



Universidad de Valladolid

Parálisis Facial Periférica: Revisión Sistemática

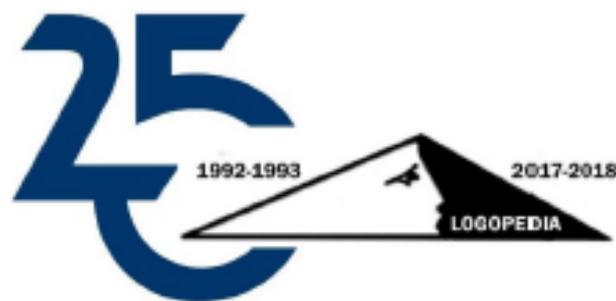
Universidad de Valladolid

Facultad de Medicina

Trabajo Fin de Grado

Grado en Logopedia

Curso 2022-2023



Autora:

María Revilla Sánchez

Tutores:

Marta Ruiz Mambrilla y Diego Brosé Hernández

INDICE

INTRODUCCIÓN	7
OBJETIVOS	14
METODOLOGÍA:.....	15
Resultados:	18
DISCUSIÓN.....	33
CONCLUSIONES	35
BIBLIOGRAFÍA.....	37

Resumen

Introducción

La parálisis facial (PF) es un trastorno neurológico que afecta a toda la población con independencia del sexo y edad de los pacientes. Su gran variedad sintomatológica, ocasiona disfuncionalidades en aspectos como: deglución, masticación o habla. Desde el campo logopédico, son muchos los beneficios que permitirían mejorar la calidad de vida de los pacientes, sin embargo, su actuación no está reconocida por el momento. En el caso de la fisioterapia, su trabajo se encuentra más visible con respecto a la rehabilitación logopédica.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión sistemática acerca de la parálisis facial con el fin de conocer toda la sintomatología que presenta, resaltando todos aquellos síntomas que estén relacionados con el ámbito de la logopedia. Por otro lado, conocer las técnicas de rehabilitación que se desempeñan para lograr la mejora de la calidad de vida de los pacientes que sufren parálisis facial.

Materiales y Métodos

Tras un proceso de búsqueda y selección de material, se escogieron un total de 31 artículos de revistas médicas pertenecientes de distintos países. Estos documentos fueron extraídos de bases de datos, tales como: Google Académico, Scielo, Pubmed, Scopus, Medigraphic o Dialnet. A continuación, todos los textos fueron revisados de manera exhaustiva e individual, con la finalidad de recabar y organizar toda la información necesaria para la realización de dicha revisión. Finalmente, los resultados obtenidos fueron analizados logrando así la extracción de las conclusiones.

Resultados

Los resultados señalan la presencia de numerosos síntomas logopédicos producidos por la parálisis facial. Dichas afecciones se producen tanto en el ámbito motor como en el sensitivo, sin dejar de lado el aspecto estético, el cual es uno de los que más afecta de manera psicológica a los pacientes que la sufren. En cuanto al tratamiento recibido, se evidencia la insuficiencia de este en la mayoría de los casos, así como las evoluciones lentas e incompletas de la sintomatología presentada.

Discusión

El tratamiento logopédico debería estar presente de manera obligatoria en la rehabilitación de pacientes con parálisis facial, ya que son muchos los síntomas logopédicos que se manifiestan durante este periodo, así como las secuelas a posteriori que se pueden presentar.

Conclusiones

La parálisis facial, es un trastorno neurológico muy habitual. Presenta una gran sintomatología que afecta tanto a nivel motor y funcional, como a nivel social. A pesar de ser conocido el papel tan importante que se realiza con un equipo multidisciplinar, para obtener un resultado óptimo, el papel de los logopedas no se encuentra muy representado dentro del grupo, siendo su trabajo fundamental para la mejora de calidad de vida de los pacientes.

Palabras claves

“ Parálisis facial” “ parálisis facial periférica” “logopedia parálisis facial” “habla y logopedia” “ terapia miofuncional” “speech therapy facial paralysis” “tratamiento parálisis facial” o “ afecciones en la parálisis facial periférica”

Abstract

Introduction:

Facial paralysis (FP) is a neurological disorder that affects the entire population regardless of the sex and age of the patients. Its wide variety of symptoms causes dysfunctions in aspects such as swallowing, chewing and speech. In the field of speech therapy, there are many benefits that would improve the quality of life of patients, however, its action is not recognised at the moment. In the case of physiotherapy, its work is more visible with respect to speech therapy rehabilitation.

Objectives:

The aim of this work is to carry out a systematic review about facial paralysis in order to know all the symptomatology it presents, highlighting all those symptoms that are related to the field of speech therapy. On the other hand, to know the rehabilitation techniques used to improve the quality of life of patients suffering from facial paralysis.

Methodology:

After a process of search and selection of material, a total of 31 articles were selected from medical journals from different countries. These documents were extracted from databases such as: Google Scholar, Scielo, Pubmed, Scopus, Medigraphic or Dialnet. Then, all the texts were reviewed exhaustively and individually, in order to collect and organise all the information necessary to carry out the review. Finally, the results obtained were analysed and conclusions were drawn.

Results:

The results indicate the presence of numerous logopaedic symptoms caused by facial paralysis. These afflictions occur in both the motor and sensory areas, without neglecting the aesthetic aspect, which is one of the aspects that most affects the patients suffering from it psychologically. With regard to the treatment received, it is evident that it is insufficient in most cases, as well as the slow and incomplete evolution of the symptoms presented.

Discussion:

Speech therapy should be an obligatory part of the rehabilitation of patients with facial paralysis, as there are many speech therapy symptoms that manifest themselves during this period, as well as the subsequent sequelae that may occur.

Conclusions:

Facial paralysis is a very common neurological disorder. It presents a wide range of symptoms that affect both the motor and functional level, as well as the social level. Despite the important role played by a multidisciplinary team in order to achieve optimum results, the role of speech therapists is not very well represented within the group, although their work is fundamental for improving the quality of life of patients.

Keywords:

“ Parálisis facial” “ parálisis facial periférica” “logopedia parálisis facial” “habla y logopedia” “ terapia miofuncional” “speech therapy facial paralysis” “tratamiento parálisis facial” o “ afecciones en la parálisis facial periférica”

INTRODUCCIÓN

Los pares craneales son los componentes principales del sistema nervioso periférico (SNP), concretamente son doce los que los conforman, emergiendo todos ellos del tronco cerebral. En función de las fibras que componen cada nervio, se pueden encontrar divididos en tres grupos: puramente sensitivos, puramente motores o mixtos. En este último grupo se encuentra el nervio sobre el que se trabajará a continuación, el nervio facial o par craneal VII¹.

El nervio facial o VII par craneal es un nervio craneal con un recorrido complejo y expuesto, lo que le hace ser vulnerable a sufrir alteraciones. Su recorrido puede dividirse en dos trayectorias: una de carácter intracraneal realizando un recorrido desde su origen en el puente hasta el conducto auditivo interno en el peñasco y otra trayectoria extracraneal, a partir del agujero estilomastoideo. Desde el punto de vista de su composición, es un nervio mixto, formado tanto por fibras motoras, como por fibras vegetativas y sensitivas cutaneomucosas (AEM)².

La alteración del VII par craneal, produce principalmente lo que se conoce como parálisis facial (PF) afectando principalmente a la musculatura de la mímica, generando alteraciones estéticas, funcionales y sociolaborales³. Por ello, se puede definir la parálisis facial como la pérdida contráctil de la musculatura estriada de la cara, más conocida como musculatura de la mímica. En función de cómo se encuentre afectado el nervio, si es de manera parcial o total a lo largo de su recorrido, su afectación es diferente⁴. En función de donde se encuentre la lesión, la parálisis puede ser:

- **Parálisis central:** cuando el daño está causado en la corteza cerebral o vías corticobulbares y/o corticoreticulares o daños a nivel de la protuberancia, es decir, daños causados por afectaciones en la neurona motora superior. Su afectación se hace presente en los movimientos voluntarios de la parte inferior de la cara. Con frecuencia se acompaña de hemiplejía, ipsilateral al lado lesionado^{4,5}.
- **Parálisis periférica:** donde el daño está causado a nivel intracraneal o daños extracraneales, afectando así a la neurona motora inferior. Dicha parálisis origina la pérdida del movimiento voluntario de todos los músculos del lado que se encuentra afectado, pudiendo ser unilateral si solo se encuentra afectado uno de los lados, o

bilateral si por el contrario son ambos los que presentan alteraciones. Existe una clasificación, en función del grado de afectación que presenta el nervio:

- **Completa:** abarcando todos los músculos del lado afectado
- **Parcial:** la afectación se encuentra en un grupo de músculos ^{4,5}.

Según su etiología, la parálisis facial, se puede dividir en: adquirida o congénita. Dentro de la parálisis adquirida, se produce otra división en cuanto a la causa que la genera figura 1, es decir, se conocen como parálisis faciales idiopáticas o primarias aquellas que no tienen una causa aparente, la más representativa se conoce como parálisis de Bell y parálisis secundarias, donde sí se conoce la causa que la genera, esta puede ser: traumática, tumoral, infecciosa, tóxica, iatrogénica, neurológica, vascular, metabólica y otras ^{3,5,6}.

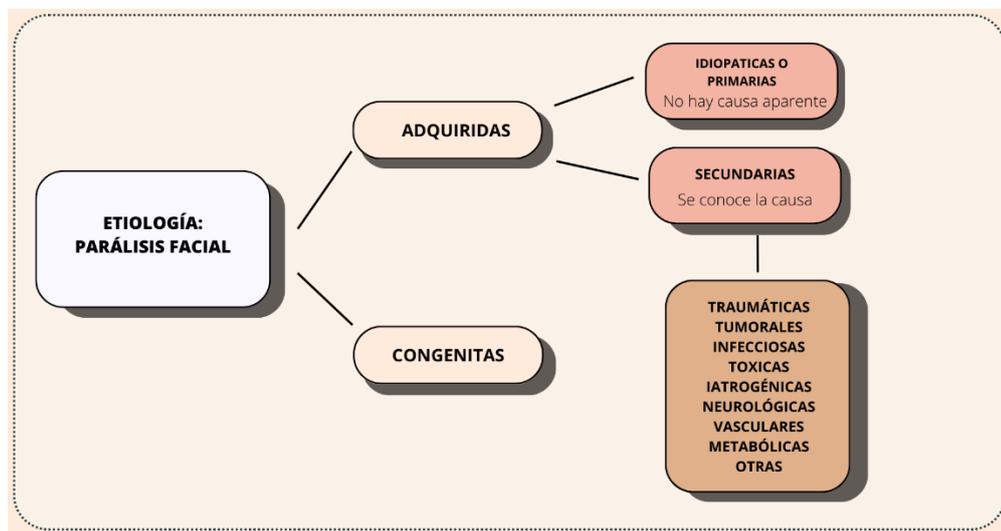


Figura 1: Etiología: Parálisis Facial

Con respecto a la evaluación en pacientes que sufren parálisis facial, debe ser realizada por un equipo multidisciplinar, donde se incluyen: otorrinolaringólogos, neurólogos, neurofisiológicos, oftalmólogos, radiólogos, técnicos de laboratorio y fisioterapeutas. Excepcionalmente, se podrían incluir los genetistas, ya que en aquellos casos donde el paciente presente algún tipo de síndrome, se requiere de un estudio genético. Cada uno de los profesionales, citados anteriormente, realiza sus exámenes correspondientes para determinar la etiología de la parálisis ⁶. A pesar del buen desarrollo de las técnicas de neuroimagen, es importante realizar una correcta exploración neurológica. Su exploración debe de realizarse de manera individual para cada una de las funciones que pueden verse alteradas. Para valorar la función motora del nervio facial es importante realizar una correcta

exploración del mismo, para ello se deben tener en cuenta ciertos puntos clave como son: el número de arrugas en la frente, siendo este similar en ambos hemisferios de la cara, así como el surco nasolabial y las comisuras labiales, las cuales deben estar a la misma altura. Todo ello se comprobaría pidiendo al paciente que realice una elevación de los párpados, un cierre fuerte de ojos evitando en todo el momento que el profesional pueda abrirlos, sonreír, así como enseñar los dientes o hinchar carrillos evitando que salga el aire por la boca. Para la evaluación sensorial, es necesario buscar los siguientes reflejos: reflejo palpebral, reflejo corneal y reflejo nasopalpebral. Finalmente, la valoración sensorial se determina en los dos tercios anteriores de la lengua, haciendo uso de sustancias saladas, dulces o ácidas mientras se mantiene la nariz tapada¹. Respecto a los exámenes específicos que se realizan sobre el nervio facial: medida de excitabilidad del nervio, conducción motora del mismo, electroneuronografía (ENoG) y electromiografía (EMG), permiten establecer un topodiagnóstico sobre la causa que genera la parálisis facial⁶.

En cuanto a las manifestaciones clínicas asociadas a la parálisis facial, son capaces de producir consecuencias devastadoras para los pacientes, tanto a nivel estético y funcional como psicológico tal y como se aprecia en la figura 2. Dentro del plano funcional, se encuentran las afectaciones motoras, las cuales afectan a la contractibilidad de la musculatura, ocasionando una pérdida progresiva de su movilidad y afectando en cierta manera a su funcionalidad. Debido a la hipotonía y debilidad muscular que presentan los pacientes, se observa una incapacidad para poder silbar, sonreír, elevar la ceja, dificultades para el control del babeo, menor parpadeo, incapacidad para cerrar el ojo, lagrimeo constante (epifora), impedimento para fruncir los labios...^{7,8,9}. Continuando con la afectación motora del nervio se puede apreciar: sincinesias o contracciones involuntarias asociadas a movimientos que se realizan de manera voluntaria. Un ejemplo de ello sería cuando el paciente trata de sonreír y de manera simultánea e involuntaria, se produce el cierre de uno de sus ojos¹⁰. Afecciones funcionales propiamente dichas, manifestándose como dificultades en el habla, masticación, chupar, succión y deglución¹¹. Otros síntomas que se presentan, estarían relacionados con la afectación sensitiva, como son el dolor alrededor de la mandíbula y retroauricular, acúfenos, ageusia en los dos tercios anteriores de la lengua e hipersensibilidad al sonido en el lado afectado⁸. Por último, también hay una afección en el plano psicológico bastante importante puesto que los pacientes que presentan parálisis

facial, se sienten frustrados al no poder transmitir los mensajes que desean, presentan sentimientos de pérdida de la personalidad, identidad, poder y potencia¹².

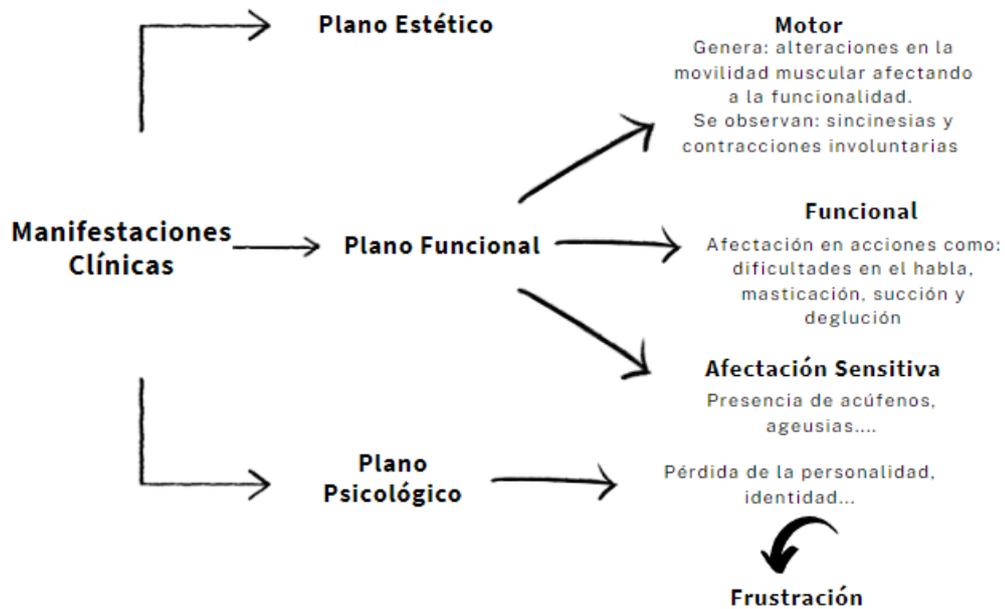


Figura 2: Esquema manifestaciones clínicas

En función del grado de afectación que presente el nervio, la sintomatología que se desarrollará será diferente y por tanto su funcionalidad se verá afectada en mayor o menor medida. Dicha funcionalidad, se valorará teniendo en cuenta la clasificación de House-Backman, la cual permite clasificar la parálisis en seis niveles distintos ¹³. El primero (I) de ellos corresponde a una función facial normal, a partir de este, la disfunción va aumentando progresivamente. El nivel II corresponde a disfunción leve, el nivel III disfunción leve moderada, el nivel IV disfunción moderada a severa, el nivel V disfunción severa y por último el nivel VI, sería una parálisis total ^{8,13}.

El manejo de la parálisis facial se plantea con un equipo multidisciplinar siguiendo una estrategia basada en las necesidades que presenta cada paciente. Todo ello hace que se involucren múltiples especialidades médicas para abordar un tratamiento a dicha patología. El equipo está formado por: oftalmólogos, otorrinolaringólogos, genetistas para aquellos casos que requieran de análisis genético, fisioterapeutas, cirujanos plásticos y neurólogos. A pesar de tratarse de un gran equipo, hay que contar con el apoyo de otros profesionales, los cuales también están implicados en la rehabilitación y por tanto en el tratamiento de los

pacientes, en este grupo de profesionales se encontrarían logopedas y psicólogos³. Desde el inicio del tratamiento es importante tener en cuenta el compromiso por parte del paciente, debido al proceso complicado y lento que conlleva la recuperación de una parálisis facial. También es relevante considerar la toma de decisiones junto al paciente para establecer una dinámica que permita establecer una adecuada adherencia al tratamiento, en especial en todo lo relacionado con la rehabilitación para que el resultado sea óptimo^{3,14}.

Por otra parte, la intervención terapéutica temprana, hace referencia a las primeras 72 horas en las que se inicia el cuadro sintomático. En función del tiempo y grado de lesión que presente el nervio facial, se verá repercutido el posible retorno de las funciones orales^{14,15}.

Es por ello que, para realizar un correcto tratamiento de parálisis facial, hay que tener en cuenta una serie de factores importantes que ayudan en la toma de decisiones. Algunos de los factores son: el tipo de parálisis que presenta el paciente, la etiología y naturaleza de la lesión, el lugar en el que se ha producido la lesión, la magnitud e intensidad de esta y el tiempo transcurrido desde que se inició la parálisis hasta la realización de la exploración neurológica. Teniendo en cuenta todo ello, el tratamiento se divide en:

- Tratamiento médico: orientado a reducir el número e intensidad de las secuelas. Los fármacos que se suelen administrar incluyen histamina, corticoesteroides, vitaminas y antiinflamatorios. En el caso de las parálisis faciales idiopáticas, la administración de glucocorticoides durante la primera semana después del inicio de la parálisis, demuestra una clara mejoría en el curso de la enfermedad. Según estudios, los antivirales mejoran la recuperación y ayudan a una menor degeneración neuronal, lo que hace que la recuperación sea óptima. En los casos, en los que se requiera de protección ocular, se prescribe el uso de lágrimas artificiales, lavados con suero y oclusión palpebral con lubricantes oftalmológicos durante la nocturnidad.
- Tratamiento quirúrgico: ocupa un lugar importante cuando la etiología de la parálisis procede de traumatismos, tumores u otras presentaciones. Las intervenciones quirúrgicas se realizan cuando hay compresiones del nervio facial en el canal estilomastoideo o para realizar injertos nerviosos que ayuden en la restauración de la funcionalidad del nervio. Otra de las intervenciones que se realiza es conocida como anastomosis, empleada cuando el origen de la parálisis facial es ocasionado por un traumatismo o lesiones iatrogénicas. En este caso, se corta el nervio hipogloso en la

rama ascendente, y se une al cabo distal del nervio facial. Cuando la parálisis es idiopática y se observa que tras 8 -15 semanas el avance conduce a secuelas definitivas, se propone un tratamiento quirúrgico ^{5,6,16}.

- Terapia fisioterapéutica: se incluyen técnicas de masoterapia, ejercicios faciales y otras técnicas, recomendados en pacientes con parálisis facial. Se plantea una eficacia del reentrenamiento facial ¹⁷. Desde el inicio del siglo XX, la fisioterapia empezó a formar parte esencial en el tratamiento destinado a la parálisis facial, y son varias las técnicas que se utilizan en este ámbito, algunas de ellas son: acupuntura, electroestimulación, termoterapia... ¹³.

Otra de las disciplinas que se dedica en la actualidad al tratamiento de la parálisis facial es la logopedia. Su actuación no es tan conocida, al igual que los beneficios terapéuticos que ofrece. Las técnicas de rehabilitación logopédica y fisioterapéutica, se conocen como tratamientos no farmacológicos. Existen ejercicios encaminados a obtener una óptima y rápida recuperación de la funcionalidad del nervio facial, los cuales pueden ser realizados en los propios domicilios por lo que se sumarían dentro de la rehabilitación diaria que debe de realizar el propio paciente ¹⁵.

Al respecto de la evolución, el 80% de las parálisis faciales son idiopáticas. Se observa una mejoría alrededor de los 10 primeros días, la recuperación completa y espontánea se da en el 70% de los casos entorno a las 4-6 semanas desde la aparición, mientras que alrededor de un 16% – 25% presentan secuelas moderadas graves, las cuales se consideran pasados los 6 meses. Algunas de las dificultades que van a perdurar son: problemas en la deglución, ingesta de líquidos, dificultades en el habla y sincinesias, a lo que se le sumaría la presencia de una baja autoestima por parte del paciente junto con problemas sociales. En casos donde la parálisis facial afecta de manera unilateral, existe una mayor probabilidad de recuperación mientras que si la afectación que se presenta es bilateral o se completa entorno a los 2 – 3 días siguientes a su aparición, la probabilidad de mejora disminuye notablemente. El tratamiento temprano (durante las primeras 72 horas) desde la aparición del cuadro sintomático es relativo, ya que se debe de tener en cuenta siempre el tiempo transcurrido y grado de afectación. El pronóstico de la parálisis facial empeora conforme aumenta la edad del paciente considerando así aquellos que se encuentren en edades próximas o mayores de 55 y 60 años, tendrán peor evolución.

Otros factores a tener en cuenta en la figura 3 que afectan en el transcurso de la patología son: hipertensión arterial, diabetes mellitus, parestesia severa desde un inicio, hiperacusia o dolor a nivel de la mastoides. A pesar de que la incidencia es muy similar tanto en hombres como en mujeres, se conoce que las mujeres en edad reproductiva tienen una probabilidad de dos a cuatro veces más de sufrir parálisis facial periférica, en comparación con los hombres de la misma edad. Sí la mujer se encuentra embarazada la probabilidad aumenta en 3.3 veces ^{3,5,8,10,13,14,17}.



Figura 3: Factores que afectan al pronóstico de la patología e incidencia.

OBJETIVOS

Para la realización de la presente revisión sistemática basada en la parálisis facial periférica, los objetivos planteados son los que se muestran a continuación:

- 1- Describir la sintomatología clínica presente en la parálisis facial
- 2- Describir técnicas de exploración realizadas para valorar y/o evaluar una parálisis facial.
- 3- Analizar que pruebas complementarias son utilizadas
- 4- Analizar las diferentes pautas de tratamiento requeridas
- 5- Reconocer la figura del logopeda dentro de la rehabilitación en la parálisis facial.

METODOLOGÍA:

Para la realización de esta revisión bibliográfica, se ha realizado una búsqueda exhaustiva de los distintos artículos en las siguientes bases de datos: Google Académico, Scielo, Pubmed, Scopus, Medigraphic o Dialnet.

Para la obtención de dichos artículos, se hizo uso de una serie de palabras claves como son: "parálisis facial" "parálisis facial periférica". En ocasiones, debido a la falta de recursos disponibles se ampliaba la búsqueda a palabras específicas, tanto en español como en inglés, como son: "logopedia parálisis facial" "habla y logopedia" "terapia miofuncional" "speech therapy facial paralysis" "tratamiento parálisis facial" o "afecciones en la parálisis facial periférica"

Criterios establecidos:

En cuanto a la realización de la búsqueda de artículos, se han marcado una serie de criterios a seguir. Por un lado, los criterios de inclusión seleccionados han sido escoger aquellos artículos destinados a la parálisis facial periférica en población adulta con independencia del idioma en el que se encontrase, por ejemplo, inglés o portugués son algunos de los utilizados. También se establece la opción "open Access" para tener acceso a la documentación completa. En lo que respecta a criterios cronológicos, no se ha establecido ningún parámetro.

Siguiendo con los criterios de exclusión, han sido descartados todos aquellos artículos que no contasen con la posibilidad de acceso a descarga del documento completo, así como aquellos que no contasen con la información que se especificaba en el buscador.

En lo que respecta a la realización de la Tabla 1 (Resultados), se han seleccionado 19 casos clínicos de pacientes mayores de edad con independencia de su sexo, estableciendo así los dos primeros criterios. Otro de los requisitos indispensables que debía de cumplir era la presentación del caso de manera individual, es decir, presentar únicamente el caso de un paciente y no hacerlo utilizando grupos de pacientes. De esta manera todos los documentos que aportaban estudios o casos de grupos de pacientes eran descartados. No se han establecido criterios en cuanto a etiología del caso se refiere, mostrando así las diferentes

causas que pueden presentar o generar una parálisis facial. Dado la dificultad para realizar la búsqueda de casos individuales, no se han establecido criterios cronológicos.

Procedimiento

Una vez establecidos todos los criterios, se comenzó la búsqueda de gran variedad de artículos relacionados con la temática del presente trabajo. Finalmente, 31 fueron los artículos escogidos para ser analizados tal y como muestra la figura 4. Del total de ellos, fueron 16 los utilizados únicamente como casos clínicos, 12 como información aportada al trabajo y los 3 restantes presentaban ambos tipos de información.



Figura 4: Resumen de la selección de artículos

Programación

- Entre los meses de enero y febrero se debatió acerca de la elección del tema sobre el que estaría basado el presente trabajo
- En febrero, se comenzó con la búsqueda exhaustiva de artículos científicos basados en el tema a tratar.
- Durante el mes de marzo se comenzó elaborando la introducción, así como el establecimiento de los objetivos a conseguir gracias a la realización de dicha revisión sistemática.

- Finales de marzo y durante el mes de abril se realizó la metodología del trabajo, continuando con la elaboración de la Tabla 1 de (Resultados). También se comenzó con el estudio crítico de los resultados obtenidos.
- En mayo, se terminó el análisis de resultados, tratando de comenzar con la elaboración de la discusión.
- A lo largo del mes de junio, se fueron terminando aquellos aspectos que continuaban inacabados sumando la corrección de posibles errores.

Resultados:

En la Tabla 1 (Resultados) que se presenta a continuación, se recogen 19 casos clínicos con pacientes que han sufrido parálisis facial. Se pretende presentar de manera agrupada los resultados recogidos para lograr los objetivos establecidos en la revisión sistemática que se está realizando. Para ello, se han elaborado 8 columnas claramente diferenciadas [Figura 5], donde se pueden apreciar todos los datos relevantes para la realización de nuestro estudio.

- En primer lugar, se recoge los autores junto con el año del estudio y el país en el que se realizó. En segundo lugar, se recogen datos acerca del sexo y la edad de los pacientes, pudiendo mostrar así en que rangos de edad existe una mayor probabilidad de sufrir parálisis facial e incluso en que sexo se ve aumentada dicha afectación.
- Con respecto al gran número de etiologías posibles causantes de parálisis facial, la tercera columna recoge el diagnóstico de cada uno de los casos. En el ecuador de la tabla, se encuentran los síntomas iniciales que presenta el paciente y por los que acuden al servicio médico, se hace una distinción entre aquellos síntomas de carácter general y otros vinculados más directamente con el área logopédica.
- En la quinta columna, se recogen los resultados obtenidos tras la realización de una exploración neurológica, datos importantes que permiten dar una visión más global sobre la afectación de la parálisis facial en los pacientes que la padecen. En sexta posición, se recogen las pruebas complementarias necesarias para concluir con el diagnóstico final. Dentro de dichas pruebas, se encuentran tres apartados específicos para: tomografía axial computarizada (TAC), resonancia magnética (RM) y “otros” donde se incluyen por lo general pruebas serológicas realizadas a los pacientes o pruebas específicas.
- En penúltima posición se recoge el tratamiento recibido en cada uno de los casos presentados. Se aprecian tres columnas dentro del apartado general, haciendo referencia a los tres tipos de tratamientos que se pueden realizar en caso de sufrir parálisis facial. Por un lado, se recogen prescripciones médicas con las correspondientes tomas (mg/días /duración) y por otro si se recibió rehabilitación logopédica y/o fisioterapéutica. Dichos datos son importantes a tener en cuenta,

pues permiten cumplir con uno de los objetivos de la revisión, como es reconocer la figura del logopeda y fisioterapeutas dentro de la rehabilitación.

- Para finalizar con la última columna, se recoge la evolución de los pacientes en cuanto a sintomatología y tiempo se refiere. Dicha información permite conocer el estado en el que se encuentra el paciente, es decir, si presenta una recuperación completa o no, en este segundo caso, el paciente seguirá presentando alteraciones que limitarán su día a día. Son aspectos que deben ser considerados en la rehabilitación de los pacientes, así como el tiempo que tardan en mejorar.

AUTOR/AÑO/ PAIS	DATOS		DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			TRATAMIENTO			EVOLUCIÓN
	EDAD	SEXO		GENERALES	LOGOPÉDICOS		TAC	RM	OTROS	MEDICO/ QUIRURGICO	LOGOPÉDICO	FISIOTERAPIA	

Figura 5: Encabezado utilizado para la realización de la Tabla 1 (Resultados)

A continuación, se procede a explicar todos los datos obtenidos en la tabla

Tabla 1. Resultados

AUTOR/AÑO/PAIS	DATOS		DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			TRATAMIENTO			EVOLUCIÓN
	EDAD	SEXO		GENERALES	LOGOPÉDICOS		TAC	RM	OTROS	MÉDICO/ QUIRURGICO	LOGOPÉDICO	FISIOTERAPIA	
Fernandez, RG Carvajal, E. Reyes, FJ (2015) ⁴ México	22	F	PF dcha. por extirpación del tercer premolar dcha.		Pérdida del sabor, Cambios de sensibilidad en área facial	Desviación de la comisura bucal, Lagoftalmía, Incapacidad de cierre palpebral, lagrimeo y globo ocular hacia arriba				20 mg esteroides (8h/ 7días), reducción de dosis (12 h/ 7 días), Vit. B12(15días), Sol. Oftálmca (2 gotas/ 8h)			Recuperación completa a los 20 días tras iniciar el tto
Huete, R (2007) ⁹ Costa Rica	67	M	Edentulismo total superior y PF dcha			Ausencia de piezas dentales, PF permanente, ATM sana, Musculatura asintomática, funcionalidad alterda en sonrisa y movilidad bucal. Ojo muy abierto dificultad al pestañeo, mentón y labio caído y deprimido			Estética y funcional. D.V disminuida. Mentón protruido, labios finos, tercio inferior disminuido	Placa palatina oclusal de 20 grados			
Avedaño,GM Sánchez,J Valier, CY Chapital, BR Arcos,IR (2015) ¹⁴ México	63	M	Parálisi facial periférica dcha		Parestesia en hemicara dcha	Dolor retroauricular dcha, parestesia, hipotonía muscular en hemicara dch, leve hipotonía en hemicara izq						Vendaje Neuro-muscular (3 días/ semana)	Tras 12 sesiones (3 meses) aumento tonicidad facial y simetría normal. Ligera asimetría en el labio
Avedaño,GM Sánchez,J Valier, CY Chapital, BR Arcos,IR (2015) ¹⁴ México	60	M	Parálisis facial periférica izq	cierre ocular incompleto	Asimetría de la boca, Movimiento parcial de la frente	Hipertonía muscular en hemicara dcha. e hipotonía muscular en hemicara izq.						Vendaje musuclalr en lado dcha.	Tras 12 sesiones (5 meses), aumento tonicidad, leve asimetría en labios

Abreviaturas: F: femenino / M: Masculino / PF: Parálisis Facial/ Dcha: derecha / H: horas / mg: miligramos / Vit: vitamina / Tto: tratamiento/ ATM: Articulación Temporomandibular / D.V : Dimensión Vertical/ Izq: izquierda

Tabla 1. Resultados (Continuación)

AUTOR/AÑO/P AIS	DATOS		DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			TRATAMIENTO			EVOLUCIÓN
	EDAD	SEXO		GENERALES	LOGOPÉDICOS		TAC	RM	OTROS	MÉDICO/ QUIRURGICO	LOGOPÉDICO	FISIOTERAPIA	
Navarro, MP Garcés, E Marín, M Santos, S (sin fecha) ¹⁸ Zaragoza	41	M	Síndrome de Guillain- Barré	Lesiones cutáneas, Parestesia EEII	Debilidad facial dcha	Sin alterc. del lenguaje, PFB , Hipoestesia región proximal ambas EEII	Sin alterac.		Analítica sanguínea sin alterac. Serología en suero (-), Estudio LCR (-)	Prednisona Valaciclovil oral - no mejora- Ig intravenosa (0,4g/día durante 5 días), Aciclovir intravenoso (10 días)	Recibió	Rehabilitación facial	
Gonzalez, JM Pesudo, JV (2007) ¹⁹ Castellón	34	M	PFP dcha. de grado IV de House y Brackmann Angioma cavernoso	Descenso palpebral, sensación de ojo seco	Desviación de la comisura bucal		Normal, Lesión intraósea insufilaba la cortical y calcificaciones en interior	Normal, Lesión techo del peñasco dcha		Intervención en fisura, fresada hasta descomprimir nervio facial de ganglio geniculado			Sensación de ocupación del oído durante semanas. Mejoría de la parálisis facial a los 10 meses
Valencia, RE Buitrago, CL Saavedra, LI Arce, L (2021) ²⁰ Colombia	62	M	Neuropatía sensitiva del nervio glossofaríngeo	Dolor, ardor, sensación urente	Parestesia y disgeusia en tercio posterior de la lengua	Hipertrofia papilas gustativas en el tercio posterior, escasa palidez mucocutánea, Movilidad de la lengua correcta, Sin dolor en palpación			Naso-laringoscopia (normal), Estudios de laboratorio (normales)	Enjuagues bucales, loratadina 10mg, prednisona 50mg/día/5 días.(no mejor) Pregabalina 75mg noche y bloqueo del nervio			A las 12h de la intervención recuperación completa de la movilidad
Foguet, Q Mascaró, O Aragonés, JM Moros, S (2008) ²¹ Barcelona	31	F	PF posparto	TSA elevada	Desviación comisura bucal izq, Acúfenos oído dcha, Entumecimiento facial dcha	PF dcha. (moderado- grave)		No se observan lesiones en nervios VII, VIII	Test O'Sullivan patológico, Test tolerancia oral de glucosa; intolerancia	Glucocorticoides orales (60mg/día durante 5 días), descenso de la pauta durante 10 días, lagrimas artificiales, protección ocular nocturna			Mejóro progresivamente, recuperación completa a los 4 meses

Abreviaturas: F: femenino / M: Masculino / Dcha: derecha / Alterac: alteraciones / PFB: Parálisis Facial Bilateral / EEII: extremidades inferiores / (-): negativo / LCR: Líquido Cefalorraquídeo / PFP: Parálisis Facial Periférica / mg: miligramos / h: horas / PF: Parálisis Facial / TA: Tensión arterial / izq: izquierda

Tabla 1. Resultados (Continuación)

AUTOR/AÑO /PAIS	DATOS		DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			TRATAMIENTO			EVOLUCIÓN
	EDAD	SEXO		GENERALES	LOGOPÉDICOS		TAC	RM	OTROS	MÉDICO/ QUIRURGICO	LOGOPÉDICO	FISIOTERAPIA	
Foguet, Q Mascaró, O Aragonés, JM Moros, S (2008) ²¹ Barcelona	40	F	PF posparto		Desviación comisura bucal izq	PFP dch. , Sensibilidad conservada	Normal		Serología (-) , Analítica en preeclampsia (-)	Glucocorticoides orales (60mg/día durante 5 días), descenso de la pauta durante 10 días, Lagrimas artificiales, Protección ocular nocturna			Mejóro progresivamente Recuperación completa a los 3 meses
Erro, ME Urriza, J Gila,L Orbara,E Gurtubay,IG (2010) ²² Navarra	25	M	PF	Dolor faríngeo	PF dcha.	Tumefacción de las amígdalas con exudado purulento. Se observaron adenopatías cervicales, hepatomegalia leve y PFB. Resto de pares craneales sin alteraciones ni alteraciones en la fuerza muscular de extremidades.	Normal	Normal	Análisis LCR presenta pleocitosis, Estudio neurofisiológico muestra aumento de latencia y reducción de amplitud de la acción muscular. EMG en músculos faciales no muestras actividad espontánea. Estudio de conducción nerviosa normal				2 meses después la PF se había resuelto en ambos lados
Erro, ME Urriza, J Gila,L Orbara,E Gurtubay,IG (2010) ²² Navarra	22	M	Mononucleosis infecciosa por VEB	Fiebre (38,2°C), Malestar, Dolor faríngeo		Inicialmente parálisis facial dch, para continuar de manera bilateral. Reflejos osteotendinosos normales	Normal	Normal	Serología: infección aguda por VEB, análisis LCR: pleocitosis	Paracetamol, Prednisona, Corticoides orales (1mes)			Mejoría al año. Mantiene ligera debilidad y moviliza la musculatura inferior facial. Leve espasticidad
Valdez, J Román,FJ Ponce,B Pérez,E Martín,V (2013) ²³ Albacete	18	F	PFP por quiste epidermoide en ángulo prontosocerebelo dcha.		PFP dcha.	Consciente, alerta, reactiva, pupilas isocóricas. No rigidez de nuca ni otros signos meníngeos. Desviación comisura bucal izq. Sensibilidad conservada. No disimetrías ni disdiacocinesia		Lesión, quiste epidermoide		Extirpación quirúrgica, Corticoides (1mg/día). Protección ocular		Derivado a servicio de rehabilitación	Tras 11 días continua con cefalea. Actualmente recuperación completa.

Abreviaturas: F: femenino / M: Masculino / PF: Parálisis Facial / izq: izquierda / PFP: Parálisis Facial Periférica / dcha: derecha / (-): negativa / mg: miligramos / PFB: Parálisis Facial Bilateral / LCR: Líquido Cefalorraquídeo / EMG: Electromiograma / VEB: Virus de Epstein-Barr /PFP: Parálisis Facial Periférica

Tabla 1. Resultados (Continuación)

AUTOR/AÑO/ PAIS	DATOS		DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			TRATAMIENTO			EVOLUCIÓN
	EDAD	SEXO		GENERALES	LOGOPÉDICOS		TAC	RM	OTROS	MÉDICO/ QUIRURGICO	LOGOPÉDICO	FISIOTERAPIA	
Sarmiento, FEL Montoya, MC Camacho, JE Bayona, J Bayona, E (2007) ²⁴ Buenos Aires	60	F	ECV isquémica. Arteria cerebral media izq.			Espasmos bilaterales en músculos de EEII. Desviación de la lengua a la dcha. al protruir. Afasia motora. Hipotrofia e hipotonía en músculo platisma dcha.	Sin contraste					Neurorehabilitación	
Payá, A Navarro, R Climent, I Medondo, M (2018) ²⁵ Valencia	78	M	PFP (por posible reacción alérgica) Angioedema medicamentoso secundario a hipocolesteromiantes	Edema de hemifaciaes dcha	leve parestesia	Debilidad de oclusión ocular. Simetría facial en reposo. Leve asimetría de boca		No resultados	Exámen analítico (sin resultado). Reacción alérgica (-)	Corticoides Antihistamínicos		Ejercicios de reentrenamiento neuromuscular	Sufrió 3 recaídas similares hasta que decidió no volver acudir a urgencias ya que con la medicación mejoraba
Puerta, JI Vélez, IC Alzate, JE Upegui, LM Velásquez, M Zapata, A (2010) ²⁶ Colombia	46	M	PFB postraumático			Trauma región parietal izq. Pérdida consciencia (-5min) Otorragia Incapacidad movilización y contracción músculos faciales Desviación comisura labial izq. Ausencia surco nasogeniano dcha.	Fractura longitudinal Hueso temporal izq. con hemosoma esfenoidal	Líquido en mastoides e indicios fractura de base del cráneo	Test de Schimer (-) EMG compromiso bilateral todas las ramas nervio facial, lesión neuropraxia	Esteroides (Dexametasona 4 mg/6 horas)		Recibió fisioterapia	Evolución de PF completa a hemiparesia dcha.
Álze, F Mayo, M Padin, A Vázquez, C (2016) ²⁷ A Coruña	40	M	Tuberculosis ósea asociada a PF y vértigo	Otalgia pulsátil, taponamiento oído derecho	Hipoacusia oído dcha. Paresia facial homolateral (grado III)	Tímpano engrosado. Otorrea persistente. Agravamiento facial (grado V). Hipoacusia neurosensorial y clínica vestibular	Ocupación completa, caja timpánica, antro y celdillas mastoideas por tejido de ostomastoiditis	Descarta lesión retroauricular	Test de impulsión cefálica: hipofunción vestibular dch. Radiografía torax: parenquimatos a en lóbulo superior dcha.	Amoxicilina (10 días). Drenaje transtimpánico. Ciprofloxacina y corticoterapia oral. Ceftriaxona intravenosa.			Respuesta favorable a los 72 h. Aumentar medicación y a los 15 días otorrea cede a los 30 días PF.

Abreviaturas: F: femenino / M: masculino / ACV: Accidente Cerebro Vascular / Izq: izquierda / EEII: extremidades inferiores/ dcha: derecha / PFP: Parálisis Facial Periférica/ (-): negativo / PFB: Parálisis Facial Bilateral / min: minutos / EMG: electromiograma / mg: miligramos / PF: Parálisis Facial/ h: horas

Tabla 1. Resultados (Continuación)

AUTOR/AÑO /PAIS	DATOS		DIAGNÓSTICO	SÍNTOMAS		EXPLORACIÓN	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS			TRATAMIENTO			EVOLUCIÓN
	EDAD	SEXO		GENERALES	LOGOPÉDICOS		TAC	RM	OTROS	MÉDICO/ QUIRURGICO	LOGOPÉDICO	FISIOTERAPIA	
Reixach,R Galván,P Potes,E (1982) ²⁸ Barcelona	36	F	PFP		Sensación de tirantez en zona peribucal. Progresando a parálisis completa hemifacies izq	PFP izq , sin alterac. gusto ni audición. No edema facial ni anomalías en la superficie lingual		Normal	Estudio bioquímico e inmunológico, estudio de porfirias, todo dentro de normalidad. Estudio electromiográfico evidenció derivación parcial en musculatura facial dcha. con predominio inferior y denervación total	Corticosteroideo (prednisona 30mg/día)			1 Mes de tto. mejora parcial
Mendes, T Terezinha,V Et.al (2022) ²⁹ Brazil	37	F	Parálisis de Bell en el lado izq por SARS CoV 2	Dolor de cabeza, rinorrea. Diarrea, mialgia, adinamia	Anosmia			Serología VIH (-), Brucelosis (-), Citomegalovirus IgG, IgM (-)	Aciclovir (400mg/ 4 h/ 10días) Prednisona (60mg/5 días)		Tto faciales fisioterapéuticos	Cesó 15 días	
Mendes, T Terezinha,V Et.al (2022) ²⁹ Brazil	39	F	Parálisis de Bell por SARS- CoV 2	Mialgia, nauseas, adinamia, congestión nasal, dolor de cabeza, tos	Anosmia			Serología VIH (-), Brucelosis (-), Citomegalovirus (-), IgM (-), IgG (+)	Monohidrato de dipirona (300mg) Citrato Orfenadrina (35mg), Cafeina anhidra (50mg/ 8h/ 5 días) Corticoides (27,5mg / 14días)		Tto facial. Alivio contractura en la mandibula contralateral a la parálisis	PF 10 días, mejora progresivamente	

Abreviaturas: F: femenino / M: Masculino / PFP: Parálisis Facial Periférica / izq: izquierda / alterac: alteraciones / mg: miligramos / tto: tratamiento / (-): negativo / h: horas/ Ig: inmunoglobulina / (+): positivo / PF: Parálisis Facial

- **Año y País**

En lo que respecta a las fechas de publicación de los artículos anteriores, el 99% de ellos se incluyen en una franja de tiempo de 2007 a 2022 figura 6, exceptuando uno de ellos, el cual fue publicado en 1982, Reixach et. al (28). Importante destacar que para la búsqueda de casos clínicos no se estableció ningún límite de años y dado que dieciocho de los diecinueve casos se han desarrollado en los últimos dieciséis años, se comprueba que la parálisis facial continúa tratándose de una patología actual.



Figura 6: Cronología de los años de publicación

Siguiendo con los países de procedencia donde se han dado los casos presentados, se observa claramente la distinción entre España y Latinoamérica respectivamente. Tal y como se refleja a continuación figura 7 y figura 8, se pueden observar los lugares de procedencia de los distintos casos, así como el número de los mismos.



Figura 7: Procedencia de casos en España



Figura 8: Procedencia de casos en Latinoamérica

3 casos
 2 casos
 1 caso

Comprobando así que la igualdad de casos es casi equitativa correspondiendo a España un 53% de los casos, frente a un 47 % en Latinoamérica.

- **Edad y Sexo:**

Teniendo en cuenta el factor edad, se puede observar como la parálisis facial no está sujeta a un rango de edad específico, ya que los datos recogidos son muy dispersos, tal y como se observa en la figura 9. Existen cuatro casos que se produjeron a edades tempranas, haciendo referencia con ello a edades por debajo de los 25 años, como son los casos de Fernández et. al (4), Erro et. al (22) con dos casos y Valdez et. al (23).

Dentro del parámetro de edades establecido entre los 46 -55 años, destaca la presencia de un único caso de Puerta et. al (26), cuyo paciente tiene una edad de 46 años. Teniendo en cuenta el siguiente intervalo de edad establecido, entre los 56-65 años, se observa también un único caso donde la edad del paciente es de 60. Por este motivo, llama la atención la ausencia de casos presentes en la década de los 50 años.

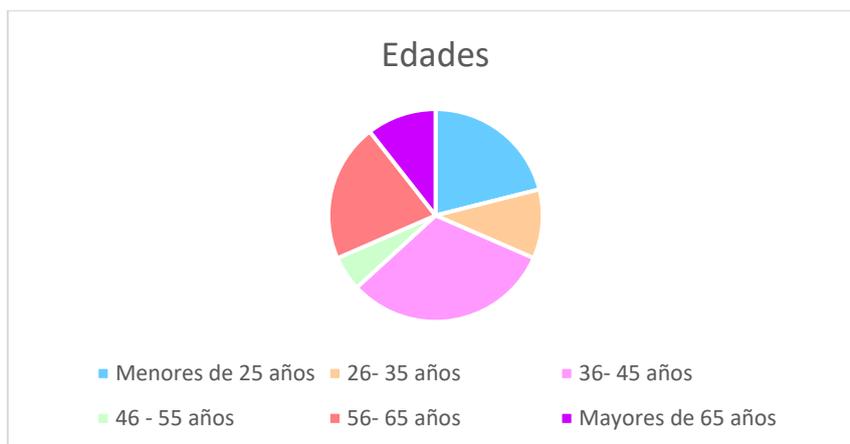


Figura 9: Rango de edades de los casos clínicos presentados

La prevalencia de casos recogidos en la tabla, muestra un alza en cuanto a los hombres, no es muy llamativa. Los resultados corresponden en un 42% al sexo femenino, equivalente a ocho de los diecinueve casos presentados, frente al 58% de los casos masculinos, siendo estos los once casos restantes presentes en la figura 10:

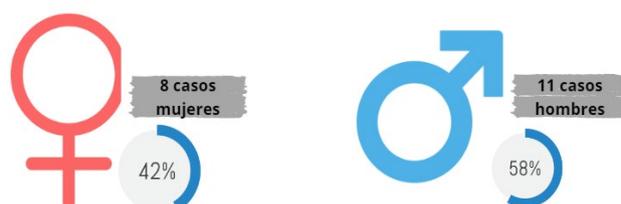


Figura 10: Prevalencia en los casos presentados en la Tabla 1 (Resultados)

- **Diagnóstico:**

Son varios los diagnósticos causantes de parálisis faciales periféricas:

- Destacan notablemente aquellos donde se encuentra afectado el lado derecho, representados en un 52,63% de los casos en la figura 11. Así mismo, dentro de este grupo los diagnósticos son muy dispersos. En el caso de Fernández et. al (4) dicha parálisis viene ocasionada por la extirpación de un tercer premolar. Siguiendo con los casos, encontramos a Navarro et. al (18) con el diagnóstico del Síndrome de Guillain – Barré o dos casos producidos por enfermedades infecciosas tales como la mononucleosis o la tuberculosis, como son los casos de Erro et. al (22) y Álzate et. al (27) respectivamente.
- El 26, 31% corresponde a una parálisis periférica observada en el lado izquierdo, siendo característico el caso de Mendes et. al (29).
- De manera bilateral únicamente se observa un único caso, causado por un traumatismo como indica Puerta et. al (26) correspondiendo con el 5,26% de la muestra presentada. Reflejar que el caso anterior de Álzate et. al (27) de parálisis periférica izquierda, evolucionó afectando de manera bilateral finalmente.
- Para terminar, un pequeño porcentaje de los casos concretamente el 15,79%, se encuentra englobado en tres casos donde no se especifica qué lado se vio afectado por la parálisis. Dichos artículos corresponden a: Valencia et. al (20) cuyo diagnóstico refleja una neuropatía sensitiva en el nervio glosofaríngeo, Payá et. al (25) por un angioedema medicamentoso y Mendes et. al (29) presenta dos casos, ambos causados por SARS- coV2 y actual virus de COVID-19.

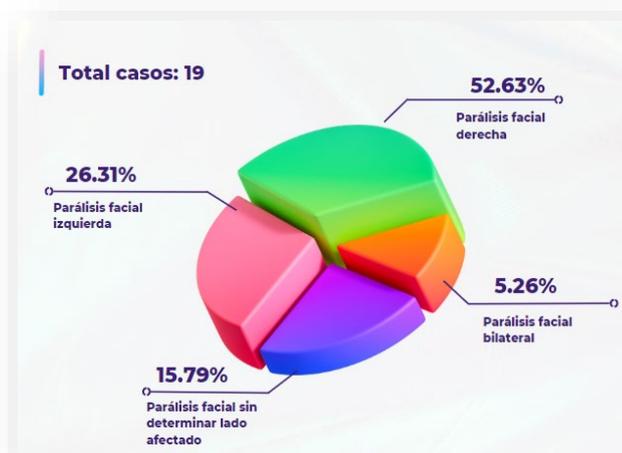


Figura 11: Porcentaje de casos presentados en función del lado afectado

- **Síntomas:**

En cuanto a síntomas se refiere, existe una diferenciación entre aquellos síntomas de índole general y otros más específicos en relación con el ámbito de la logopedia. En cuanto a los primeros que se nombran en la tabla, llaman la atención especialmente cuatro síntomas oftálmicos, muy característicos de la patología estudiada y reflejados en los casos de: Avendaño et. al (14), González et. al (19) y Foguet et. al (21) como son la incapacidad de cierre ocular, ptosis palpebral, sensación de ojo seco y lagrimeo. Por otro lado, se recogen un conjunto de síntomas característicos propios de un resfriado común, presentados por Erro et. al (22) y Mendes et. al (29) como son congestión nasal, tos o fiebre; incluyendo también el dolor de cabeza en el último caso reflejado. Otro de los órganos sensoriales que se encuentra afectado según los casos planteados, es el oído tal y como Foguet et. al (21) y Álzate et al. (27) señalan indicando la presencia de otalgia. Además, el último de ellos, refleja la presencia de taponamiento en el oído. Para concluir con este grupo de síntomas, se encuentran las dos propuestas de Erro et. al (22) donde reflejan la presencia de dolor faríngeo para ambos.

Siguiendo con los síntomas logopédicos recogidos en la Tabla 1, se aprecia un predominio sintomatológico relacionado con parestesias (26.31%) y asimetrías bucales (21,05%) ocasionados por la parálisis facial que presentan. En relación con la afectación facial, se muestra el caso de Fernández et. al (4) donde presenta una movilidad parcial en la zona facial de la frente junto con la pérdida de sensibilidad facial o como Navarro et. al (8) donde el paciente refiere debilidad facial. En cuanto a afectaciones sensoriales se evidencia la afectación del gusto en los casos de Fernández et. al (1) con pérdida del sabor y Valencia et. al (20) reflejando disgeusia en el tercio posterior de la lengua. Otro de los órganos sensoriales es el oído donde Foguet et. al (21) y Álze et. al (27) muestran la presencia de acúfenos e hipoacusia respectivamente. Para terminar, Mendes et. al (29) en sus dos casos cuenta con la presencia de anosmia, concluyendo así que el órgano olfatorio también puede verse afectado.

- **Exploración:**

En cuanto al apartado destinado a la exploración de cada uno de los casos, se observa como en todos ellos se hace referencia a la presencia de: desviaciones comisurales a un lado u otro, en función de cual se encuentre afectado, hipotonías musculares en el área

facial, dificultad o incapacidad para la realización de ciertos movimientos como por ejemplo sonreír. En los casos de Fernández et. al (4), Huete et. al (9) y Payá et. al (25) se exploró la incapacidad o debilidad de cierre ocular, lagofthalmía, así como dificultades en el pestañeo. Además, el primero de ellos suma a lo anterior, la presencia de lagrimeo y como el globo ocular se desvía hacia la parte alta del ojo.

De manera más específica en casos como el propuesto por Erro et. al (22) se observó la presencia de tumefacción en las amígdalas con exudado purulento, así como adenopatías cervicales o hepatomegalias leves. Llama la atención la presencia de espasmos bilaterales en las extremidades inferiores del caso de Sarmiento et. al (24) explorando no solo eso, sino también hipotrofia e hipotonía en el músculo de platisma. Para Álze et. al (27) durante la exploración se observó un engrosamiento del tímpano, otorrea persistente y un agravamiento del facial en grado V, todo ello sumado a una hipoacusia neurosensorial y clínica vestibular. Otro de los casos que llama la atención, es el de Valdez et. al (23) ya que, durante la exploración, se observó como la sensibilidad seguía conservada y no existía la presencia de disimetrías ni disdiacocinesias.

- **Pruebas complementarias:**

Las pruebas complementarias que se tuvieron en cuenta durante la realización de estudios, fueron tres: Tomografía Axial Computarizada (TAC), Resonancia Magnética (RM) y Otros donde se incluyen el resto de las pruebas realizadas, por lo general relacionadas con estudios serológicos o pruebas específicas en función del diagnóstico.

Existen tres casos de los presentados en la Tabla 1, que no constan de información relacionada con los citados apartados, correspondiendo con un 15,79%, sin embargo, en los casos restantes todo tienen al menos una de las citadas pruebas realizadas.

En cuanto a la primera columna, destinada a la Tomografía Axial Computarizada, ésta se realizó en un 31.58% de los casos, es decir en seis de los diecinueve presentados. De dichos casos, los resultados que se obtuvieron fueron normales, con excepción de los propuestos por Puerta et. al (26) y Álzate et. al (27) donde se pudo observar una fractura longitudinal en el hueso temporal y ocupación completa de la caja timpánica respectivamente. Por todo ello, en el 89,48% de los casos se obtuvo un resultado

normal, sin alteraciones. El 10.52% restante equivaldría a los dos casos presentados anteriormente, los cuales obtuvieron resultados patológicos. En el 57.89% del total de casos, no se realizó ningún TAC.

Otra de las pruebas realizadas es la Resonancia Magnética (RM) la cual pudo realizarse en el 47.37% de los casos, concretamente en nueve de ellos. En el siendo 52.63% no se realizó dicha prueba. De los nueve casos, tres obtuvieron resultados normales y otros tres descartaron la posibilidad de presentar una lesión, es decir, el 66.66% fueron resultados no patológicos. Por lo que el 33.33% resultaron patológicos correspondiendo con los casos de: González et. al (19) donde en un primer momento la prueba fue normal, pero tras su realización por segunda vez se observó una lesión en el techo del peñasco, Valdez et. al (23) donde se pudo detectar un quiste epidermoide y, por último, en el caso de Puerta et. al (26) se detectó líquido en la mastoides además de ciertos indicios de una posible fractura en la base del cráneo.

Para terminar con la última columna destinada a la realización de "otras", se puede apreciar como la mayoría de pruebas que se realizaron son serologías tales como análisis de sangre, extracción del líquido cefalorraquídeo (LCR)... En los dos casos presentados por Foguet et. al (21) se distinguen pruebas como el test de O 'Sullivan, Test de tolerancia oral a la glucosa o analítica en preeclampsia específicas a realizar durante los embarazos, razón por la que se realiza en ambos ya que el origen de la parálisis facial que presentan las pacientes se produce postparto. Otro de los casos que llama la atención, es el de Álzate et al. (27) puesto a que en este caso se realiza un test de impulsión cefálica y radiografía de tórax, justificando así el diagnóstico establecido de tuberculosis. De manera excepcional, se plantea en el caso de Huete et. al (9), la realización de pruebas estéticas y funcionales puesto que se trata del único caso con pruebas de este tipo. Para terminar con los dos últimos casos de Mendes et. al (29) en ambos se procedió a realizar análisis de VIH, Brucelosis o Citomegalovirus descartando así la posibilidad de presentar alguno de dichos virus. Tras todo ellos el 68.42% de los casos cuenta con otras pruebas diferentes al TAC y RM, únicamente el 31.58% de los casos no presenta más pruebas. Teniendo en cuenta los porcentajes de realización obtenidos en cada una de las columnas presentadas en el apartado de pruebas

complementarias figura 12, permite establecer que, de todas ellas, "Otras", fue la que más se realizó destacando notablemente por encima de las demás.

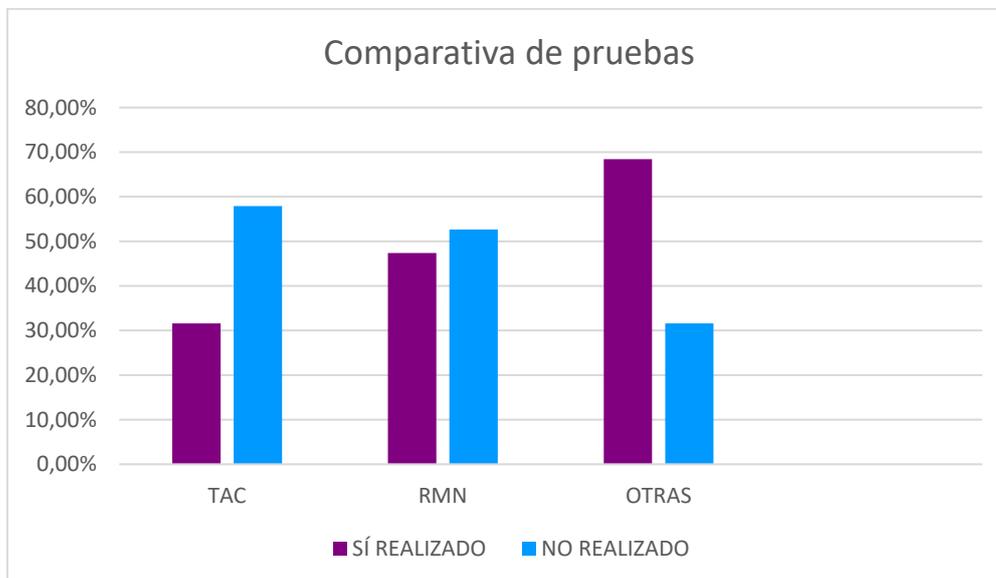


Figura 12: Porcentajes obtenidos de la realización o no de cada una de las pruebas presentadas

- **Tratamiento:**

El estudio se ha realizado teniendo en cuenta tres tipos de tratamientos que se pueden realizar en casos de parálisis facial. La primera opción planteada es el tratamiento médico, realizado en el 68.42% de los casos. Resalta el uso de corticoides o derivados estos en la mayoría de los casos como medicación. En los casos de González et. al (19) y Valdez et. al (23) se realizaron intervenciones quirúrgicas en ambos casos, en el primero de ellos tras la cirugía se le administraron corticoides.

Otros como Fernández et. al (14) y Foguet et. al (21) acompañan la medicación de corticoides, con el uso de protecciones oculares, así como lágrimas artificiales. Excepcionalmente, en el caso de Huete et. al (9) se refleja la instauración del uso de una placa oclusal de 20 grados, requerida para el tratamiento de su paciente.

En lo que respecta al tratamiento logopédico, solo se refleja en el caso de Navarro et. al (18) sin detallar que tipo de intervención recibió el paciente. Para concluir con el tratamiento fisioterapéutico, fue realizado en nueve de los casos planteados, correspondiendo con un 47.37% del total. En todos ellos, la intervención que se les practicó a los pacientes como medio de rehabilitación fue a través del vendaje neuromuscular.

- **Evolución:**

En lo que respecta a la evolución, no todos los casos presentados reflejan este dato tan importante, pero teniendo en cuenta aquellos en los que sí es facilitada, se puede observar como a pesar de conseguir una recuperación completa, los tiempos para su obtención son largos Tabla 2 no bajando del mes tal y como se muestra en los siguientes casos:

Tabla 2: Tiempos de recuperación

Artículo	Tiempo Recuperación completa
Foguet et. al (21)	4 meses
Foguet et. al (21)	3 meses
Erro et. al (22)	2 meses
Reixach et. al (28)	No determinado

Por el contrario, se pueden encontrar tres casos donde sí se evidenció una recuperación en un corto periodo de tiempo, como son: Fernández et. al (4) donde refleja una mejoría completa a los veinte días de recibir el tratamiento, Mendes et. al (29) en uno de sus casos presentados, refleja el cese de la sintomatología tras quince días y Valencia et. al (20) mostrando una recuperación completa de la movilidad facial tras doce horas.

Teniendo en cuenta el resto de información recopilada, se observa como en el resto de casos existen ciertas mejorías, pero en muchos de ellos, continúan mostrando algunas afectaciones como por ejemplo Avendaño et. al (14) donde, en sus dos casos presentados, manifiesta que tras tres y cinco meses los pacientes continúan con asimetría labial. En el caso de Erro et. al (22), tras un año se continúa observando ligera debilidad en la musculatura inferior de la cara y leve espasticidad.

DISCUSIÓN

La presente revisión sistemática, se realizó con la finalidad de conocer y dar visibilidad a los efectos secundarios que se producen al padecer o haber padecido parálisis facial periférica, es decir, todas aquellas secuelas que genera dicha patología. Tal y como sí se ha podido determinar tras la realización de dicho estudio, dentro de la sintomatología más característica de la parálisis facial, se encuentran: hipotonía en la musculatura facial de la cara, desviación bucal, pérdida de la sensibilidad y afectaciones a órganos sensoriales. Teniendo en cuenta todos los síntomas anteriores, se puede pensar en las consecuencias diarias a las que se enfrentará la persona con parálisis facial, como por ejemplo durante la deglución. Cuando se realiza dicha función, debe de haber un equilibrio en todas las estructuras que intervienen en dicho proceso, sin embargo, presentar una desviación bucal o hipotonía en dichas estructuras hará que, de manera inconsciente, el paciente genere malos hábitos y, por lo tanto, desarrolle posibles mordidas abiertas, cruzadas o deglución atípica entre otros. De acuerdo con dicha afirmación podemos encontrar a Pereyra (30) y Rojas et. al (31) quienes conducen la aplicación del tratamiento al desequilibrio muscular que produce la parálisis facial, así como a los trastornos funcionales que pueden generar, como son: problemas de deglución, masticación y habla^{30,31}; afectaciones en las que se requiere inevitablemente la figura de un logopeda.

A pesar de todo ello, no se ha encontrado información relevante con lo explicado anteriormente, puesto a que en ninguno de los diecinueve casos clínicos presentados plantea disfunciones provocadas por la parálisis facial.

Con respecto a la exploración, se comprueba la importancia de valorar no solo la funcionalidad sino también la sensibilidad del nervio en ambos hemilados faciales. En lo que respecta a las pruebas complementarias, la combinación de todas ellas permite a los profesionales establecer un diagnóstico correcto sobre la patología, para su posterior intervención.

Tal y como se ha demostrado en varios de los artículos, las pautas de tratamiento a nivel médico que se establecen para tratar la parálisis facial, se relacionan con la administración de corticoides o derivados de este, así como el uso de lágrimas

artificiales o protectores oculares. Aquellos casos donde la afectación sea más severa o por su etiología, se requerirá de intervención quirúrgica. Dichas pautas tratan de disminuir la sintomatología que presenta o eliminar la causa que provoca parálisis facial.

Partiendo de los resultados obtenidos anteriormente, la figura del logopeda no se encuentra representada, exclusivamente en uno de los casos sin especificar cuál es su función dentro de la rehabilitación. En el caso de los fisioterapeutas, su papel tampoco es muy visible, a pesar de encontrarse en un número mayor de casos en comparación con los logopedas, su representación es mínima. Para obtener una buena recuperación funcional, no basta con regenerar la funcionalidad del nervio, es necesario que la musculatura se encuentre en perfectas condiciones para que su funcionamiento sea óptimo. Para poder actuar sobre los músculos, y de manera indirecta sobre la piel, se requiere de técnicas como: inmovilización, termoterapia, estimulación, técnicas de masoterapia y ejercicios activos³⁰. Dichas técnicas serían realizadas por los fisioterapeutas. Por otro lado, el tratamiento miofuncional debe de realizarse por un profesional especializado en logopedia encargado de prevenir, evaluar, diagnosticar, educar y rehabilitar alteraciones que comprometan la funcionalidad orofacial. En los casos de parálisis facial periférica, dicha técnica reeduca la zona afectada, mejorando movilidad, tonicidad, funcionalidad de los movimientos relacionados con el habla, masticación y deglución³¹. Por todo ello, sería imprescindible la combinación de técnicas rehabilitadoras realizadas por ambos profesionales, sin embargo, no se encuentra visible en el trabajo realizado.

Tras la realización de la presente revisión sistemática, son innumerables los artículos que no recogen la figura logopédica dentro de sus técnicas de rehabilitación siendo estos unos profesionales indispensables no solo por la mejora de calidad de vida que pueden brindar a los pacientes funcionalmente hablando, sino también de manera estética aspecto que afecta de manera psicológica a todo aquel que padece parálisis facial.

CONCLUSIONES

Partiendo de los resultados obtenidos del desarrollo de esta revisión sistemática se pueden concretar los siguientes puntos:

- 1- La parálisis facial es un trastorno neurológico más habitual de lo que se considera. Presenta una etiología muy variada puesto que puede aparecer por una afección directa sobre el nervio o como consecuencia de otros procesos médicos.
- 2- No existe una prevalencia clara en cuanto a sexo se refiere, así como en edades. La parálisis facial, puede estar presente en cualquier momento con independencia de la edad que presente el paciente.
- 3- Importancia de realizar técnicas de exploración, así como de las pruebas complementarias que se deben ejecutar, para conocer la etiología causante de la parálisis facial y poder así hacerle frente.
- 4- La sintomatología que ocasiona afecta no solo a nivel orgánico, sino también a nivel funcional y estético, afectando gravemente a la imagen propia del paciente.
- 5- La figura del logopeda no se encuentra presente en la mayoría de los artículos, por el contrario, sí que resaltan la importancia de rehabilitar la funcionalidad motriz de la musculatura facial, sin mencionar que profesional logra dicho objetivo.
- 6- En cuanto al resto de terapias planteadas, deberían estar más presentes, ya que son fundamentales para una óptima recuperación por parte del paciente, sin embargo, tanto la fisioterapia como la logopedia, no adquieren un papel muy visible, a pesar de ser fundamentales.
- 7- El papel de los logopedas no está todavía muy representado en temas como la parálisis facial periférica. Es fundamental reconocer la figura e implicación del logopeda, en relación a las afecciones funcionales que ocasiona la parálisis facial, tales como deglución, masticación y habla.
- 8- El papel de los fisioterapeutas, tiene más visibilidad que la de los logopedas, pero sigue sin ser suficiente en ambos casos.

9- El trabajo multidisciplinar abarcando todas las afecciones que causa la parálisis facial, siendo tratadas por el profesional especializado para ello, logra un resultado óptimo, mejorando la calidad de vida de los pacientes. De ahí la importancia del trabajo en equipo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Luisa M, Escobar C, Naranjo IC. Exploración de los pares craneales [Internet]. Wordpress.com. [citado el 22 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://medfamcom.files.wordpress.com/2012/08/pares-craneanos.pdf>
- 2- Pardal Fernández JM, García Álvarez G, Jerez García P, Marco Giner J, Almodóvar Álvarez C. Parálisis facial periférica. Utilidad de la neurofisiología clínica. Rev Neurol [Internet]. 2003 [citado el 27 de marzo de 2023];36(10):991. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=624747#:~:text=Par%C3%A1lisis%20facial%20perif%C3%A9rica%3A%20Utilidad%20de%20la%20neurofisiolog%C3%ADa%20cl%C3%ADnica,neurolog%C3%ADa%2C%20ISSN0210-0010%2C%20Vol.%2036%2C%20N%C2%BA.%2010%2C%202003%2C%20p%C3%A1g.991>
- 3- Benítez S. S, Danilla E. S, Troncoso O. E, F. Kinesióloga AM, A. Kinesióloga JM. MANEJO INTEGRAL DE LA PARÁLISIS FACIAL. Rev médica Clín Las Condes [Internet]. 2016;27(1):22–8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864016000055>
- 4- Fernández López RG, Carbajal Delgado E, Reyes Mendoza FJ. Parálisis facial periférica tardía, después de la extracción quirúrgica de tercer molar inferior. Presentación de caso clínico. Rev Odontol Mex [Internet]. 2009 Aug 26. [citado el 22 de marzo de 2023];13(4):234–7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2009000400234
- 5- Rodríguez-Ortiz MD, Mangas-Martínez S, Ortiz-Reyes MG, Rosete-Gil HS, Vales-Hidalgo O, Hinojosa-González R. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Arco Neurocién [Internet]. 2011 [citado el 22 de marzo de 2023];16(3):148–55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=32547>
- 6- Rondón CH. Parálisis facial periférica. Rev Méd Clín Condes [Internet]. 2009 [citado el 23 de marzo de 2023];528–35. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-530380>
- 7- Robla-Costales D, Robla-Costales J, Socolovsky M, di Masi G, Fernández J, Campero Á. Cirugía de la parálisis facial. Conceptos actuales. Neurocirugía (astur) [Internet]. 2015 Sep [citado el 23 de marzo de 2023];26(5):224–33. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113014731400150X>
- 8- Saborío Cervantes IE, Villalobos Bonilla D, Bolaños Parajeles C. Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. Rev Médica Sinerg [Internet]. 2019 Jun [citado el 25 de marzo de 2023];4(6):81–9. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=87345>
- 9- Rica C, Vásquez H, Huete Vásquez R. RELACIONES INTERMAXILARES EN UNA PACIENTE CON PARÁLISIS FACIAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

- [Internet]. Redalyc.org. [citado el 25 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227907004.pdf>
- 10-Ubillus-Carrasco GE, Sánchez-Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial. Rev faval. Cuerpo Med HNAAA [Internet]. 2018 [citado el 25 de marzo de 2023];11(4):258–67. Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/470>
 - 11-Tessitore A, Paschoal JR, Pfeilsticker LN. Avaliação de um protocolo da reabilitação orofacial na paralisia facial periférica: evaluation of an orofacial rehabilitation protocol. Rev CEFAC [Internet]. 2009 [citado el 25 de marzo de 2023];11(suplemento 3):432–40. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rcefaca/a/Gbm86tFX9bbjngc6qVnzWBQ/>
 - 12-Caballero AM. Rehabilitación de las parálisis faciales centrales y periféricas. EMC - Kinesiterapia - Med Fís [Internet]. 2003 Jan; [citado el 25 de marzo de 2023]24(2):1–15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1293296503719410>
 - 13-Granero-Pérez M, Martí-Amela AB. Fisioterapia en parálisis facial idiopática. Revisión sistemática. Fisioter (Madr, Ed, Impresa) [Internet]. 2021[citado el 25 de marzo de 2023];43(2):85–95. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211563820301012>
 - 14-Avendaño-Sosa GM, Sánchez-Ramón J, Valier-Izquierdo CY, Chapital-Solís BR, Arcos González IR. Experiencia en el manejo de parálisis facial periférica con vendaje neuromuscular en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Tabasco. Salud en Tabasco [Internet]. 2015[citado el 25 de marzo de 2023];21(2–3):71–7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48745738005>
 - 15-De Este Número Más Revistas Búsqueda Í, Médica R, Número DI, -October S. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2004/im045i.pdf>
 - 16-Oido I, Souvirón Encabo R, Oviedo CM, Scola B. TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA. CIRUGIA DEL NERVIOS FACIAL [Internet]. Seorl.net. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://seorl.net/PDF/Otologia/040%20-%20TRATAMIENTO%20DE%20LA%20PAR%3%81LISIS%20FACIAL%20PERIF%3%89RICA.pdf>
 - 17-Bauso D. Parálisis facial idiopática o parálisis de Bell. Evidencia, actualización en la práctica ambulatoria [Internet]. 2021 [citado el 26 de marzo de 2023];9(1). Disponible en: https://www.academia.edu/55505313/Par%3%A1lisis_facial_idiop%C3%A1tica_o_pa_r%C3%A1lisis_de_Bell
 - 18-Navarro MP, Garcés E, Marín M, Santos S. Parálisis facial bilateral. Hosp. Royo Villanova [Internet]. Dialnet.unirioja.es. [citado el 26 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=4477440>
 - 19-González-Darder JM, Pseudo-Martínez JV. Parálisis facial por angioma cavernoso del peñasco: Caso clínico. Neurocirugía (astur) [Internet]. 2007 [citado el 26 de

- marzo de 2023];18(1):44–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732007000100006
- 20-Valencia Gómez RE, Buitrago Martín CL, Saavedra Porras LI, Arce Galvez L. Parálisis facial periférica posterior a bloqueo de glosofaríngeo: Reporte de un caso. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2022 [citado el 28 de marzo de 2023];29(2):114–8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462022000300007
- 21-Foguet Q, Mascaró Ò, Maria Aragonés J, Moros S. Parálisis facial posparto. Med Clin (Barc) [Internet]. 2008 [citado el 24 de junio de 2023];131(1):38. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-paralisis-facial-posparto-13123042>
- 22-Erro ME, Urriza J, Gila L, Orbara E, Gurtubay IG de. Parálisis facial bilateral secundaria a infección por virus de Epstein-Barr. An Sist Sanit Navar [Internet]. 2010 [citado el 28 de marzo de 2023];33(1):107–12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3210377>
- 23-Valdez González J, Román Pérez FJ, Ponce Moreno B, Pérez Guerra E, Martín Díaz V. Parálisis facial: ¿siempre parálisis de Bell? Rev clín med fam [Internet]. 2013 [citado el 31 de marzo de 2023];6(3):169–71. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2013000300008
- 24-Leon-Sarmiento FE, Montoya MC, Camacho JE, Bayona-Prieto J, Bayona E. Hemiplejía con dos signos de Babinski. Medicina (B Aires) [Internet]. 2007 [citado el 31 de marzo de 2023];67(4):374–6. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802007000400009
- 25-Payá-Rubio A, Navarro-Monsoliu R, Climent-Alberola I, Redondo-Aguirre M. Parálisis facial periférico recurrente y alternante en un servicio de Rehabilitación. Rehabil (Madrid, Internet) [Internet]. 2019 [citado el 31 de marzo de 2023];53(1):60–4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-rehabilitacion-120-articulo-paralisis-facial-periferica-recurrente-alternante-S0048712018300951>
- 26-Ignacio J, Ayala P, Cristina Vélez Velásquez I, Alzate JE, María L, Tavera U, et al. Reporte de caso: parálisis facial periférica bilateral postraumática Reporte de caso: parálisis facial periférica bilateral postraumática [Internet]. Redalyc.org. [citado el 31 de marzo de 2023]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1590/159017434013.pdf>
- 27-Amaya FA, Yáñez MM, Seara AP, Barro JCV. Parálisis facial secundaria a tuberculosis de oído medio: a propósito de un caso. Acta Otorrinolaringológica Gallega [Internet]. 2016 [citado el 2 de abril de 2023];(9):72–8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6126225>
- 28-De los casos no se llega a establecer una etiología precisa en la MP, Parálisis D-MI, Autores D, Del siglo pasado el F, La atención sobre HL, Parálisis C, et al. PARALISIS FACIAL PERIFERICA RECIDIVANTE Y ALTERNANTE

- [Internet]. Scielo.br. [citado el 2 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/anp/a/LSX6YDsQwRmQddJjQpgjRZH/?format=pdf>
- 29-Cavalcante TM, Gubert VT, Lima C de D, Luciano LA, Croda MG, Venturini J, et al. Parálisis facial periférica tardía después de COVID-19: una revisión sistemática rápida y dos informes de casos. J Venom Anim Toxins Incl Trop Dis [Internet]. 2022 [citado el 2 de abril de 2023];28:e20220020. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36305011/>
- 30-Kafer JP. TRATAMIENTO DE LA PARÁLISIS FACIAL [Internet]. Scielo.br. [citado el 2 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/anp/a/xk8RkRnpyjNHYqhQbBdDtB/?format=pdf>
- 31-Jaimes MX, Peralta S, Angie C, Rodríguez CF, Ramírez AJ. Efectividad de la terapia miofuncional en la parálisis facial de tipo periférica y central en la población infantil y adulta. Rev. Cient. Signos Fónicos [Internet]. 2020 [citado el 8 de mayo];6(2): 24-42. Disponible en: https://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/CDH/article/download/4416/2577