

11222
29.9

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina

SUBJEFATURA DE REHABILITACION C.M.N.

I. M. S. S.



ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DE LA
PARALISIS FACIAL IDIOPATICA

Vo Bo
LM

T E S I S

Que para obtener el Título de
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA
Y REHABILITACION

P r e s e n t a

Dra. María Teresa González Molina

15 DE FEBRERO DE 1985 MEXICO, D.F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION

MARCO TEORICO REFERENCIAL

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

La parálisis facial es uno de los problemas importantes a los que se enfrenta el médico fisiatra debido a su frecuencia - (20 personas, 100,000 por año) (5), a la complejidad de su manejo y a la falta de metodología en el flujo de éstos pacientes.

La parálisis facial implica para su manejo no solo la participación del médico fisiatra sino de varios profesionales para una correcta terapéutica.

La carencia de datos estadísticos concretos en nuestro medio es uno de los problemas básicos a los que debemos de enfrentarnos, ya que éstos nos deberan servir como punto de partida -- para estudios más concretos sobre su manejo.

El objetivo principal del presente trabajo es dadas las características de un Hospital General de Zona, el aportar datos epidemiológicos y algunos clínicos sobre el comportamiento y manejo de la parálisis facial, haciendo un estudio comparativo con las casuísticas universales conocidas y dar sugerencias con los resultados obtenidos.

Las hipótesis de trabajo son las siguientes :

- 1.- Los datos estadísticos epidemiológicos de la parálisis facial en nuestro medio no difieren de los reportados en la casuística internacional (17).
- 2.- Las edades más frecuentes en que se presenta la parálisis facial es en la tercera y cuarta década de la vida (17).

- 3.- El tratamiento con la administración oral de prednisona acorta el tiempo de evolución del padecimiento y el bloqueo de conducción nerviosa (5).
- 4.- La diferencia de presentación del padecimiento para ambos sexos no es significativa (17).
- 5.- La época del año no es significativa en la aparición de parálisis facial (17).
- 6.- Menos del 10% de los pacientes que presentan parálisis facial ameritan tratamiento quirúrgico (6).
- 7.- El tiempo en que es enviado el paciente al servicio de Medicina Física es de más de 3 semanas (15).
- 8.- No hay relación entre los factores predisponentes y la presencia de parálisis facial (17).
- 9.- El tiempo de recuperación de la parálisis facial con --tratamiento fisiátrico es de 2-3 meses (15).
- 10.- El 25% de los pacientes quedan con alguna secuela (18).
- 11.- La incidencia de presentación de parálisis facial residivante y alternante varía entre un 7 y 15% (11).

Para llevar a cabo el presente trabajo se revisaron 123 casos de parálisis facial periférica idiopática que se atendieron durante el presente año en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación.

Se hizo el seguimiento de los mismos sin hacer un manejo dirigido, con objeto de obtener datos más confiables.

Se recurrió a las fuentes estadísticas existentes - como son: el archivo clínico, la hoja de control de pacientes, el expediente médico, anuarios estadísticos del I.M.S.S. y se efectuó una revisión bibliográfica amplia con el fin de obtener referencias para los objetivos del trabajo.

ANATOMIA

VII.- Par craneal. Nervio Facial

El séptimo par es motor para los músculos de la expresión facial, conduce la sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua y proporciona sensibilidad general en algunas porciones del oído externo.

El núcleo motor del nervio facial se encuentra situado profundamente en la protuberancia. A partir del núcleo, las fibras se dirigen dorsal y medialmente rodeando el núcleo del oculomotor externo, y después, en dirección ventral lateral y caudal salen de la protuberancia a nivel de la unión bulboprotuberancial. El nervio facial pasa por el conducto auditivo interno, junto con el nervio auditivo, y penetra en el canal facial del hueso temporal.

El conducto facial se dobla alrededor del límite anterior del vestíbulo del oído interno.

En éste angulo se encuentra el ganglio geniculado. -- Distalmente al ganglio geniculado, el nervio facial da origen a la cuerda del tímpano, cuyas fibras, a través del nervio lingual, conducen la sensibilidad gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua.

El nervio facial abandona el canal facial por el agujero estilomastoideo, pasa a través de la glándula parótida e inerva los músculos de la cara, el vientre posterior del digastrico el músculo estilogloideo, el bucinador y el cutáneo del cuello. Una rama pequeña abandona el nervio a --

nivel del canal facial y llega al músculo del estribo.

La porción sensitiva del nervio facial se origina en el ganglio geniculado y consta de ramos periféricos y centrales provenientes de células unipolares en el ganglio.

Los ramos centrales forman el nervio intermediario - - (nervio de Wrisberg) y terminan en la porción superior del núcleo del has solitario en la protuberancia.

Los ramos periféricos provienen de las papilas del - - gusto de los dos tercios anteriores de la lengua y alcanzan el ganglio por el nervio lingual, la cuerda del tímpano y un segmento muy corto del nervio facial. Unas cuantas fibras - que conducen impulsos sensitivos somáticos generales del pabellón de la oreja también tienen sus células de origen en el ganglio geniculado.

El nervio facial también lleva fibras parasimpáticas - (secretoras y vasodilatadoras), del núcleo salivatorio superior. Estas fibras abandonan el nervio facial a través de la cuerda del tímpano así como a través del nervio petroso superficial mayor, pasando a los ganglios submaxilar y esfenopalatino donde establecen sinapsis con células postganglionares cuyas fibras inervan las glándulas submaxilares, sublinguales, lagrimales y los vasos de la membrana mucosa del paladar, nasofaringe y cavidad nasal.

MUSCULOS FACIALES

Los músculos de la cara son 17, se dividen en 3 grupos, que son los siguientes:

- 1) Músculos de los párpados
 - 2) Músculos de la nariz
 - 3) Músculos de los labios.
-
- 1) Músculos de los párpados son 3 ;
 - a) Orbicular de los párpados
 - b) superciliar
 - c) Frontal

 - 2) Músculos de la nariz
 - a) Piramidal
 - b) Transverso de la nariz
 - c) Mirtiforme
 - d) Compresor nasal
 - e) Elevador común del ala de la nariz y labio superior.

 - 3) Músculos de los labios
 - a) Orbicular de los labios
 - b) Cigomático menor
 - c) Canino
 - d) Cigomático mayor
 - e) Risorio de santorini
 - f) Bucinador
 - g) Triangular de los labios
 - h) Cuadrado de la barba
 - j) Borla de la barba

DEFINICION:

Se denomina Parálisis de Bell a la parálisis facial de tipo periférica y de comienzo agudo, en la que no puede demostrarse su causa.

ETIOLOGIA:

Puede ser por lesión de la médula ó del nervio en algún tramo de su trayecto.

La más frecuente es a Frigore, afecta más frecuentemente a adultos de edad avanzada, es de inicio brusco y no se afecta el estado general.

Otras causas de parálisis de Bell pueden ser traumatismos craneales del peñasco, compresiones óseas ó tumorales, meningitis basilar, procesos toxiinfecciosos, polioencefalitis, sarcoidosis, tumores parotídeos, caries del peñasco, otitis media agudas ó crónicas, la cirugía sobre mastoides y glándula tiroídes, traumatismos craneales, aplicación de fórceps (parálisis obstétrica), neurinomas del acústico.

PARALISIS FACIAL PERIFERICA IDIOPATICA

FISIOPATOLOGIA :

La parálisis de Bell es la más frecuente, su etiología en la mayoría de los casos es desconocida, con el advenimiento de técnicas de microcirugía para exploración del nervio facial durante varios estadios de la parálisis.

Se ha encontrado en la fase aguda edema marcado con el nervio bajo tensión. La causa del edema y su relación con la parálisis se desconoce. El grado de compresión necesaria para bloquear la conducción nerviosa no ocurre clínicamente el efecto dañino de la presión sobre el nervio se relaciona con la oclusión de los vasos sanguíneos.

Existen dos hipótesis sobre la patogénesis (5).

- 1.- La teoría de la isquemia primaria; la cuál postula una disfunción del sistema nervioso autónomo, que produce un espasmo artrial y trombosis en los vasos que nutren al nervio, con rigidez del canal óseo.
- 2.- La hipótesis de isquemia secundaria, intenta relacionar la inflamación primaria, viral ó inmunológica al edema con alteraciones subsecuentes de la microcirculación, - que llevan a la pérdida de la conductibilidad nerviosa concordando ambas hipótesis en que el resultado del proceso es la anoxia con dilatación compensatoria de los vasos y trasudación, continuando el incremento de los efectos de la compresión vascular.

El dolor intermitente retroauricular que se presenta en el 70% de los pacientes se debe probablemente a dilatación de los vasos sanguíneos al igual que la migraña.

No se han demostrado fibras nerviosas sensoriales del nervio facial.

La lesión del nervio facial puede sufrir daño en 3 - grados: (15)

- a) Bloqueo de conducción
- b) Denervación parcial
- c) Denervación completa

El bloqueo de conducción se explica por si solo y produce una parálisis incompleta, la recuperación es rápida.

En la denervación completa hay destrucción de los - - axones por atrás del nivel de lesión y la recuperación - funcional depende de la regeneración axonal, la cuál frecuentemente falla su camino correcto con lo cuál no hay - recuperación.

En la denervación parcial hay una combinación de los - dos anteriores y la proporción entre ambos puede variar - de un extremo a otro, y el comportamiento clínico se relaciona estrechamente con éste.

CUADRO CLINICO

En la Parálisis facial periférica hay pérdida de la moti-
lidad voluntaria y refleja de los músculos inervados por el -
VII par; el tono muscular está abolido por ejemplo parálisis -
facial aguda a frigore de inicio brusco, precedido de molestias
vagas alrededor de la oreja, la boca desviada al lado sano, La
asimetría aumenta al contraer músculos faciales. Al arrugar la
frente al paciente, se le forman pliegues de dirección trans-
versal en el lado sano, mientras que apenas se forman en el -
lado enfermo; al fruncir el entrecejo (superciliar) no se for-
ma pliegue vertical en el lado afectado, en reposo es mayor la
apertura palpebral en el lado paralizado.

Si intenta cerrar los ojos, no lo logra en el lado enfer-
mo a causa de la parálisis del orbicular de los párpados, la -
apertura palpebral permanece entreabierto, hasta quedar al des-
cubierto el movimiento fisiológico de elevación del globo ocu-
lar que se produce al cerrar los ojos (Signo de Charles Bell).

La hipotonía del orbicular y parálisis del músculo de -
Horner producen alejamiento del punto lagrimal de la región del
saco lagrimal (Epifora) debida a la inadecuada aplicación del-
parpaño inferior en la región del lago, por lo que la secreción
lagrimal se estanca (Lagooftalmo), y acaba sobresaliendo y de-
ramandose.

Si se le pide al paciente que dirija hacia arriba la mi-
rada, no acompaña al acto la contracción sinérgica del músculo
frontal del lado afectado, y además el globo ocular parece ele-
varse más del lado sano (Signo Bulbopalpebral ó Hiperkinético
de negro).

Durante una fuerte inspiración el ala de la nariz en vez de elevarse se deprime pasivamente aspirada por el lado enfermo.

La desviación de la comisura bucal hacia el lado sano -- donde aparece más elevada, se acentúa cuando el paciente come, habla ó sonríe, al abrir la boca adquiere contorno oval (Signo de Pitress).

La parálisis del bucinador se manifiesta por incapacidad de hinchar el carrillo, silbar ó soplar, escapándose el aire a través de la comisura bucal del lado enfermo, al comer los alimentos se acumulan en la encía y carrillo del lado enfermo.

El músculo cutáneo del cuello no se contrae, se le pide al paciente que abra con fuerza la boca, mientras que con nuetra mano nos oponemos al acto las digitaciones del cutáneo no son perceptibles en el lado enfermo.

La motilidad refleja también se encuentra abolida demostrada por desaparición del reflejo corneal y conjuntival el tono muscular está abolido, mitad facial enferma aparece flácida el trofismo muscular esta alterado.

VARIEDADES DE PARALISIS FACIAL SEGUN EL NIVEL DE LA LESION:

- A.- Lesión situada por abajo del agujero estilomastoideo parálisis hemicara descritos.
- B.- Lesión situada entre salida de la cuerda del tímpano y ramo estapedio: parálisis hemicara con ageusia (pérdida de la sensibilidad gustativa) en los dos tercios anteriores de la lengua y disminución de la secreción salival (hiposialia) en la glándula submaxilar correspondiente.

- C.- Lesión situada entre el ramo del estapedio y ganglio geniculado, los síntomas son los de las dos variedades anteriores (prosoplejía, ageusia e hiposialia) además de hiperacusia dolorosa consecuencia de la parálisis del estribo, quedando el tímpano relajado y queda a merced de las vibraciones sonoras.
- D.- Lesión entre ganglio geniculado y conducto auditivo interno produce prosoplejía con conservación de la sensibilidad gustativa y disminución de las secreciones salival y lacrimal.
- E.- Lesión entre conducto auditivo interno y origen aparente del nervio determina prosoplejía, conservación del sentido del gusto y disminución de las secreciones salival, submaxilar y lacrimal, con esta variedad de parálisis aislada del VII par es rara, frecuentemente se asocia con parálisis de otros pares craneales vecinos (neuralgia trigeminal al actuar la causa sobre varios de ellos, tumor, placa meningea).

PRONOSTICO

El pronóstico en la Parálisis Facial se puede establecer en la primera semana (18), mediante el estudio de la velocidad de conducción en las ramas del nervio facial. Se realiza con estimulación eléctrica percutánea en apófisis mastoideas y captando en el músculo orbicular del ojo (15).

En sujetos normales es de 2.5 mseg (\pm 0.5 mseg) en sujetos anormales puede ser más de 4 mseg.

Cuando hay bloqueo de conducción la latencia no pasa de 4 mseg.

En la denervación parcial hay lentitud en la conducción; y en la denervación total hay lentitud en la conducción y amplitud en la respuesta que termina con inexorabilidad en 5-6 días después del ataque.

El manejo apropiado depende de la detección temprana de denervación.

Hay algunos estudios que han intentado pronosticar la Parálisis Facial por medio de la edad, densidad de la Parálisis y severidad del dolor, encontrándose de valor muy relativo.

El estudio electromiográfico con aguja es concluyente, pero se presenta después del 7o. días ó hasta después de 2-3 semanas (15).

TRATAMIENTO.

A pesar de todos los esfuerzos realizados por los especialistas, aún no se ha logrado encontrar un tratamiento eficiente en el 100% de los casos para la Parálisis Facial Periférica, pero afortunadamente la mayoría presentan mejoría - importante con el tratamiento establecido.

Antes de iniciar el tratamiento es necesario efectuar el examen muscular, utilizando la siguiente clasificación:

5. Normal
4. Músculo que da simetría con su homólogo y además - vence resistencia pero en menor grado que el lado sano.
3. Músculo que da simetría con su músculo homólogo - pero no vence resistencia.
2. Músculo que tiene contracción voluntaria pero no da simetría.
1. Músculo que únicamente tiene contracción fibrilar.
0. Músculo sin ninguna contracción.

Tratamiento:

- 1.- Rayos infrarojos: tienen el objeto de producir vaso dilatación. Se aplican por 10 minutos a 60 cms. de distancia.

- 2.- Masaje facial.- sirve para estimular la circulación
- 3.- Estimulaciones eléctricas: con corriente galvanica, se efectúa en cada músculo, estimulando 30 veces con un impulso de 100 mseg. de duración, repartidos 3 - veces dando 90 contracciones al músculo. El objeto de su uso es evitar la atrofia muscular.
- 4.- Reeduación muscular: evita la atrofia muscular por desuso.
- 5.- Prednisona (5): a dosis de 60 mgs/día por 8 días y 5 mgs/día por 10 días.

El modo de acción de esta parece ser la reducción del edema del nervio en el canal facial con disminución de la compresión vascular y permitiendo la restauración de la circulación al nervio con un aumento en la oxigenación. La necesidad de vasodilatación compensatoria es removida y el dolor es - - aliviado.

Se han usado otros métodos de tratamiento como el efectuado por Agopian y Boustany (1952) quienes efectuaron el bloqueo simpático del ganglio; sin embargo no se ha observado - mejoría con éste método.

La descompresión quirúrgica del nervio facial (6) está indicada en muy pocos casos, ya que se ha encontrado que la - lesión del nervio está situada frecuentemente dentro ó cerca del ganglio geniculado.

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó la revisión de expedientes clínicos comprendidos del 1° de Noviembre de 1983 al 1° de Noviembre de 1984, de los pacientes que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de Zona Francisco - del Paso y Troncoso.

Se seleccionaron los pacientes que presentaron parálisis facial periférica idiopática y se obtuvieron los siguientes datos :

Edad del paciente, sexo, lado afectado de la cara, el tiempo entre el inicio del padecimiento y el inicio del tratamiento, la duración del tratamiento, las enfermedades predisponentes, la etiología, el estudio electromiográfico y su reporte, el uso de prednisona, el uso de ultrasonido, la presencia del signo de Bell, la presencia de dolor hipoacusia, - simetría facial, secuelas, complicaciones, si la parálisis - fue recidivante, si fue alternante y los pacientes que abandonaron el tratamiento.

Se excluyeron aquellos casos que se atribuyeron a E.V.C. infección mastoidea y cirugía otológica.

A los pacientes que ingresaron al servicio durante el presente estudio con éste diagnóstico se les dio el tratamiento habitual que comprende prednisona a dosis 60 mgs/día por 8 días y 5 mgs/día por 10 días (5). Estimulaciones electricas. reeducación muscular y masoterapia, y se les efectuó estudio electromiográfico.

Posteriormente con los datos obtenidos se procedió a su ordenamiento y a efectuar el análisis estadístico de los datos, obteniendo tanto por ciento, media aritmética y desviación estandard de todos los datos.

RESULTADOS

TABLA No. 1 - CAUSAS DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA ENCONTRADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA FCO. DEL PASO Y TRONCOSO DURANTE 1984.

CAUSA	No. DE CASOS
IDIOPATICA	118
OBSTETRICA	1
TRAUMATICA	1
TRAUMA CRANEOENCEFALICO	1
HERPES	2

ETIOLOGIA	No. de Pacientes	Porcentaje
Idiopática	118	95.9 %
Otras	5	4.0 %

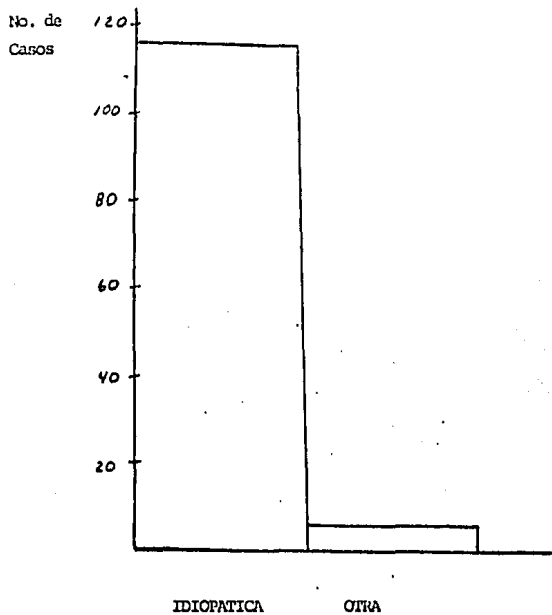
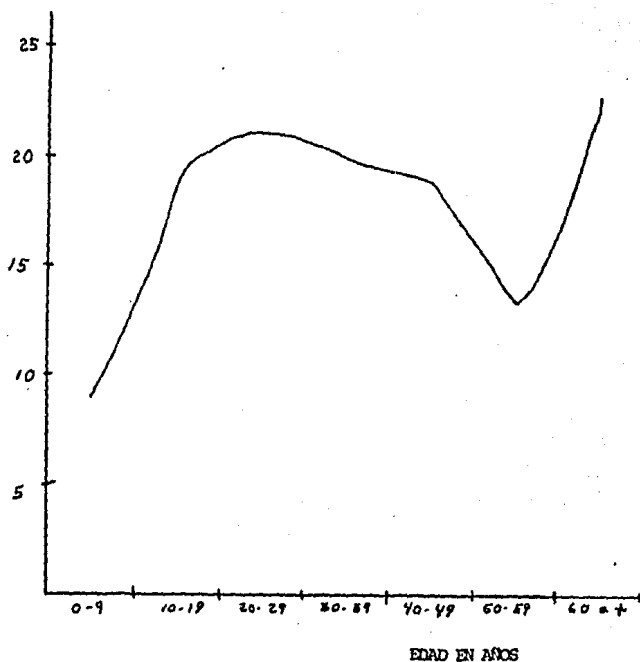


TABLA No. 2 - INCIDENCIA DE EDAD Y SEXO ESPECIFICOS DE PACIENTES CON PARALISIS FACIAL PERIFERICA ENCONTRADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA FCO. DEL PASO Y TRONCOSO DURANTE 1984.

EDAD	No. DE CASOS MASCULINO	No. DE CASOS FEMENINO
0 - 9	3	6
10 - 19	5	14
20 - 29	11	10
30 - 39	12	8
40 - 49	6	13
50 - 59	7	5
60 6 +	13	10
TOTAL.	57	66

No. de Casos



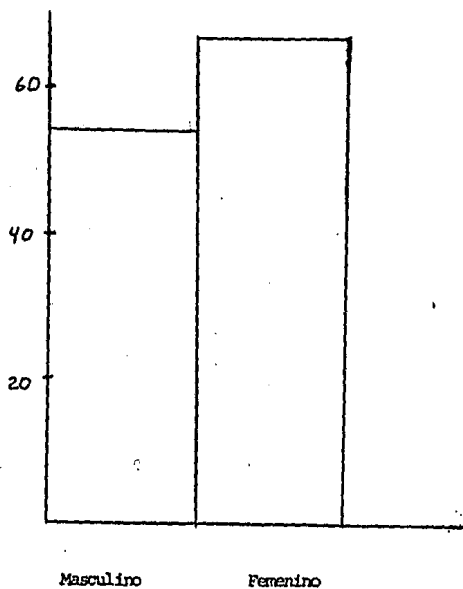
Incidenia de la Parálisis Facial por grupos de edad en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital General de Zona Fco. del Paso y Troncoso durante 1984.

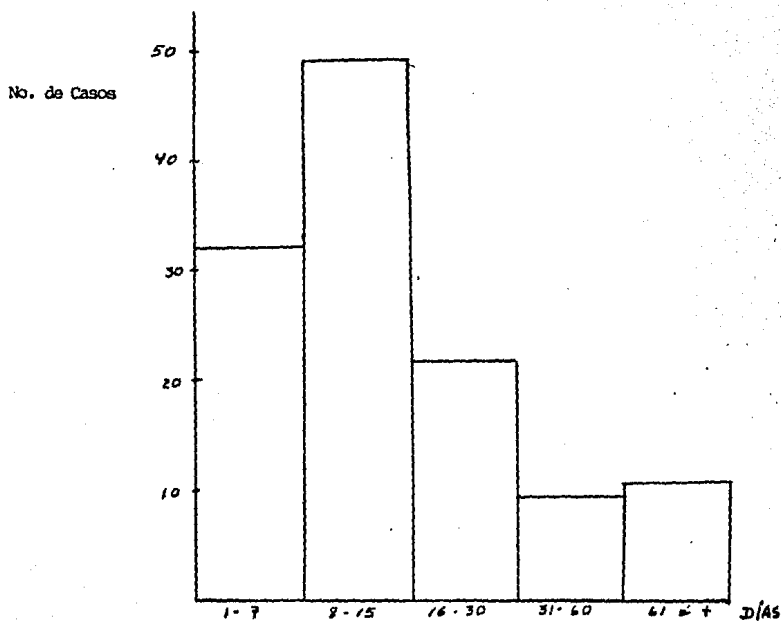
\bar{X} = 37 años.

D.S. = 5 años.

Sexo	Número de Pacientes	Porcentaje
Masculino	66	53.6 %
Femenino	57	46.3 %

No. de Casos

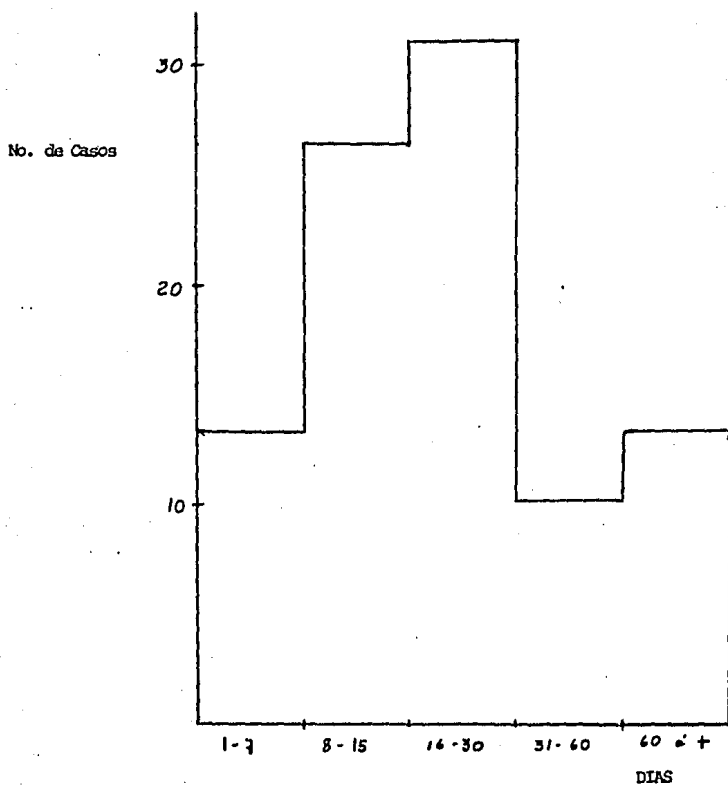




\bar{X} = 19 días

D.S. = 6 días

Grafica que muestra el tiempo transcurrido entre el inicio del padecimiento y el inicio del tratamiento en el Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital General de Zona Pco. del Paso y Troncoso en los pacientes con Parálisis Facial Periférica durante 1984.



Duración del tratamiento en el servicio de Medicina Física y Rehabilitación en el Hospital General de Zona Fco. del Paso y Troncoso en los pacientes con Parálisis Facial Periférica durante 1984.

\bar{X} = 27 días
 D.S. = 6 días

SEGMENTO AFECTADO	No. de Pacientes	Porcentaje
Derecho	66	53.6 %
Izquierdo	57	46.3 %

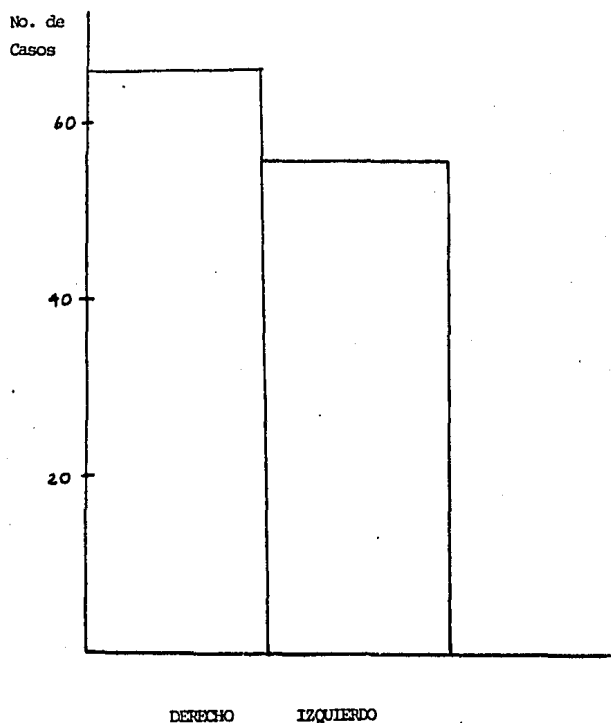
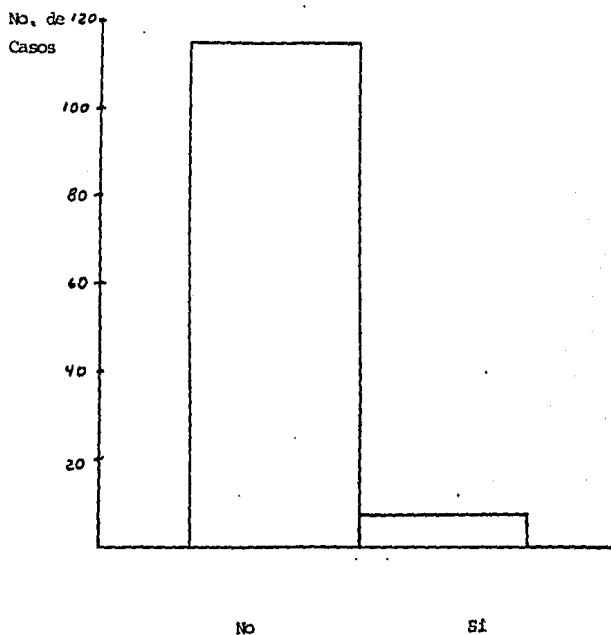


TABLA No. 3 - ENFERMEDADES CRONICAS POSIBLEMENTE RELACIONADAS
CON EL ATAQUE DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA EN EL ESTUDIO DE
123 PACIENTES.

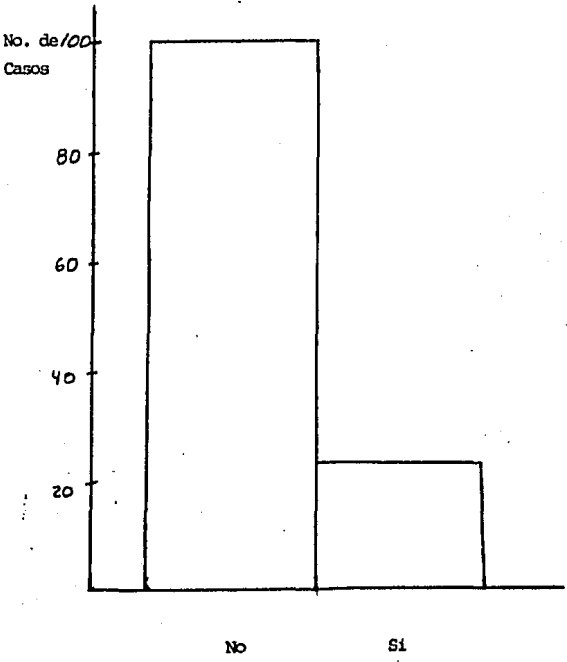
ENFERMEDAD	No. DE CASOS
DIABETES MELLITUS	13
HIPERTENSION ARTERIAL	6
ALCHOLISMO	1
ENFERMEDAD DE PARKINSON	1

Hipoacusia	No. de Pacientes	Porcentaje
Sí	7	5,6 %
No	116	94,3 %



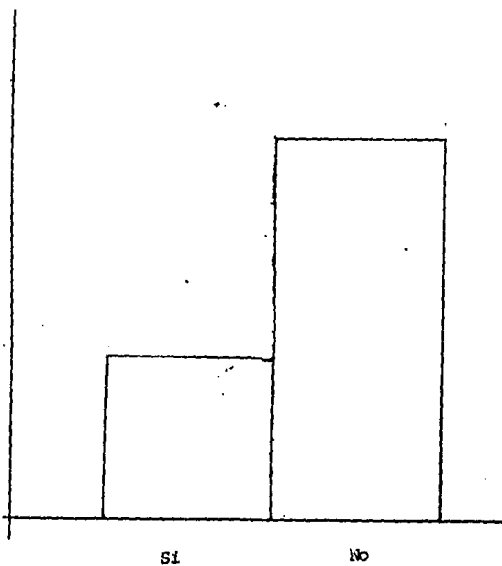
ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Prednisona	No. de Pacientes	Porcentaje
si	23	18.6 %
no	100	81.3 %



Secuelas	No. de Pacientes	Porcentaje
Si	37	30%
No	86	70%

No. de
Casos.



DISCUSION DE LOS RESULTADOS

Se efectuó una revisión de los pacientes con Parálisis facial periférica encontrando una incidencia del 11.7% del total de pacientes que ingresaron al servicio de Medicina -- Física y Rehabilitación durante 1984.

Entre los 10 y 60 años se presentó el mayor número de casos, lo que equivale al 95 % de los casos estudiados. Entre los grupos por edades no encontramos diferencias significativas; la media aritmética fue de 37 años con una desviación estandar de 50 años.

El mayor número de casos encontrado fué en el grupo de 60 años ó más, por lo que podemos concluir que en éste grupo de edad se presenta mayor incidencia de Parálisis Facial Periférica.

El sexo no tuvo realmente significancia, ya que hubo una diferencia de 9 casos, siendo más frecuente en el sexo femenino.

En el lado afectado se encontró la misma diferencia que en el sexo, siendo mayor en 9 casos para el lado derecho. Esta diferencia no es concluyente.

La etiología en el 95% de los casos fue idiopática y solo en 5 casos se pudo precisar la causa, siendo éstas, obstétrica en un caso, traumática 1, trauma craneoencefálico 1, -- herpética en 2 casos.

Como antecedentes de importancia encontramos en 13 - pacientes Diabetes Mellitus, lo cual nos puede hacer pensar que sea un factor predisponente de la Parálisis Facial.

Las otras causas predisponentes que se encontraron en los 21 pacientes en los que se logro determinar ésta, fueron la Hipertensión arterial sistémica en 6 casos, alcoholismo en 1 caso, y enfermedad de Parkinson en 1 caso, dada la poca frecuencia de éstos no son significativos.

En cuanto a la sintomatología más frecuente encontrada fueron, el dolor en 32 casos, siempre localizado a la hemi-cara afectada y de predominio retroorbicular. El signo de - Bell fue positivo en 40 casos y se encontraron alteraciones auditivas en 7 casos solamente.

La aparición de dolor de éstos se debe probablemente - a dilatación de los vasos sanguíneos, ya que no se han demostrado fibras nerviosas sensitivas del nervio facial.

Las alteraciones auditivas solo se encontraron en 7 -- pacientes (5.6%) por lo que las lesiones entre el ganglio - estapedio y el ganglio geniculado son menos frecuentes.

El signo de Bell fué el más frecuente de los síntomas, siendo característico al inicio del padecimiento.

En relación al tiempo que transcurrió entre el inicio del padecimiento y el inicio del tratamiento, encontramos la media aritmética de 19 días, correspondiendo al grupo de 8 a 15 días el mayor número de pacientes, siendo éste un tiempo apropiado necesario para el envío de los pacientes al servicio de Medicina Física por los médicos de primer contacto.

Hubo 19 casos que se enviaron después de un mes, correspondiendo 10 de éstos casos a más de 2 meses, lo cual muestra que aún falta mayor difusión sobre el tratamiento de la Parálisis Facial en los servicios de Medicina Física y Rehabilitación.

En cuanto a la duración del tiempo de recuperación en nuestro servicio, encontramos una media de 27 días con una desviación estandar de 6 días, de lo que podemos interpretar que la recuperación es rápida, aunque no tenemos argumentos para asegurarlo, ya que debido al sistema de manejo de estos pacientes deben egresarse de tratamiento sin lograr su recuperación completa y por otra parte ya no acuden a sus citas de control (para efectos de la casuística de este trabajo la recuperación se tomó hasta el día de su alta del servicio, debiendo señalarse que 39 pacientes fueron egresados al lograr la simetría facial).

13 pacientes tardaron más de 61 días en egresarse del servicio, estando en relación con el retraso de envío al servicio y quedando con mal pronóstico.

Solo un paciente presentó complicaciones del tipo de la contractura, epífora y dolor; lo cual se podría argumentar como una alta eficiencia en el tratamiento fisiatrico.

C O N C L U S I O N E S

La incidencia de la Parálisis Facial encontrada en la población demandante de consulta del Hospital General de Zona Fco. del Paso y troncoso en el presente año fue de 13/100,000 por año, siendo igual a la reportada por Brevis y colaboradores; pero teniendo en cuenta que no es el total de la población adscrita, ya que es un Hospital de concentración, esta cifra la consideramos como inferior a la real.

Los resultados obtenidos en relación a las edades de los pacientes en la hipótesis planteada sacada de los reportes existentes, los cuáles señalan que la edad de aparición más frecuente son la 3a. y 4a. década de la vida (17).

Nosotros encontramos el mayor número de casos en la 3a. 4a. y 7a. décadas de la vida, siendo éstos más del 50% de los casos reportados.

El incremento en los pacientes de la 7a. década de la vida puede presentarse en relación a las enfermedades predisponentes encontradas como Diabetes Mellitus e Hipertensión Arterial.

No hubo diferencia significativa respecto al sexo, al igual que en otros reportes.

Los factores predisponentes se encontraron sólo en 21 pacientes, lo que equivale al 17% en nuestra serie; y considerando la gran frecuencia de los padecimientos reportados en la población general, éste dato es poco significativo.

El tiempo de recuperación de la Parálisis Facial con tratamiento fisioterápico en la casuística revisada fué de 2-3 meses (15). Nosotros encontramos una media de 27 días, pudiéndose suponer en nuestra serie una recuperación más rápida, quedando la duda con respecto a la recuperación completa de los pacientes, ya que éste dato no se precisa en la casuística revisada.

En relación a las secuelas, nuestra hipótesis de que el 25% de los pacientes las presentan como lo reporta Taverner; en nuestra serie encontramos que el 30% quedaron con alguna secuela (como debilidad muscular ó lagrimeo), pudiéndose concluir que el resultado fué similar.

En el tratamiento con prednisona sólo se les administró a 23 pacientes, por lo que no es posible sacar conclusiones.

El tiempo que tarda el paciente en ser enviado al servicio de Medicina Física mostró una media de 19 días, lo cuál es bastante apropiado, y en cuanto a ésto no existen referencias, debido tal vez al sistema de salud presente en México.

Con todo ésto podemos concluir que no se encontraron -- diferencias significativas en la casuística encontrada en -- ésto estudio y la reportada por otros autores.

Con el análisis de nuestros resultados podemos hacer algunas sugerencias:

La Parálisis Facial tiene una alta incidencia de morbilidad en nuestro medio y el tratamiento en los servicios de medicina física deberá de sistematizarse con la finalidad de mejorar el pronóstico de los pacientes.

El estudio sobre la eficiencia de la prednisona en éstos pacientes deberá de ampliarse para normar el criterio de administración desde la primera semana (a cargo del Médico Familiar) en el tratamiento de la Parálisis Facial.

Establecer un sistema de diagnóstico clínico topográfico de fácil interpretación para la mejor canalización del paciente a las diferentes especialidades.

Se debe establecer un pronóstico temprano por medio de los métodos señalados para indicar el tratamiento adecuado.

Conjuntamente con el sistema de Medicina Familiar normar un criterio de envío temprano a los servicios de Medicina Física.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- KRUSEN, F.H. MEDICINA FISICA Y REHABILITACION. TRATAMIENTO DE PARALISIS FACIAL. EDITORIAL SALVAT 1974.
- 2.- JOSEPH G. CHUSID. NEUROANATOMIA CORRELATIVA Y NEUROLOGIA - FUNCIONAL EDITORIAL EL MANUAL MODERNO. 1980 5a. EDICION
- 3.- CLINICA MAYO. EXAMEN CLINICO NEUROLOGICO. ED. LA PRENSA - MEDICA MEXICANA 1980 2a. ED.
- 4.- GROVES J. BELL'S PALSY. THE NERVE EXCITABILITY TEST IN - - SELECTION OF CASES FOR EARLY TREATMENT. J. LARINGOLOGY OTOL. SEP. 1974.88 (9) pags 851-4.
- 5.- ADOUR K. PREDNISONE TREATMENT FOR IDIOPATIC FACIAL PARALYSIS N. ENGLAND J. MEDCAL DEC. 1972, 287 (25) pags. 1268-72
- 6.- STIEN R. ACUTE PERIPHERAL FACIAL PALSY. INDICATIONS FOR - - SURGICAL TREATMENT. ARCHIVES OTOLARYNGOLOGY. SEPT. 1973 98 (3) pag. 187-90.
- 7.- PECHAN J. FACIAL PALSY AND ITS CONSERVATIVE TREATMENT. ANATOMY PATHOPHYSIOLOGY AND EXAMINATION OF THE FACIAL NERVE. - ACTA UNIV. CAROL. 1978 24 (5-6) pags. 289-329.
- 8.- PECHAN J. FACIAL PALSY AND ITS CONSERVATIVE TREATMENT II. - BELL'S PALSY. ACTA UNIV. CAROL. 1978 24 (7-8) pags. 3-36

- 9.- PEACHAN J. FACIAL PALSY AND ITS CONSERVATIVE TREATMENT III. TREATMENT OF VARIOUS KINDS OF PERIPHERAL FACIAL PALSIES. -- ACTA UNIV. CAROL. 1978 24 (7-8) pag. 37-78.
- 10.- DELBEKE J. ELECTROPHYSIOLOGICAL EVALUATION OF CROSS FACE - NERVE GRAFT IN TREATMENT OF FACIAL PALSY. ACTA NEUROCHIR. - 1982. 65 (1-2) pags. 111-127
- 11.- REIXACH C. PARALISIS FACIAL PERIFERICA RECIDIVANTE Y ALTERNANTE. ARQUIVOS NEURO-PSIQUIATRIA (SAO PAULO) Vol. 4 Dic. 1982 pags. 382-4
- 12.- TAKAHASHI T. HEMIFACIAL SPASM. A NEW TECHNIQUE OF FACIAL -- NERVE BLOCKADE. BRITISH J. ANAESTHESIOLOGY. 55 pgas. 333-7 1983.
- 13.- LEWORTHY GW. MUSCLE TRANSFERS IN THE TREATMENT OF FACIAL PALSY NERB MEDICAL J. Nov. 1977 62 (11) pags. 379-82
- 14.- MELMED EP. CONGENITAL FACIAL NERVE PALSY. S. AFR. J. SURGE RYL JUN. 1971, 11 (2) pags. 92-3
- 15.- DERYCK THUERNER THE MANAGEMENT OF FACIAL PALSY J. LARYNGOLOGY OTOL. VOL. 82: 585-590 1968.
- 16.- DERYCK TAVERNER. TREATMENT OF FACIAL PALSY ARCHIVOS OTOLA RYNGOLOGY VOL. 81: 489-493. MAYO 1965.
- 17.- HAUSER W. A. INCIDENCE AND PROGNOSIS OF BELL'S PALSY IN -- THE POPULATION OF ROCHESTER. MINNESOTA MAYO CLINICA PROC. VOL. 46:258-264 ABRIL 1971.
- 18.- LANWORTH TAVERNER. THE PROGNOSIS IN FACIAL PALSY. BRAIN -- VOL. 86:465-480 1963.