

## Otorrinolaringología General

# Parálisis facial periférica. Incidencia y etiología

## *Peripheral facial paralysis. Incidence and etiology*

## *Parálisis facial periférica. Incidência e etiologia*

Dra. Estefany Cáceres <sup>(1)</sup>, Dr. Marco Morales <sup>(2)</sup>, Dr. Guillermo Wulfsohn <sup>(3)</sup>, Dra. Silvia Montes <sup>(4)</sup>

### Resumen

**Introducción:** La parálisis facial periférica implica una disfunción del VII par. Predomina la forma idiopática o de Bell. Su tratamiento se basa en el uso de corticoides y en las demás causas depende de la patología de base. El presente estudio describe la incidencia, la etiología y el grado de afectación de la parálisis facial en la población del Hospital de Clínicas José de San Martín.

**Método:** Revisión de historias clínicas de pacientes que concurren a la guardia del Servicio de Otorrinolaringología entre enero de 2013 y septiembre de 2017, y revisión bibliográfica.

**Resultados:** Del total de pacientes (114), 56 (49,1%) eran mujeres y 58 (50,9%) hombres. El rango etario se encontró entre 1 y 87 años (media 44 años). Cincuenta y seis pacientes (49,1%) presentaron parálisis facial derecha y 58 (50,9%) izquierda. Según la escala House y Brackmann se evidenciaron 21 (18,4%) grado II, 55 (48,2%) grado III, 31 (27,2%) grado IV, 3 (2,6%) grado V y 4 (3,5%) grado VI. Según la etiología, se identificaron: 73 (64%) parálisis de Bell, 13 (11,4%) Ramsay Hunt, 14 (12,3%) otitis media aguda complicada, 5 (4,4%) traumática, 3 (2,6%) otitis media crónica colesteatomatosa, 2 (1,7%) secundarias a tumor parafaríngeo, 1 (0,9%) otitis media tuberculosa complicada, 1 (0,9%) posterior a implante coclear, 1 (0,9%) congénita, 1 (0,9%) como complicación de otitis externa necrotizante.

**Conclusiones:** El conocimiento de la prevalencia de la parálisis facial periférica y su etiología permite

direccionar el tratamiento. Es fundamental el seguimiento de los pacientes para evaluar la respuesta al mismo y las secuelas a largo plazo.

**Palabras clave:** parálisis facial periférica, parálisis de Bell, revisión bibliográfica.

### Abstract

**Introduction:** Peripheral facial paralysis implies a dysfunction of the seventh pair. The idiopathic or Bell form predominates. Its treatment is based on the use of corticosteroids; and in the other causes depends on the underlying pathology. The present study describes the incidence, etiology and degree of involvement of facial paralysis in the population of the Hospital de Clínicas José de San Martín.

**Method:** Review of medical records of patients who attended the otorhinolaryngology service ward between January 2013 and September 2017, and literature review.

**Results:** Of the total number of patients (114), 56 (49.1%) were women and 58 (50.9%) were men. The age range was between 1 and 87 years (average 44 years). 56 patients (49.1%) presented right facial palsy and 58 (50.9%) left. According to the House and Brackmann scale, there were 21 (18.4%) grade II, 55 (48.2%) grade III, 31 (27.2%) grade IV, 3 (2.6%) grade V and 4 (3.5%) grade VI. According to the etiology, we identified: 73 (64%) Bell's palsy, 13 (11.4%) Ramsay Hunt, 14 (12.3%) complicated acute otitis media, 5 (4.4%) traumatic, 3 (2.6%) chronic cholesteatomatous otitis media, 2 (1.7%) secondary

<sup>(1)</sup> Residente de segundo año de Otorrinolaringología.

<sup>(2)</sup> Residente de tercer año de Otorrinolaringología.

<sup>(3)</sup> Residente de cuarto año de Otorrinolaringología.

<sup>(4)</sup> Médico de Planta de la División de Otorrinolaringología – Otolología.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Clínicas José de San Martín, C.A.B.A. Argentina.

Mail de contacto: caceresestefany77@gmail.com

Fecha de envío: 30 de noviembre de 2017. Fecha de aceptación: 10 de enero de 2018.

to parapharyngeal tumor, 1 (0.9%) complicated tuberculous otitis media, 1 (0.9%) after cochlear implantation, 1 (0.9%) congenital, 1 (0.9%) as a complication of necrotizing otitis externa.

**Conclusions:** The knowledge of the prevalence of peripheral facial paralysis and its etiology, allow direct treatment. The follow-up of patients is essential to evaluate the response to it and the long-term sequelae.

**Key words:** Peripheral facial paralysis, Bell's palsy, literature review.

## Resumo

**Introdução:** A paralisia facial periférica implica uma disfunção do sétimo par. Predomina a forma idiopática ou de Bell. O seu tratamento baseia-se no uso de corticosteróides; e nas outras causas depende da patologia subjacente. O presente estudo descreve a incidência, etiologia e grau de envolvimento da paralisia facial na população do Hospital de Clínicas José de San Martín.

**Método:** Revisão dos registros médicos de pacientes atendidos na sala de atendimento de Otorrinolaringologia entre janeiro de 2013 e setembro de 2017 e revisão da literatura.

**Resultados:** Do total de pacientes (114), 56 (49,1%) eram mulheres e 58 (50,9%) eram homens. A faixa etária foi entre 1 e 87 anos (média de 44 anos). 56 pacientes (49,1%) apresentaram paralisia facial direita e 58 (50,9%) restantes. De acordo com a escala House e Brackmann, havia 21 (18,4%) grau II, 55 (48,2%) grau III, 31 (27,2%) grau IV, 3 (2,6%) grau V e 4 (3,5%) grau VI. De acordo com a etiologia, identificamos: 73 (64%) a paralisia de Bell, 13 (11,4%) Ramsay Hunt, 14 (12,3%) otite média aguda complicada, 5 (4,4%) traumáticas, 3 (2,6%) otite média colesteatomatosa crônica, 2 (1,7%) secundários ao tumor parafaríngeo, 1 (0,9%) otite média tuberculosa complicada, 1 (0,9%) após o implante coclear, 1 (0,9%) congênito, 1 (0,9%) como complicação da otite externa necrotizante.

**Conclusões:** O conhecimento da prevalência de paralisia facial periférica e sua etiologia permitem o tratamento direto. O acompanhamento dos pacientes é essencial para avaliar a resposta e as seqüelas de longo prazo.

**Palavras-chave:** Paralisia facial periférica, paralisia de Bell, revisão da literatura.

## Introducción

La parálisis facial periférica es una disfunción del VII par craneal que provoca la incapacidad de controlar los músculos faciales, por afectación a nivel infranuclear, teniendo consecuencias psicológicas y funcionales en el paciente.

Los pacientes con parálisis facial periférica pueden presentar síntomas que van desde la asimetría en el reposo, el cierre ocular incompleto, la hipomotilidad de los músculos faciales, la dificultad en la alimentación y la disminución del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua. En adición a los problemas funcionales, estos pacientes pueden experimentar consecuencias psicosociales. Ambos pueden tener un impacto importante en la calidad de vida.

De acuerdo con la etiología, predomina la forma idiopática o de Bell (Sir Charles Bell, 1821), con una incidencia anual que varía entre 30 a 40 por cada 100.000 habitantes en la población general. (5) En la mayoría de los casos es autolimitada, no progresiva, aguda, unilateral y, por lo general, con una remisión absoluta. Existen otras etiologías: congénitas, neoplásicas, inflamatorias, infecciosas y traumáticas, que se deben excluir antes del diagnóstico. No hay diferencia en la afectación por género (ligera tendencia en mujeres menores de 20 años) o lateralidad.

Se han descrito numerosas clasificaciones para la evaluación clínica de la parálisis facial, siendo la más utilizada y aceptada la de House-Brackmann (HB). (Tabla1)

Tabla 1. Escala de House Brackmann.

Escala de House Brackmann para secuelas de parálisis facial.		
Grado	Descripción	Características
I	Normal	Función normal en todas las áreas
II	Disfunción leve	Debilidad muscular notoria solo en la exploración
III	Disfunción moderada	Diferencia obvia, pero no desfigurante entre ambos lados de la cara
IV	Disfunción moderadamente severa	Asimetría desfigurante
V	Disfunción severa	Escaso movimiento perceptible
VI	Parálisis total	Sin movimiento

El tratamiento en los casos de parálisis de Bell se basa fundamentalmente en la administración de corticoides, antivirales, kinesiología y protección ocular. (1,2)

Ensayos clínicos aleatorizados y metaanálisis demostraron que el tratamiento con corticoides dentro de las 72 horas posteriores al inicio de la parálisis, mejoró significativamente la probabilidad de recuperación completa. Además el tratamiento con antivirales no tuvo un efecto significativo, aunque esto sigue siendo un tema un tanto controvertido. (2,4)

En caso de ser producida por otras etiologías el tratamiento estará destinado a la patología de base, ya sea con tratamiento médico o quirúrgico, siendo este último una herramienta útil para las secuelas.

La resolución espontánea completa es aproximadamente del 70%, entre los 2 y 6 primeros meses en los pacientes con parálisis facial completa, y hasta de un 94% en pacientes con parálisis facial incompleta. Diversos estudios reportan, además, que el 83% de los pacientes tratados con corticoides recuperan la función del nervio facial a los 3 meses en comparación con 63% de los pacientes que reciben placebo. (1,2) Existe un consenso general que sugiere que entre más joven es el paciente mayor es la tasa de recuperación. En un estudio, los niños menores de 14 años presentaron una tasa de recuperación del 90%, mientras que entre los 15 y los 29 años de edad la misma fue del 84%. (3)

El impacto socioeconómico y las secuelas que puede ocasionar la parálisis facial periférica hacen que sea un tema de interés, destacándose la necesidad de obtener datos estadísticos en nuestra población.

El objetivo de este estudio es describir la incidencia, la etiología y el grado de afectación de parálisis facial periférica, en el Hospital de Clínicas José de San Martín, en el contexto de una revisión bibliográfica del tema.

## Material y métodos

Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes evaluados por guardia en la División Otorrinolaringología del Hospital de Clínicas José de San Martín, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre enero de 2013 y septiembre de 2017.

Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica, unilateral.

Se obtuvo información detallada del paciente: edad, sexo, lado afectado, etiología, tratamiento instaurado. Se evaluó el grado de afectación de acuerdo a la escala de HB.

Todos los pacientes fueron evaluados por Oftalmología y Kinesioterapia.

El diagnóstico de parálisis de Bell fue realizado al excluir otras causas de parálisis facial periférica, como alteraciones del sistema nervioso central, otopatía aguda y crónica, traumatismos, síndrome de Ramsay-Hunt.

## Resultados

En el Hospital de Clínicas José de San Martín se recibieron entre enero de 2013 y septiembre de 2017, en la guardia del Servicio de Otorrinolaringología, un total de 114 pacientes diagnosticados con

parálisis facial periférica. De estos, 58 (50,9%) fueron hombres y 56 (49,1%) mujeres.

El rango etario se encontró entre 1 y 87 años, con una media de 44 años. Se evidenció una incidencia máxima entre los 20 y 39 años (43 pacientes, 37,7%). Se presentaron 56 pacientes (49,1%) con parálisis facial derecha y 58 (50,9%) izquierda. Según la escala de House y Brackmann (HB) se evidenciaron 21 (18,4%) grado II, 55 (48,2%) grado III, 31 (27,2%) grado IV, 3 (2,6%) grado V y 4 (3,5%) grado VI.

De acuerdo con la etiología, se identificaron: 73 (64%) pacientes con parálisis de Bell, 13 (11,4%) Ramsay Hunt, 14 (12,3%) con otitis media aguda complicada, 5 (4,4%) con traumática, 3 (2,6%) con otitis media crónica colesteatomatosa, 2 (1,7%) con secundarias a tumor parafaríngeo, 1 (0,9%) con otitis media tuberculosa complicada, 1 (0,9%) con posterior a cirugía de implante coclear, 1 (0,9%) con congénita, y 1 (0,9%) como complicación de otitis externa necrotizante. No se encontraron causas, isquémicas, vasculitis (Tablas 2 y 3).

El grupo etario en el que se encontró mayor incidencia fue el de entre los 20 y los 39 años, correspondiendo a 43 pacientes (37,7%). (Tabla 4)

Del total de los casos, 16 (14%) correspondieron a la población pediátrica, siendo 8 (50%) de sexo femenino y 8 (50%) de sexo masculino. El rango etario se encontró entre 1 y 17 años, con una media de 9 años. Se evidenció una incidencia máxima a los 6 años (3 pacientes, 18,7%). Diez pacientes (62,5%) presentaron parálisis facial derecha y 6 (37,5%) izquierda. Según la escala de HB: 1 (6,25%) grado II, 10 (62,5%) grado III y 5 (31,25%) grado IV.

Todos los pacientes con parálisis de Bell recibieron corticoterapia (meprednisona 1 mg/kg/día por 7 días, y luego en dosis decrecientes por 21 días en total). No se utilizaron antivirales en ningún caso. Se solicitó evaluación por el servicio de Oftalmología y Rehabilitación con Kinesioterapia. No se pudo tener seguimiento de todos los pacientes.

En los pacientes con otitis media aguda complicada con parálisis facial (Figura 2) el diagnóstico se basó en el examen físico y la tomografía de peñascos. Se los realizó miringotomía a 7 pacientes. Fueron tratados con antibióticos y corticoterapia.

Los pacientes con síndrome de Ramsay Hunt fueron diagnosticados clínicamente y tratados con antivirales orales y corticoterapia, con buena evolución; no se pudo realizar el seguimiento a largo plazo.



Tabla 2. Distribución etiológica y rango de edad de las parálisis faciales.

Etiología	N (%)	Edad media y Rango (años)
Parálisis de Bell	73 (64)	44 (3-85)
Ramsay Hunt	13 (11.4)	52.5 (18-87)
Otitis media aguda	14 (12.3)	40 (5-75)
Otitis media crónica colestomatosa	3 (2.6)	30 (15-45)
Traumática	5 (4.4)	36 (25-47)
Tumor parafaríngeo	2 (1.7)	48 (42-54)
Otitis media tuberculosa	1 (0.9)	1
Implante coclear	1 (0.9)	6
Congénita	1 (0.9)	6
Otitis externa necrotizante	1 (0.9)	36
Total	114 (100)	44/1-87

Tabla 3. Variables estudiadas de las parálisis faciales.

Parámetros	N (%)
Total	114 (100)
Edad/Rango	44/1-87
<b>Género</b>	
Hombres	58 (50.9)
Mujeres	56 (49.1)
<b>Lado</b>	
Derecho	56 (49.1)
Izquierdo	58 (50.9)
<b>Severidad (HB)</b>	
Grado II	21 (18.4)
Grado III	55 (48.2)
Grado IV	31 (27.2)
Grado V	3 (2.6)
Grado VI	4 (3.5)
<b>Tratamiento</b>	
Corticoides	97 (85.1)
Antibióticos	15 (13.2)
Antivirales	16 (14.04)
Miringotomía	7 (6.14)
Antifímico	1 (0.9)
Expectante	2 (1.75)
<b>Estudios de imágenes</b>	
TC	21 (18.42)
RNM	3 (2.63)

Tabla 4. Distribución de parálisis faciales por grupo etario.

GRUPOS ETARIOS	N	%
0 a 19	17	14.9
20 a 39	43	37.7
40 a 59	37	32.4
Más de 60	17	14.9

La paciente con parálisis facial congénita tenía un grado II según escala de HB. Se realizaron estudios genéticos sin hallazgos patológicos. No tenía déficit psicomotriz, fue estudiada mediante imágenes y se investigó patología autoinmune y metabólica, sin evidenciarse alteraciones.

En los pacientes con causas traumáticas la evaluación fue clínica, con tomografía y audiometría;

Figura 1. Paciente con Parálisis de Bell

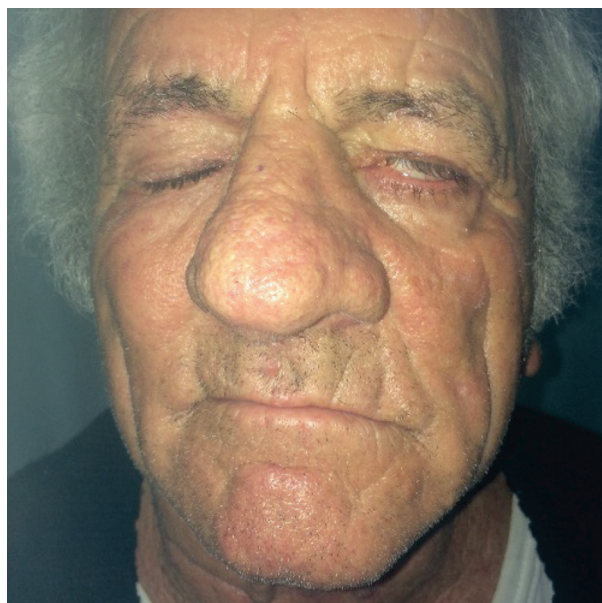


Figura 2. A. Parálisis Facial Periférica en niño con Otitis Media Aguda. B. Tomografía del paciente en la que se evidencia ocupación del oído medio izquierdo.



se indicó tratamiento médico a todos y cirugía de descompresión en 2 casos (40%), con recuperaciones parciales.

El paciente que presentó parálisis como complicación postquirúrgica de implante coclear fue tratado con corticoides a iguales dosis, con buena respuesta al mismo.

Los pacientes con parálisis facial secundaria a tumor parafaríngeo perdieron el seguimiento.

El paciente con otitis media crónica tuberculosa complicada con parálisis facial recibió tratamiento antifímico, con recuperación parcial de la función del nervio facial.

El caso de parálisis secundaria a otitis externa necrotizante recibió tratamiento antibiótico endovenoso por 6 semanas.

## Discusión

El nervio facial se encuentra expuesto a injurias causadas por infecciones del oído medio o hueso temporal, traumatismos, cirugías y compresión por tumores, por tener un recorrido extenso, tanto intracraneal como a través del canal óseo del hueso temporal. Sin embargo, la mayoría de los casos se deben a parálisis facial idiopática, siendo aún desconocido el mecanismo de afectación del nervio.

En nuestro estudio, el 64% de los pacientes correspondieron a parálisis de Bell, lo cual se asemeja a la literatura internacional (66 a 78% en diferentes series).

La fisiopatología de la parálisis de Bell es desconocida, pero se considera que el sistema inmunológico produce un daño local a la mielina, activado por una infección viral.

Coincidente con otros estudios, en el presente trabajo no se ha demostrado predilección por género ni lado afectado.

La incidencia de parálisis causada por otitis media ha sido reportada en un rango del 4 al 37% de todas las parálisis faciales periféricas. En el presente estudio corresponden al 15,8% del total, siendo otitis media aguda en 14 casos (12,3%), otitis media crónica en 3 casos (2,6%) y secundaria a otitis media tuberculosa en 1 caso (0,9%).

Los traumatismos, como fracturas de hueso temporal, cirugías de oído medio e implantes cocleares, pueden causar una injuria aguda sobre el nervio facial. Estos corresponden a 7% a 43% del total de parálisis faciales. En esta serie se presentan 5 casos

de etiología traumática (4,4%) y 1 caso posterior a colocación de implante coclear (0,9%).

No se hallaron pacientes con parálisis de causa neoplásica, que según la literatura representan un 2 a 12%.

El tratamiento de la parálisis facial periférica continúa siendo controversial y depende de la etiología de la misma.

En adultos con parálisis de Bell, el uso de corticoesteroides ha demostrado aumentar la probabilidad de recuperación completa, mientras que el uso de antivirales solos o en combinación con corticoides no presenta un beneficio significativo. En la población pediátrica existe poca evidencia acerca del beneficio de los corticoides en la parálisis de Bell, con tasas de recuperación espontánea del 90%.

En nuestro servicio se indica a los pacientes con parálisis de Bell meprednisona 1 mg/kg/día por 7 días, con dosis decrecientes en un total de 21 días.

Se debe tener en cuenta la importancia del tratamiento kinésico de estos pacientes, el cual ha demostrado beneficios en el período y la tasa de recuperación. Todos nuestros pacientes fueron derivados al servicio de Kinesiología para su rehabilitación.

La realización de estudios por imágenes se recomienda tanto en caso de parálisis facial de etiología traumática y otológica, como así también en aquellos pacientes con cuadros mayores a 2 meses de evolución, parálisis progresivas o recurrentes.

## Conclusiones

Aunque la causa más frecuente de parálisis facial es la parálisis de Bell, una gran variedad de patologías congénitas o adquiridas pueden presentarse con afectación del nervio facial.

El conocimiento de la prevalencia de esta patología, y su etiología, nos permite realizar el tratamiento adecuado.

Es fundamental el seguimiento de los pacientes para evaluar la respuesta al tratamiento y las posibles secuelas a largo plazo.

Los autores no manifiestan conflictos de interés

## Bibliografía

- 1) Yılmaz U, Çubukçu D, Yılmaz T, Akinci G, Özcan M, Güzel O. *Peripheral Facial Palsy in Children. Journal of Child Neurology* 2014, Vol. 29(11) 1473-1478.
- 2) Vakharia K, Vakharia K. *Bell's Palsy. Facial Plast Surg Clin N Am* 24 (2016) 1-10.



- 3) Youshani A, Mehta B, Davies K, Beer H, De S. Management of Bell's palsy in children: an audit of current practice, review of the literature and a proposed management algorithm. *Emerg Med J* 2015;0:1-7.
- 4) Reginald F. Baugh, Gregory J. Basura, Lisa E. Ishii, Seth R. Schwartz, Caitlin Murray Drumheller, Rebecca Burkholder, et al. *Clinical Practice Guideline: Bell's Palsy. Otolaryngology Head and Neck Surgery* 2013 149: S1.
- 5) Plumbaum K, Volk G, Boeger D, Buentzel J, Esser D, Steinbrecher A, et al. Inpatient treatment of patients with acute idiopathic peripheral facial palsy: A population-based healthcare research study. *Clin Otolaryngol* 2017 Mar 10.
-