

Caso Clínico

Tratamiento de la parálisis facial periférica bilateral.

A propósito de un caso.

Treatment of bilateral peripheral facial palsy.

Presentation of a case.

Alejandro Ojeda Manzano¹, Elsy Arlene Pérez Padilla¹, Humberto Salgado Burgos².

¹Unidad Universitaria de Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

²Laboratorio de Neuroplasticidad, Centro de Investigaciones Regionales "Dr. Hideyo Noguchi", Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida, Yucatán, México.

RESUMEN

La parálisis facial periférica bilateral es una manifestación neurológica rara (0.3-2% de las parálisis facial periféricas) y puede deberse a muchas causas etiológicas entre las que destacan infecciosas, traumáticas, enfermedad de Lyme, entre otras. El objetivo de este artículo es presentar un caso clínico de una paciente que sufrió parálisis facial bilateral, su manejo y los resultados post-tratamiento. Se presenta un caso clínico de una paciente de 57 años de edad que ingreso al Centro de Rehabilitación por presentar parálisis facial periférica bilateral a causa de una infección viral. Se realiza una revisión actualizada del tema y las diferentes opciones de tratamiento. El tratamiento incluyó manejo farmacológico y fisioterapia. La paciente recuperó totalmente su función después de siete meses de tratamiento, respondiendo satisfactoriamente al manejo farmacológico y de rehabilitación implementado. Se concluye que el tratamiento efectuado fue exitoso. Sin embargo, se recomienda realizar más estudios sobre la eficacia de alternativas terapéuticas que ayuden a la recuperación de la parálisis facial periférica bilateral.

Palabras clave: Parálisis facial periférica bilateral, etiología, terapia física

SUMMARY

Bilateral peripheral facial paralysis is a rare neurological manifestation (0.3-2% of peripheral facial paralysis) and may be due to many etiological causes, including infectious, traumatic, Lyme disease, among others. The objective of this article is to present a clinical case of a patient who suffered bilateral facial paralysis, its management, and post-treatment results. A clinical case of a 57-year-old patient who entered the Rehabilitation Center due to presenting bilateral peripheral facial paralysis due to a viral infection is presented. An updated review of the topic and the different treatment options are carried out. The treatment included pharmacological management and physiotherapy. The patient fully recovered her function after seven months of treatment, responding satisfactorily to the pharmacological and rehabilitation management implemented. It is concluded that the treatment carried out was successful. However, further studies on the efficacy of therapeutic alternatives that help the recovery of bilateral peripheral facial paralysis are recommended.

Keywords: Bilateral peripheral facial paralysis, etiology, physical therapy.

Autor de correspondencia: Alejandro Ojeda Manzano. ^aUnidad Universitaria de Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Yucatán. Av. Itzáes No. 498 por 59 y 59^a. Col. Centro, C.P. 97000. Mérida Yucatán México. Tel:(+52-999) 9240554 ext. 36123. email: omanzano@correo.uady.mx

Fecha de Recepción: 12 de noviembre de 2019

Fecha de Aceptación: 21 de diciembre de 2019

Introducción

La Parálisis Facial Periférica Bilateral [PFPB] es la afectación bilateral del VII par craneal, desde la salida del encéfalo en el surco bulboprotuberancial hasta sus regiones de inervación a nivel facial. El cuadro clínico típico es de inicio brusco, con afectación variable según se localice la lesión del nervio a lo largo de su recorrido. Los signos y síntomas típicos son la afectación de la musculatura facial, con imposibilidad de cerrar el globo ocular, la desaparición del surco nasolabial, y la desviación de la comisura al lado sano. La disminución del lagrimeo ocular, la hiperacusia y/o la pérdida del gusto son algunas afectaciones que acompañan la PFPB (1).

La PFPB ocurre entre el 0,3-2% de los pacientes con Parálisis Facial Periférica [PFP], con una incidencia de 1-5 por 1.000.000 habitantes/año; causado por citomegalovirus, virus de Epstein-Barr (en un 40% de los casos), herpesvirus VHS-1, *Treponema pallidum*, *Mycoplasma pneumoniae*, enfermedad de Lyme, o enfermedades metabólicas como diabetes mellitus, neuropatías múltiples de pares craneales y encefalitis del tallo cerebral (1,2,3,4). Se han reportado varios estudios de caso con diagnóstico de PFPB; algunos de ellos se describen en la Tabla 1, presentada por edad, sexo, etiología, tratamiento y resultados reportados (2,4,5,6, 7).

Presentación del caso

Se trata de una mujer de 57 años; ama de casa, con actividades recreativas como baile y caminata eventualmente. Acude al servicio público local de Primer Nivel con dolor muscular en piernas, comezón en los brazos, y taquicardia; recibiendo tratamiento a base de paracetamol; a la semana evoluciona con PFP en hemicara derecha; es canalizada a una unidad de

salud de segundo nivel; encontrándose con química sanguínea compatibles con infección viral no especificada, se prescribe prednisona (50mg), aciclovir (200mg), y complejo B. A los cuatro días la paciente inicia simultáneamente con parálisis en hemicara izquierda y limitación para poder pronunciar palabras, continuando su tratamiento previamente descrito.

A los 10 días de iniciado el cuadro de PFPB, ingresa al servicio de Rehabilitación local, en un grado VI según clasificación de House Brackmann [HB], signo de Bell positivo en ambos lados y limitación para pronunciar palabras (Imagen 1). Inicia con tratamiento de terapia física, basado en Compresas Humedo Calientes [CHC] en ambas hemicaras, Electroestimulación a través de Corrientes Exponenciales [CE] a 500ms (Frecuencia con respuesta motora) con 12 contracciones por punto motor de los músculos faciales bilateral; y masaje manual para promover la excitación neuromuscular; con una frecuencia de 4 sesiones a la semana. Posteriormente, fue canalizada al servicio de Neurología local para valoración; el cual descartó poliradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria aguda, prescribiendo somazina (1 gr), solomedrol (500mg) y prednisona (50mg) de manera inmediata. El tratamiento farmacológico continuó con prednisona por 15 días más, y la somazina (500 mg) por seis meses.

Los primeros resultados se observaron a los dos meses mejorando los músculos occipitofrontal y corrugador supraciliar bilateral alcanzando un grado III de HB, sin embargo, el prócer, cigomático mayor, y risorio, alcanzaron este grado solo en la hemicara derecha; el resto de los músculos de hemicara izquierda y derecha en un grado IV. Es decir; se evidenció una mejoría asimétrica en favor de la hemicara derecha.

Tabla 1. Resumen por sexo, edad, etiología, tratamiento y resultados reportados de los casos encontrados en la revisión.

Caso (referencia)	Sexo	Edad	Etiología	Tratamiento	Resultado reportado
1 (6)	Masculino	35	Fractura ósea temporal	Prednisona	Recuperación parcial
2 (7)	Femenino	43	Idiopática	Descompresión del nervio facial	Mejoría de la parálisis facial izquierda.
3 (2)	Masculino	39	Síndrome de Guillian-Barré	Inmunoglobulina endovenosa y terapia física para musculatura facial.	Mejoría sin especificar
4 (4)	Masculino	25	Virus de Epstein-Barr	Prednisona	Parálisis resuelta
5 (4)	Masculino	22	Virus de Epstein-Barr	Paracetamol y corticoides	Recuperación importante de manera que el paciente conseguía ocluir los párpados con ligera debilidad y movilizar la musculatura facial inferior bilateralmente con leve espasticidad y debilidad residual.
6 (5)	Femenino	52	Síndrome de Guillian-Barré	Prednisona	Recuperación total

Se actualizó el tratamiento en ese mismo tiempo, sustituyendo las CHC, por Compresas Frías [CF] con el objetivo de incrementar la disposición hacia la actividad neuromuscular, por periodos cortos de tiempo y repetidos; aplicación de Corrientes Monofasicas Triangulares [CMT] a 400ms; láser de 50mW en el trayecto de ambos nervios faciales con protocolo de neuropatía, se continuó con el masaje, y se agregaron ejercicios de reeducación frente al espejo.

Al cuarto mes del tratamiento, los músculos occipitofrontal y corrugador supraciliar bilateral alcanzaron mejoría en el grado II de HB, sin embargo, el resto de los músculos de hemicara izquierda y derecha se mantuvieron en grado IV. Se actualizó tratamiento; eliminando la

electroestimulación con el objetivo de reducir el riesgo de sincinesias; conservando el láser, el masaje, y los ejercicios. En este periodo se agregó la Estimulación Orofacial [EOF] manual funcional, debido a la poca mejoría de esta zona. Al séptimo mes se le autorizó el alta del servicio de Rehabilitación con mejoría significativa; grado I de HB en hemicara derecha y grado II en hemicara izquierda (Imagen 1). Finalmente, todas las manipulaciones y tratamientos expresados en el presente artículo fueron en apego con las consideraciones éticas del código vigente de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Yucatán, respetando la Confidencialidad del sujeto y bajo un Consentimiento Informado.

Imágen 1. Parálisis facial periférica bilateral grado VI comprometiendo la función de los músculos de la expresión facial del paciente. A. Parálisis facial periférica bilateral antes y después del tratamiento farmacológico y de rehabilitación. Se observa la parálisis del músculo occipitofrontal ante una cara de asombro (arrugar la frente). B. Se muestra la parálisis del músculo corrugador supraciliar (cara de enojo). C. Se muestra la parálisis del músculo orbicular de los ojos (intento de cerrar los ojos). D. Parálisis del músculo prócer (al momento de olfatear). E. Se muestra la parálisis del músculo risorio antes y después del tratamiento. F. Parálisis del músculo orbicular de la boca al intentar dar un beso. G. Se muestra la parálisis de los músculos buccinador y obturador de los labios al momento de contener el aire en la boca.



Discusión

El manejo de la PFPB descrito en los casos revisados y el presentado, muestran diferencias; en algunos casos, el manejo quirúrgico (5,2) representó la opción mejor valorada, en otros; fue la medicación y terapia física (4,6). La adecuada valoración de la PFP desde el primer nivel de atención, la canalización al segundo nivel, y el trabajo multidisciplinario siempre serán garantía de calidad en la atención. El manejo del caso que se presenta muestra alternativas en el área de la Rehabilitación y Fisioterapia; basadas en las aportaciones Cameron (2009) y Cordero (2008); tales como, que en los procedimientos de Electroestimulación Excitomotora; los pulsos deben durar más de 10ms para producir contracción en músculos denervados (8,9); y tratándose de músculos de la cara; se encontró que los músculos tónicos contienen fibras tipo I, es decir; muy vascularizadas, de gran resistencia, y de velocidad de conducción lentas, por lo que requieren estimulación de baja frecuencia; y en músculos denervados se recomienda, estímulos de corrientes progresivas, como la triangular y sinusoidal [8 a 25 Hz] (8). Sin embargo, también es preciso reconocer y aclarar que hacer uso de la Electroestimulación para los casos de PFP puede generar sincinesias faciales, por lo que es recomendable usarla como alternativa terapéutica durante un periodo corto o descartarla, dependiendo del caso. Algunos estudios han mostrado el incremento en la velocidad de conducción del nervio periférico, incremento en la frecuencia de potenciales de acción, la aceleración de la regeneración nerviosa en respuesta a la estimulación del láser y la disminución en las latencias sensoriales distales; indicando un incremento de la activación del tejido nervioso por la luz láser (8). El uso de la termoterapia en la PFP es

común, usualmente las CHC, sin embargo; Cordero (2008); describió que la función muscular parece mejorar en las horas siguientes al enfriamiento (CF), sobre todo cuando los estímulos fríos han sido de corta duración, es decir; que aplicaciones repetidas y cortas de crioterapia pueden estimular el sistema neuromuscular (9). En otros estudios; Delgado Castillo y cols. (2012), reportaron que los pacientes con PFP que recibieron la terapia combinada de campo magnético, láser, masaje y ejercicios tuvieron una recuperación más rápida respecto al grupo que solo recibió masaje y ejercicio (10); y Delgado Castillo y cols. (2013), reportaron que la aplicación del tratamiento combinado de terapia convencional, láser y campo magnético resultó más beneficiosa que la combinación de cada uno de estos 2 agentes físicos por separado con la terapia convencional (11). El masaje y la re-educación muscular no pueden obviarse en las actividades de la vida diaria de los pacientes con PFP, es necesario considerar dicha estimulación como parte de los programas de rehabilitación en las unidades de servicio, pero también en los programas de casa; todos ellos bajo los principios neurofisiológicos de la respuesta motora ante la estimulación manual, y aplicar los principios de facilitación neuromuscular propioceptiva. Finalmente, si bien el caso presentado tuvo una recuperación exitosa, se recomienda realizar más estudios sobre la eficacia de alternativas terapéuticas que ayuden en la recuperación de la PFPB.

Agradecimientos

Los autores agradecemos al Mtro. José Domingo Cocom Dzul por su constante apoyo técnico.

Referencias

1. Domesheck LF, Zucker RM, Borschel GH. Managements of bilateral facial palsy. *Otolaryngol Clin North Am.* 2018 Dec;51(6): 1213-1226. DOI: 10.1016/j.otc.2018.07.014
2. Lora Andosilla MA, Macia Brun F, Cassiani Miranda CA, Herrera IR, Luján Agámez MA, Hernández Ayazo H. Parálisis facial periférica bilateral como presentación inicial del síndrome de Guillian-Barré: informe de un caso. *Acta Neurol Colomb.* 2015 Oct; 31(4):440-446. <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a13.pdf>
3. Perelló R, Supervía A, Jiménez J, Pallás O. Parálisis facial periférica bilateral idiopática en una paciente de 38 años. *Cartas al director. An. Med. Interna (Madrid)*, 2008 Ene;25(1): 50-51. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-71992008000100018
4. Erro ME, Urriza J, Gila L, Orbara E, de Gurtubay IG. Parálisis facial bilateral secundaria a infección por virus de Epstein-Barr. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2010 Ene/Abril; 33(1): 107-112. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272010000100013
5. Sathirapanya P, Fujitnirun C, Setthawatcharawanich S, Phabphal K, Limapichat K, Chayakul P, Silpapojakul K, Jaruratanasirikul S, Siripaitoon P, Chusri S, Kositpantawong N. Peripheral facial paralysis associated with HIV infection: A case series and literature review. *Clin Neurol Neurosurg.* 2018 Jul 01;172:124-129. DOI: 10.1016/j.clineuro.2018.06.033.
6. Ghiasi S, Banaei M. Bilateral Facial Paralysis Caused by Temporal Bone Fracture: A Case Report. *Arch Trauma Res.* 2016 Jun;5(2):e26892. DOI: 10.5812/at.26892.
7. Torres GM, Barcellos AN, Santos MAR, Fonseca MT, Santos EC, Sousa RF. Parálisis facial bilateral simultánea. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009 Jun; 60(3): 210-212. <https://medes.com/publication/49844>

8. Cameron, M. Physical Agents in Rehabilitation. 3rd Ed. Saunders-Elsevier: Philadelphia, USA; 2009. 457p.
9. Martín Cordero, J.E. Agentes físicos terapéuticos. Editorial Ciencias Médicas: La Habana, Cuba; 2008. 540p.
10. Delgado Castillo M, Sánchez del Rio M, Díaz García AJ, Parson Winter G, González Aguilera I. Tratamiento combinado de campo magnético, láser, masaje y ejercicio en la parálisis facial periférica idiopática. *Fisioterapia*. 2012 May-Jun; 34(3): 97-136. DOI: 10.1016/j.ft.2011.11.002
11. Delgado Castillo M, Sánchez del Rio M, Díaz García AJ, González Quevedo A, Sánchez López JV. Utilidad del campo magnético y el láser en el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. *Fisioterapia*. 2013 Nov-Dic,35(6): 99-104. DOI: 10.1016/j.ft.2012.11.004