

PÁRALISIS DE DE BELL

(Parálisis facial periférica)

INTRODUCCIÓN.

«Las expresiones faciales de los seres humanos me fascinan porque transportan los placeres más bajos, más bestiales y las emociones más fuertes y gentiles del espíritu.»(1). Con estas palabras, Charles Bell definió la importancia de la parálisis facial periférica, la cual elimina la simetría facial, uno de los atributos de la belleza, y crea una cara desfigurada. Sir Charles Bell, un anatomista y cirujano escocés, describió la innervación de los músculos faciales y la piel de la cara. Fue un gran estudioso de la parálisis del nervio facial y por eso se designa como parálisis de Bell a una parálisis facial aguda, periférica de causa no aparente. Cabe mencionar que dicho epónimo se da como un diagnóstico cuando todas las causas actualmente reconocidas han sido eliminadas. Así como la lista de causas conocidas crece, el término de parálisis de Bell se encoge (2). Aproximadamente un tercio de los casos de debilidad facial periférica son causadas por trauma, diabetes mellitus, hipertensión, eclampsia, síndrome de Ramsay-Hunt, enfermedad de Lyme, sarcoidosis, síndrome de Sjogren, tumores de la glándula parótida y amiloidosis, mientras que las dos terceras partes restantes son idiopáticas (parálisis de Bell) (3, 4).

EPIDEMIOLOGÍA Y PATOGÉNESIS.

El índice anual de incidencia se encuentra entre 20 a 30 pacientes por cada 100,000. No existe una predilección racial, geográfica o de sexo, pero el riesgo es tres veces mayor durante el embarazo, especialmente en el tercer trimestre. Existe un 8 a 10% de incidencia de recurrencia y la diabetes está presente en 5 a 10% de los pacientes (3). A pesar de no haber una causa aparente existe controversia actual del mecanismo que desencadena la parálisis. Se ha sugerido una reactivación del virus herpes simple tipo 1 como causante de una inflamación y edema en el conducto de Falopio resultando en una parálisis facial.

Independientemente de la verdadera causa de la Parálisis de Bell, es un hecho que dependiendo del grado de daño ocasionado, el nervio facial irá perdiendo función en una manera gradual. Si el edema es mínimo, el nervio estará intacto y un bloqueo de la conducción será el único resultado y el nervio recuperará su función rápidamente, sin déficit. En la medida en que el daño al nervio aumente, las secuelas se irán agravando.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS.

- Entumecimiento o debilidad leve o parálisis completa de un lado de la cara.
- Rostro caído de un lado de la cara. Dificultad para realizar expresiones faciales, sonreír, cerrar ojo de lado afectado.
- Salivación, babeo.
- Lagrimeo.
- Molestia a ruidos intensos.
- Pérdida del sentido del gusto.
- Puede iniciar con dolor atrás de la oreja. (días antes).
- Desaparecen pliegues de la frente.
- Desviación de la boca hacia el lado contrario de la lesión.

Algunos de los pacientes pueden tener todos los síntomas y otros algunos de ellos.

DIAGNÓSTICO.

Se realiza en base al interrogatorio y a la exploración que realiza el médico, siempre haciendo la diferenciación si el origen es de lesión cerebral o del nervio facial (ya fuera del cerebro).

TRATAMIENTO.

Importante acudir a la brevedad con su médico quien decidirá si lo envía al especialista correspondiente y/o inicia tratamiento medicamentoso, sin olvidar que forma parte importante la terapia física y rehabilitación.

PRONÓSTICO.

Generalmente es bueno. La mayor parte de los pacientes se recuperan de 2 a 6 meses. Puede haber pacientes que lo hagan en corto tiempo pero otros en más. En algunos casos, mínimos, pueden quedar secuelas. En 10% de los pacientes que tuvieron parálisis de Bell puede repetir.

Dr. Fernando Lara Soto.

Neurólogo.

Tlacotalpan 59, Torre Diamante 6o. piso cons. 610

Col. Roma Sur. 06760, tel. 5584 4455, cel 55 2128 5697.

México, Cd. Mx.

1. Bell C. *The nervous system of the human body*. London: Longman, 1830.
2. James DG. *All that palsies is not Bell's*. *J R Soc Med* 1996; 89: 184-187.
3. Peitersen E. *Bell's palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies*. *Acta Otolaryngol* 2002; Suppl 549: 4-30.
4. Murakami S, Mizobuchi M, Nakashiro Y, Doi T, Hato N, Yanagihara N. *Bell palsy and herpes simplex virus: identification of viral DNA in endoneurial fluid and muscle*. *Ann Intern Med* 1996; 124: 27-30.
5. Danner CJ. Facial Nerve Paralysis. *Otolaryngol Clin N Am* 2008: 619-632.
6. Tiemstra JD, Khatkhate N. Bell's palsy: Diagnosis and management. *Am Fam Physician* 2007; 76: 997-1002, 1004