable tan sólo en la inspección meticulosa</u>• No sincinesias, ni contracturas ni espasmos faciales• En reposo: simetría normal
Grado III (moderada)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Diferencia clara entre ambos lados sin ser desfigurante</u>• Incompetencia para el cierre palpebral completo; hay movimiento de región frontal, asimetría de la comisura bucal en movimientos máximos• En reposo: simetría y tono normal
Grado IV (moderado-grave)	<ul style="list-style-type: none">• Debilidad o asimetría <u>desfiguradora</u>• En reposo simetría y tono normal• No hay movimiento de región frontal; imposibilidad para cerrar el ojo totalmente. Sincinesias. Espasmo facial
Grado V (grave)	<ul style="list-style-type: none">• Tan sólo <u>ligera actividad motora perceptible</u>• En reposo asimetría
Grado VI (parálisis total)	<ul style="list-style-type: none">• <u>No hay movimiento facial</u>• Pérdida total del tono



6. TRATAMIENTO

Tratamiento farmacológico		
Situación clínica	Tratamientos propuestos	
Parálisis de Bell ¹²	Parálisis facial leve-moderada (grados II o III)	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Prednisona, oral: 2 mg/kg/día (máx. 60-80 mg) durante 5 días y pauta descendente durante otros 5 días</u> (mayor eficacia si se inicia en las primeras 72 horas desde el inicio de los síntomas)¹³
	Parálisis facial grave (grados IV, V o VI)	<ul style="list-style-type: none"> • Prednisona, oral: 60-80 mg/día durante 5 días y pauta descendente durante otros 5 días • Valaciclovir o aciclovir, oral: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Valaciclovir¹⁴: mayores de 12 años, 20 mg/kg (máx. 1 g) cada 8 horas, durante 7 días ◦ Aciclovir¹⁵: 20 mg/kg (máx. 800 mg) cada 6 horas¹⁶, durante 7 días
Síndrome de Ramsay-Hunt o lesiones herpéticas	<ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir o valaciclovir (mismas dosis y duración)¹⁷ 	
Otros tratamientos		
Inmediatos	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Protección ocular</u>: para evitar queratitis y daño corneal se recomiendan <u>lubricantes oculares o lágrimas artificiales durante el día y pomada ocular durante la noche</u> • No se recomienda el uso de parches oclusivos por la posibilidad de apertura ocular con el parche, con el correspondiente daño corneal 	
Según evolución, de forma individual	<ul style="list-style-type: none"> • Rehabilitación y fisioterapia en los pacientes con debilidad persistente • Toxina botulínica para mejorar la asimetría o las contracturas faciales 	
<ul style="list-style-type: none"> • No está indicado el tratamiento mediante electroestimulación ni la descompresión quirúrgica rutinaria 		

7. SEGUIMIENTO

- **Recuperación completa** de parálisis facial idiopática o de Bell (90-95%): 3 semanas - 6 meses
- Mantendrá controles en su **Pediatra de AP**:
 - Tensión arterial
 - Evolución de la clínica
 - Si síntomas de gastritis: asociación de protector gástrico
- Criterios de derivación a **Neuropediatría**:
 - Instauración lenta
 - Progresión de la parálisis más allá de 3 semanas
 - Ausencia de mejoría en 3-4 meses
 - Recurrencia
 - Secundarias a enfermedad neurológica (ictus, Síndrome Guillain-Barré)

8. BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Fröde CX, Meneses Delgadillo LE, Landa Reyes R. Falta de resultado benéfico en una cirugía neurológica descompresiva. *Rev Fac Med (Méx)*. 2020;63(3):36-45.
- De Diego-Sastre JI, Prim-Espada MP, Fernández-García F. Parálisis facial: guía práctica clínica. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2020;71(1):1-10.
- Hospital Universitario Virgen del Rocío. Parálisis facial. En: Manual clínico de urgencias de pediatría [Internet]. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío; [citado 2026 May 8]. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/urgencias-de-pediatria/neurologia-urgencias-de-pediatria/paralisis-facial/>
- Grupo ABE. Parálisis facial (parálisis de Bell) [Internet]. Guía-ABE; [citado 2026 May 8]. Disponible en: [https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-paralisis-facial-\(paralisis-de-bell\)](https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-paralisis-facial-(paralisis-de-bell))
- Kalra V, Arora R, Mukhtyar B. Clinical Guideline for Acquired Facial Nerve Palsy in Children (Bell's Palsy). 2020:1–13.



PARÁLISIS FACIAL

Alicia Desantes Nieto (R1 Pediatría)
alicia.desantes@outlook.com

Servicio de Pediatría – Hospital General Universitario Dr. Balmis



**Servicio de
Pediatría**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL