

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

## Guía de Referencia Rápida

**SEDENA**

**SEMAR**

Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell  
(Parálisis Facial Idiopática)

# GPC

**Guía de Práctica Clínica**

Número de Registro **ESPACIO PARA SER LLENADO POR CENETEC**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**Vivir Mejor**

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### Trastornos del Nervio Facial G51

GPC

### Diagnóstico y Manejo de la Parálisis de Bell. (Parálisis Facial Idiopática).

ISBN en trámite

### DEFINICIÓN

El término parálisis facial o parálisis de Bell se aplica a la parálisis del VII nervio craneal de tipo periférico y de comienzo agudo, unilateral que puede ser completa con pérdida total de la movilidad o incompleta, cuando permanece algún tipo de movilidad del lado afectado de etiología desconocida.

Es importante además mencionar que la parálisis facial puede acompañarse de pródromo viral ser brusca o completa, y seguirse de otalgia que precede a la aparición de vesículas en conducto auditivo externo, pabellón auricular, concha, cuello, cara, mucosa bucal, o lengua. Puede además presentar síntomas como vértigo, hipoacusia, que es causada por el virus varicela zoster y es conocida como síndrome de Ramsay Hunt entidad que difiere en cuanto a tratamiento por ser de origen viral.

### FACTORES DE RIESGO QUE EXCLUYEN EL DIAGNÓSTICO

Embarazo, mayores de 65 años, diabetes mellitus, hipertensión arterial, neoplasias, otitis, infecciones, alteraciones neurológicas y cuadros recurrentes es un factor de riesgo.

Otros criterios de exclusión son lactancia, ulcera péptica, herpes zoster, esclerosis múltiple, sarcoidosis.

### INTERROGATORIO

- Cuadros previos o repetitivos del mismo cuadro.
- Dificultad para ingerir líquidos
- Epifora
- Alteraciones visuales
- Intolerancia al ruido
- Disgeusia
- Dolor retroauricular

## EXPLORACIÓN

- Pérdida de la expresión facial de un lado de la cara de inicio agudo
- Dificultad para los movimientos faciales
- Sinestesia
- Ausencia de parpadeo
- Ectropión
- Retracción palpebral
- Lagofthalmos
- Exposición corneal

## TRATAMIENTO

### Tratamiento Médico:

Es recomendable iniciar el tratamiento en las primeras 72 horas del padecimiento y realizar dosis reducción

1. Prednisona 1mg/kg/día durante 5 días y reducir 10 mg cada día hasta suspender

Cuando se sospeche de síndrome de Ramsay-Hunt es recomendable iniciar el tratamiento en las primeras 72 horas del padecimiento agregando antiviral además del corticosteroide

1. Valaciclovir a dosis de 1.500 o 2.000 mg/día por 5 días ó
2. Aciclovir 2000 mg/día por 5 días

En el ojo que no es posible realizar cierre palpebral se recomienda

1. Hipromelosa al 0.5%, 1 gota cada hora durante el día
2. Hipromelosa al 2% 1 gota antes de dormir y oclusión que logre mantener el descendido el parpado superior para protección de la cornea

### Tratamiento de rehabilitación

1. Termomasaje y ejercicios a partir del sexto día
2. Pacientes con grado II y III de la clasificación de House Brackman ejercicios activos
3. Pacientes con grados III y IV de la clasificación de House Brackman ejercicios activos asistidos
4. Pacientes sin sinestesia ejercicios asistidos
5. Pacientes con lagofthalmos ejercicios de relajación del elevador del parpado superior y férula palpebral

**Contraindicado:** el uso de vibrador y goma de mascar. Así como la aplicación de té de manzanilla en los ojos

## EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Serán enviado a interconsulta a Medicina Física y de Rehabilitación:

- Pacientes con grado IV a VI de la clasificación de House-Brackmann en su primera cita
- Pacientes con grado II y III que no mejoren después de 8 días de tratamiento.

El médico especialista en Rehabilitación será quien indique a que pacientes se les realizará electromiografía o electroneurografía

## ENVIOS A SEGUNDO NIVEL

**Urgente** pacientes con:

- Disminución súbita de la agudeza visual
- Úlcera corneal

**Ordinario** pacientes con:

- Falta de respuesta al tratamiento
- En caso de localizar patología asociada con el médico que corresponda
- Secuelas como ectropión y sincinesia

## ESCALAS

Clasificación de House Brackman y Sistema Convencional de calificación de la parálisis facial

Grado	Sistema de House Brackman	Calificación	Descripción
I	<b>FUNCION FACIAL NORMAL EN TODAS SUS AREAS</b>	3	<b>NORMAL</b>
II	<b>Disfunción Leve</b> Global. Debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber mínima sincinesia. Al reposo, tono y simetría normal. Movimiento de Frente: función de buena a moderada. Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca: asimetría mínima al movimiento	2	<b>PARESIA LEVE</b> Asimetría al movimiento, y simetría en reposo
III	<b>Disfunción Leve a Moderada</b> Asimetría al movimiento Global: Obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad. Existencia de sincinesia y/o aumento del tono de músculos faciales. Movimiento de Frente: movimientos moderados a ligeros. Ojo: cierre completo con esfuerzo Boca : ligera debilidad con el máximo esfuerzo		
IV	<b>Disfunción Moderada A Severa Paresia Moderada</b> Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa Asimetría al reposo y actividad Al reposo asimetría Movimiento de frente: Ninguno Ojo: cierre incompleto Boca: asimetría al esfuerzo	1	<b>PARESIA MODERADA</b> Asimetría al reposo y al movimiento
V	<b>Disfunción Severa</b> Global: solamente movimientos apenas perceptibles Asimetría al reposo. Movimiento de frente: ninguno Ojo; cierre incompleto Boca: movimientos ligeros	0	<b>PARALISIS TOTAL</b> Asimetría al reposo y al movimiento
VI	<b>Parálisis Total</b> Ningún movimiento		

## Diagnóstico Topográfico

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión supragenicular:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación ocular</li> <li>2. Afectación del reflejo estapedial</li> <li>3. Afectación del gusto y secreción salival</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión infragenicular:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación del reflejo estapedial</li> <li>2. Afectación del gusto y secreción salival</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión infraestapedial             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Afectación del gusto y secreción salival</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión infracordal:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parálisis de toda la musculatura facial y refleja</li> </ol> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lesión infraestiloidea:             <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Parálisis refleja motora de la musculatura dependiente de la inervación de esa rama del nervio</li> </ol> </li> </ul>

[http://www.otorrinoweb.com/\\_izquier/temas/24.1nerfa/07\\_diagnostico.htm](http://www.otorrinoweb.com/_izquier/temas/24.1nerfa/07_diagnostico.htm)

## Zonas Anatómicas de Lesión en Parálisis Facial Periférica y su Relación Etiológica

Zona	Localización anatómica	Músculos faciales	Gusto	Lagrimeo	Salivación	Hiperacusia	Otro par craneal afectado
I	Núcleo	Afectado	Normal	Normal	Normal	Presente	VI nervio
II	Puente a meato	Afectado	Afectado	Afectado	Afectado	Presente	VIII nervio
III	G. geniculado	Afectado	Afectado	Afectado	Afectado	Presente	Normal
IV	N. estapedio	Afectado	Afectado	Normal	Afectado	Presente	Normal
V	C. del tímpano	Afectado	Afectado	Normal	Afectado	Ausente	Normal
VI	A. estilo mast	Afectado	Normal	Normal	Normal	Ausente	Normal
VII	Ramas terminales	Afectado parcialmente	Normal	Normal	Normal	Ausente	Normal

Cir Ciruj 2002; 70: 239-245

**Cuadro IV Zonas Anatómicas de Lesión en Parálisis Facial Periférica y su Relación Etiológica**

Sitio anatómico del daño	Hallazgos del VII par craneal	Otros hallazgos médicos y neurológicos	Etiología común	Comentarios
Corteza motora	Parálisis de la porción inferior de la cara (porción superior de la cara respetada) tono muscular y movimientos emocionales normales, lagrimeo, salivación y gusto sin lesiones	Hemiparesia ipsilateral  Debilidad de la lengua ipsilateral  Signos de lóbulo frontal	Lesión vascular de la corteza motora o capsula interna sobre el lado contralateral de la parestesia	Parestesias faciales raramente vista como único hallazgo. Espasticidad e hiperreflexia
Núcleo pontino	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto intactos	Hemiparesia contralateral  Parálisis del abductor ipsilateral	Infarto (síndrome de Millard Gubler y Foville), glioma Pontigo, esclerosis múltiple, toxicidad por talidomida, síndrome de Mobius	Lesión es debajo de la decusación del facial y por encima de la decusación córtico espinal. Si es congénita pueden verse anomalías de la oreja o mandíbula
Ángulo Cerebelopontino	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto puede ser anormal	Hipoacusia, aumento de tinnitus Deterioro vestibular (VIII par craneal) Parestesias (V par craneal), ataxia incoordinación (cerebelo)	Neuroma del acústico, meningioma de nervio facial, neuroma, colesteatoma	El VIII par esta involucrada, y estos síntomas son usualmente la principal queja, especialmente hipoacusia unilateral. Como grandes lesiones, otras estructuras están involucrada
Meato auditivo interno (segmento meatal)	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto probablemente involucrado	Hipoacusia, aumento de tinnitus Deterioro vestibular (VIII par craneal)	Neuroma intracanalicular (acústico o facial)	Signos y síntomas del VII y VIII par solamente
Canal facial: segmento laberíntico	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto probablemente involucrado	Hipoacusia, aumento de tinnitus Deterioro vestibular (involucro coclear o vestibular)	Parálisis de Bell, síndrome de Ramsay-Hunt, fractura de hueso temporal, hemangioma	Cuando el canal facial esta involucrado, la cóclea, y/o el órgano vestibular puede estar involucrado. Hipoacusia puede ser conductiva o neurosensorial
Canal facial (Segmento timpánico)	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) salivación, el gusto probablemente involucrado (lagrimeo respetado)	Hipoacusia, aumento de tinnitus Deterioro vestibular	Parálisis de Bell, otitis media, colesteatoma, fractura de hueso temporal	Si hubo trauma, buscar LCR, otorrea, sangre en canal auditivo, signo de batalla, deterioro de la conciencia
Canal facial: segmento mastoideo	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) salivación, el gusto puede ser involucrado (lagrimeo respetado)	Hipoacusia, aumento de tinnitus Deterioro vestibular	Parálisis de Bell, otitis media, colesteatoma, tumor de glomus	Lesiones antes de la cuerda timpánica tienen deterioro de la salivación y el gusto
Agujero estilomastoideo	Parálisis facial sobre algún sitio de la lesión (superior o inferior) lagrimeo, salivación, el gusto normal	Evidencia de trauma facial, parotídeo o masa faríngea, uveítis	Laceración facial fractura o cirugía, tumor parotídeo, sarcoidosis	Pueden observarse ramas periféricas respetadas

U. Pereira, E. A. Santos, J. Monteiro, A. de Araújo Morais & C. Tórres Santos : Peripheral Facial Palsy: Anatomy And Physiology. An Update . The Internet Journal of Neurosurgery. 2005 Volume 2 Number 2  
[http://www.ispub.com/journal/the\\_internet\\_journal\\_of\\_neurosurgery/volume\\_2\\_number\\_2\\_37/article/peripheral\\_facial\\_palsy\\_anatomy\\_and\\_physiology\\_an\\_update.html](http://www.ispub.com/journal/the_internet_journal_of_neurosurgery/volume_2_number_2_37/article/peripheral_facial_palsy_anatomy_and_physiology_an_update.html)

ALGORITMOS

