

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA PARÁLISIS DE BELL O PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA REALIZADO EN EL SERVICIO DE FISIATRÍA DEL HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA. NOVIEMBRE 2003 - MARZO 2.004. RESULTADOS PRELIMINARES

Recibido para arbitraje: 25/03/2006

Aceptado para publicación: 19/06/2006

González H José María. Profesor Asociado UCV

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia en pacientes diagnosticados con Parálisis de Bell ó Parálisis Facial Idiopática según la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontología y Estomatología (CIE-AO .1985) que Acudieron al Servicio de neurología sección de Rehabilitación del Hospital Clínico Universitario de Caracas. Periodo noviembre 2.003 - Marzo 2.004. Estos datos fueron analizados de acuerdo a la clasificación clínica de la parálisis según (House y Brackmann)1. Se estudiaron 79 pacientes relacionándolos con la edad, sexo, lado anatómico afectado, tiempo de evolución, antecedentes personales, hábitos tabáquicos, alcohólicos, usos de drogas y presencia ó no de dolor. De la totalidad el 37,97 % de los pacientes se ubicaron en el grado 4 según la clasificación clínica de la parálisis según House y Brackmann, la cuarta década de la vida fue la más frecuentemente afectada, con 20 pacientes (25.3%). Es más frecuente en mujeres (64,56%), el 53,16% tenía el lado izquierdo afectado, 29 % de los pacientes presentaron dolor auricular previo a la parálisis.

PALABRAS CLAVES: Nervio Facial, Parálisis de BELL.

ABSTRACT:

The goal of this research is to present preliminary results on the prevalence of patients with diagnosis of Bell's paralysis (idiopathic facial paralysis), in accordance with the international classification of diseases applied to Dentistry and Stomatology (CIE - AO,1985), whom were consulted in the Service of Physiatry of the University Hospital between November 2003 and March 2004. The data were analyzed according to the Clinical Classification of the Paralysis (House and Brackmann), age, gender, anatomical side most frequently affected, evolution time, individual antecedents, habits, and presence or absence of pain. 37.97% was regarded as grade IV facial paralysis (House and Brackmann Clinical Classification). Seventy-nine patients were studied and is more frequent in the fourth decade of life { 20 (25.3%) patients}. It is seen more often in females (64,55%), with 53,16% affected in the left side of the face. Twenty-nine per cent of the patients had auricular pain before the presentation of the lesion.

KEY WORDS: Nerve Facial, Paralysis of BELL.

INTRODUCCION

La parálisis facial de Bell fue descrita por primera vez en 1821 por el Dr. Charles Bell, como una disfunción del nervio facial, generalmente unilateral. Es una enfermedad benigna de la porción infratemporal del nervio facial, que consiste en la pérdida temporal de la función contráctil de la musculatura mímica de la cara, de causa desconocida, pero puede ser secundaria a un traumatismo, compresión o tumor. Este es un proceso autolimitante que no amenaza la vida del paciente y generalmente desaparece en un plazo de 1 a 3 semanas. (2,3,4)

Su rango de incidencia es de 23 por cada 100.000 personas por año. Esta alteración no tiene diferencia por sexo, en últimos estudios hay una incidencia entre los 20 y 35 años de edad, siendo mas frecuente en pacientes diabéticos e hipertensos que en la población normal (5,6). Se presenta indistintamente en cualquiera de los lados de la cara y solo el 1 % en ambos lados simultáneamente. Se ha observado en mujeres durante el embarazo, sobre todo en el tercer trimestre y en el postparto inmediato (7,8). Del 3 al 15% de las parálisis faciales de Bell recidivan, 6.El cuadro clínico se caracteriza por presentar el fenómeno de Bell, (signo de parálisis facial periférica que se manifiesta por el movimiento ocular hacia arriba y afuera del globo ocular, cuando el enfermo intenta cerrar el párpado), dolor facial o retroarticular, diausia, hiperacusia y disminución del lagrimeo. (1,2,3). La clínica característica es resultante de la parálisis de los músculos del lado afectado y del predominio de los del lado sano. La boca se desvía hacia ese lado, en el lado paralizado la comisura bucal cuelga y el surco nasolabial está borrado. El párpado inferior cae, por lo cual es mucho más ancha la hendidura palpebral, y el ojo no se puede cerrar (7). Yanagihara y col. en 1984 proponen cinco tipos de presentación clínica de esta patología (parálisis unilateral no recurrente, parálisis unilateral recurrente, parálisis bilateral simultánea, parálisis bilateral recurrente). Existen numerosas teorías etiopatogénicas (vascular, vírica, inmunológica y, ninguna de ellas está suficientemente demostrada (5,9,10). Sea cual sea la

etiología se cree que la lesión del nervio sería producida por trastornos vasomotores y edematosos en el territorio vascular perineural, a nivel del estrecho conducto facial (11,12),. Aproximadamente un 75% a 85% de los pacientes con parálisis facial de Bell unilateral presentan una recuperación completa en un lapso de tiempo comprendido entre las dos semanas y los dos meses (13). Por otro lado la edad (quinta década de la vida) es considerada como un factor de riesgo independiente para la presencia de secuelas como contracturas pero no para la recuperación de la movilidad facial (11,12,14). El signo más favorable, para el pronóstico, es la parálisis incompleta en las primeras semanas. Cuando la cara, está completamente paralizada, el signo pronóstico que más nos ayuda, es el comienzo de la recuperación en 3 semanas (15) ,cuando empiezan más tarde, pueden aparecer secuelas (7). El tratamiento médico: La protección ocular es muy importante para evitar posibles complicaciones. El uso de gafas durante el día, instilación de lágrimas artificiales si hay evidencia de disminución del lagrimeo, y la protección de la cornea con pomadas epitelizantes por la noche, son medidas fundamentales para evitar la aparición de conjuntivitis (16,17). El tratamiento con prednisona si se administra en las 2 o 3 primeras semanas desde el inicio de la sintomatología, mejora el pronóstico de la parálisis de Bell, previniendo las sincinesis (11,6).Otros fármacos que se suelen asociar son: complejos vitamínicos B, antiinflamatorios y vasodilatadores (5). Se ha planteado el tratamiento con aciclovir por vía oral (17), a raíz de un estudio realizado por Adour y cols (17), en un grupo de 99 pacientes con parálisis de Bell, compararon el tratamiento con prednisona, sólo, o asociada a aciclovir, concluyeron que con la combinación de ambos fármacos la recuperación es mejor y se produce menos degeneración neural que con prednisona solo (5),. En las parálisis faciales que ocurren inmediatamente tras la anestesia dental, no se tratan si se recuperan cuando termina el efecto de la misma, a las tres horas aproximadamente. En el caso de existir hay un periodo de tiempo largo desde la inyección al principio de la parálisis, se sugiere administrar prednisona, para prevenir la denervación del nervio facial (17). Tratamiento quirúrgico: En la parálisis de Bell está muy discutido (5) y en la actualidad no se recomienda la descompresión del nervio facial 8. Algunos autores, en pacientes con parálisis completa realizan electroneurografía a las tres primeras semanas, y si hay una reducción del 90% ó más del potencial de acción, con respecto al lado normal, indican la cirugía de descompresión del nervio facial (11,3,8,9,16)

MATERIAL

El estudio se realizó en pacientes diagnosticados con Parálisis de Bell ó Parálisis Facial Idiopática según la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontología y Estomatología (CIE-AO .1985) que Acudieron al Servicio de fisioterapia del Hospital Clínico Universitario de la Universidad Central de Venezuela. Noviembre 2003 - Marzo 2.004.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo de prevalencia de pacientes diagnosticados con Parálisis Facial según la Clasificación Internacional de Enfermedades Aplicadas a la Odontología y Estomatología (CIE-AO.1985) al servicio de fisioterapia del Hospital Clínico Universitario de la Universidad Central de Venezuela. Noviembre 2003 - Marzo 2.004.

A quienes se les estudio por edad, sexo, grupo étnico , lado anatómico afectado, tiempo de evolución, antecedentes personales y familiares, hábitos, pérdida del gusto de los dos tercios anteriores de la lengua, Signo de Bell. Se utilizaran un conjunto de técnicas y procedimientos clínicos y de observación, técnicas de recolección de datos, análisis estadísticos, etc.

Procedimiento de Diagnostico: La Anamnesis, la exploración clínica bucal y la observación, serán realizadas por el Investigador, de acuerdo a la (WHO, 1980).

TABLA 1
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo a grupos de edad

EDAD	n	%
0 - 9	0	0.00
10 - 19	15	18.99
20 - 29	15	18.99
30 - 39	10	12.66
40 - 49	22	27.85
50 - 59	7	8.86
60 - 69	7	8.86
70 ≥	3	3.79
TOTAL	79	100%

Servicio de Fisioterapia del Hospital Clínico Universitario

TABLA 2
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo al sexo

SEXO	n	%
MASCULINO	28	35.44
FEMENINO	51	64.56
TOTAL	79	100%

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

TABLA 3
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo a la localización anatómica

LOCALIZACION ANATOMICA	n	%
DERECHO	32	40.51
IZQUIERDO	42	53.16
BILATERAL	5	6.41
TOTAL	79	100%

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

TABLA 4
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo a los antecedentes personales

ANTECEDENTES PERSONALES	n	%
DIABETICO	6	7.59
HIPERTENSO	16	20.25
RECIDIVA	16	20.25
OTROS	8	10.13
NO REFIERE	33	41.77
TOTAL	79	100

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

TABLA 5
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo a hábitos

HABITOS	n	%
FUMADORES	18	22.78
ALCHOLICOS	21	26.58
USO DE DROGAS	12	15.19
NO REFIERE	28	35.44
TOTAL	79	100

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

TABLA 6
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo al tiempo de evolución

TIEMPO DE EVOLUCION	n	%
1 SEMANA	46	58.23
2 SEMANA	14	17.72
3 SEMANA	4	5.06
4 SEMANA	11	13.92
5 - 8 SEMANA	1	1.27
≥ 9 SEMANA	3	3.80
TOTAL	79	100

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

TABLA 7
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo a la clasificación clínica de la enfermedad

GRADO	n	%
GRADO 1	0	0%
GRADO 2....	9	11,39%
GRADO 3	20	25,31%
GRADO 4	30	37,97%
GRADO 5	18	22,78%
GRADO 6	2	2,53%

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

TABLA 8
Distribución de pacientes con Parálisis Facial
de acuerdo a la presencia de dolor

DOLOR	n	%
AURICULAR	23	29,11%
CERVICAL....	9	11,39%
CABEZA	13	16,45%
CARA	10	12,65%
NO REFIERE	24	30,37%

Servicio de Fisiatria del Hospital Clínico Universitario

CONCLUSIONES

1. El grado de parálisis facial mas frecuentemente encontrado es el grado 4.

2. El grupo de edad más frecuente en la cuarta década de la vida.
3. Muestra predilección por el sexo femenino.
4. Afecta el lado izquierdo de la cara.
5. Se relaciona a pacientes hipertensos y diabéticos.
6. Los hábitos mas frecuentemente relacionados fueron tabáquicos, alcohólicos y drogas.
7. Con gran frecuencia los pacientes inician el tratamiento a la primera semana de iniciada la enfermedad.
8. Los pacientes refieren dolor auricular previo a la instalación de la parálisis facial.

DISCUSIÓN

Gran parte de la musculatura oral, y en especial de la expresión facial está inervada por el nervio facial. En cualquier punto de su trayecto se pueden producir, por distintas causas, lesiones que se traducirán clínicamente en parálisis facial. El diagnóstico topográfico de las lesiones en el nervio facial se basa en los síntomas asociados a las parálisis que permiten localizarlas en la protuberancia, ángulo pontocerebeloso, canal facial o trayecto distal al foramen estilomastoideo. Se encontró que existe una predilección por el sexo femenino lo que constatista con donde el dice parazian¹ que el sexo mas comúnmente afectado es el femenino .Aproximadamente un 75% -85% de los pacientes con parálisis facial de Bell unilateral presentan una recuperación completa en un lapso de tiempo comprendido entre las dos semanas y los dos meses. Según lo reporta (17), en contraposición con lo que dice 5, quien afirma que el tiempo promedio de recuperacion es de 3 a 4 meses. Por otro lado la quinta década de la vida es considerada como un factor de riesgo independiente para la presencia de secuelas como contracturas pero no para la recuperación de la movilidad facial. La diabetes y la hipertensión, estan asociadas en esta investigación (4,7,9,15).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parazian MR, Campbell JH, Nabi S. Management of Bell´s palsy. J. Oral Maxillofac Surg 1993; 51: 661-5.
2. Figun M, Garino R. Anatomía odontológica funcional y aplicada. Neurología. En "Anatomía odontológica funcional y aplicada". Buenos Aires, El Ateneo 1992: 101-36.
3. Peñarrocha M, Bagán J, Alfaro A, Mora F. Exploración y alteraciones neurológicas de interés en estomatología. Acta Estomatológica Valenciana 1989; 1: 31-48.
4. Peñarrocha, M. Enfermedades del sistema motor orofacial en "Medicina Oral". Eds. Bagán JV, Ceballos A, Bermejo A, Aguirre JM, Peñarrocha M. Barcelona, Masson. 1995: 428-38.
5. Morgan M, Nathhwan D. Facial palsy and infection. The unfolding story. Clin Infect Disease 1992; 14: 263-71.
6. Pitts D, Adour KK, Hilsinger RL, Oakland. Recurrent Bell´s palsy: analisis of 140 patients. Laryngoscope 1988; 98: 535-9
7. Falco NA, Erikson E. Idiopathic facial palsy in pregnancy and puerperium. Surgery gynecology Obstetrics 1989; 169: 337-9.
8. Steiner I, Cohen O. Peripartum Bell´s palsy. Lancet 1996; 347: 1121-2.
9. Shuaib A, Lee MA. Recurrent peripheral facial nerve palsy after dental procedures. Oral Surg 1990; 70: 738-40.
10. Adour KK, Bell DN, Hilsinger RL. Herpes simplex virus in idiopathic facial palsy. JAMA 1975; 233:

527-30.

11. Martí M^aJ, Tolosa E. Parálisis facial idiopática. Med Clin 1986; 86: 428-30.
12. Noya M, Pardo J. Diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial. Neurología 1997; 12: 33-40.
13. Roguer J, Figueras D, Herraiz J. Parálisis Facial Idiopática y Postparto. Med Clin 1986; 87: 782.
14. Guillamo JM, Defer G. Paralyse faciale. La revue du praticien 1995; 45: 2487-92.
15. Deshpande, AD. Recurrent Bell´s palsy in pregnancy. J Laryngol-Otol 1990; 104: 713-14
16. Bradenburg NA, Annegers JF. Incidence and risk factors for Bell´s palsy in Laredo Texas: 1974-1982. Neuroepidem 1993; 12: 313-25.
17. Adour KK, Ruboyanes JM, Von Doersten PG, et al. Bell´s Palsy treatment with acyclovir and prednisone compared with prednisone alone: a double-blind, randomized, controlled trial. Ann Otol Rhinol Laryngol 1996; 105:371-8.