

11222
20/8



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Secretaría de Salud
Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación

**LA PREDNISONA EN LA EVOLUCION CLINICA Y
ELECTRODIAGNOSTICA DE LA PARALISIS DE BELL.**



T E S I S

Que presenta el Doctor:
José Ismael Mariscal
Para obtener el título de especialista en:
MEDICINA DE REHABILITACION

Profesor Titular del Curso: Dr. Luis Guillermo Ibarra Ibarra

México, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

INDICE .

GENERALIDADES-

ANTECEDENTES-

HIPOTESIS-

MATERIAL Y METODOS-

RESULTADOS

COMENTARIOS

REFERENCIAS-

GENERALIDADES .

EN 1829 SIR CHARLES BELL EN UN ESCRITO PRESENTADO ANTE LA REAL SOCIEDAD DE LONDRES DESCRIBIÓ LA PARALISIS DEL NERVIU FACIAL COMO LA PARALISIS DE LOS MUSCULOS FACIALES COMO RESULTADO DE UNA LESION INTRINSECA DE LA PARTE PERIFERICA DEL SEPTIMO PAR CRANERL , CUYA CAUSA ES DESCONOCIDA Y EN LA QUE NO EXISTE UN ACUERDO PARA SU TRATAMIENTO SIENDO EL MANEJO DE ESTEROIDES UNO DE LOS QUE MAS HAN DESENCADENADO POLEMICA.

EL NERVIU FACIAL PRESENTA SU NUCLEU EN EL PUENTE , ADYACENTE AL NUCLEU DEL SEXTO PAR , EL NERVIU FACIAL PASA POR EL CANAL AUDITIU INTERNO , ROEDA AL GANGLIO GENICULADO Y ENTRA AL OIDO MEDIO . EL GRAN NERVIU PETROSO SUPERFICIAL DEJA EL GANGLIO GENICULADO Y DA LA INERVACION PARASIMPATICA A LAS GLANDULAS LAGRIMALES Y NARCALES , EL NERVIU HACE UN SEGUNDO GIRO EN EL HUESO TEMPORAL Y ENTRA AL CANAL DE FALDPIO , EN ESTA REGION EL NERVIU ENVIA UNA RAMA AL MUSCULO ESTAFEDIO Y EL NERVIU DE LA CUERDA DEL TIMPANO ENTRA AL OIDO MEDIO EN DONDE SUPLE LA INERVACION PARASIMPATICA A LAS GLANDULAS SUBLINGUALES Y SUBMILARES Y FIBRAS PARA LA PERCEPCION DEL GUSTO A LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA . EL NERVIU SALE DEL HUESO TEMPORAL A TRAVEZ DEL FORAMEN ESTILOMASTOIDEU Y ENTONCES SE DIVIDE EN LAS RAMAS PERIFERICAS QUE VAN A INERVAR A LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION .

EN CONSIDERACION AL CURSO TAN COMPLEJO QUE PRESENTA EL NERVIU NOSOTROS PODEMOS RECONOCER UN GRAN NUMERO DE DIFERENTES FACTORES QUE PUEDEN PRODUCIR DAÑO O DISFUNCION DEL NERVIU FACIAL .

LAS CAUSAS MAS COMUNES DE PARALISIS FACIAL CON SUS INDICACIONES APROXIMADAS SON LAS SIGUIENTES :

- 1.- PARALISIS FACIAL IDIOPATICA . 75% .
- 2.- HERPES ZOSTER O SINDROME DE RANSAY HUNT . 15% .
- 3.- TRAUMATISMOS . 5% .

JUNTAS ESTAS TRES CATEGORIAS HACEN EL 95% DEL TOTAL DE LAS PARALISIS FACIALES . PERO DENTRO DE LAS OTRAS POSIBILIDADES _ TENEMOS A LOS DOLESTERTOMAS , TUMORES DEL TEMPORAL , SARCOIDOSIS , GUILLAIN BARRÉ , MONONUCLEOSIS INFECCIOSA , DIFTERIA - LEPRA , PROCESOS SEPTICOS Y OTRAS CAUSAS .

EN LO REFERENTE A LA ETIOLOGIA DE LA PARALISIS FACIAL DE _ BELL EL MISMO NOMBRE DE IDIOPATICA INDICA QUE NO EXISTE UN _ ACUERDO SOBRE LA FISIOPATOLOGIA DEL CUADRO . ALGUNAS DE LAS _ TEORIAS HAN INCLUIDO : DANO INDUCIDO POR EL FRIO , YA DESCAR - TADA . OTRAS DE LAS TEORIAS SON LA ISQUEMICA , VIRAL E INMU - NOLÓGICA PERO SIN LLEGAR A LA CONFIRMACION DE ALGUNA DE ELLAS

LA INCIDENCIA DE LA PARALISIS DE BELL EN LA POBLACION GE - NERAL ES DE APROXIMADAMENTE 17 A 19 POR 100000 PERSONAS AL _ AÑO , ENCONTRANDOSE UN AUMENTO DE LA INCIDENCIA CON CADA DE - CADA DE LA VIDA , LLEGANDO HASTA EL 30 A 37 POR 100000 PERSO - NAS AL AÑO DESPUES DE LA EDAD DE 60 AÑOS .

EN LO REFERENTE AL SEXO SE HA ENCONTRADO QUE ENTRE LOS 10 _ Y 19 AÑOS LA CONDICION ES DOS VECES MAS FRECUENTE EN LAS MU - JERES , PERO DESPUES DE LOS 50 LA ENFERMEDAD ES MAS COMUN EN _ LOS HOMBRÉS .

LA SINTOMATOLOGIA MAS COMUN DEL CUADRO ES LA HISTORIA TI - PICA DEL PRODROMO VIRAL , SEGUIDO A LOS 7-14 DIAS DE DOLOR _ RETROBURICULAR , PARESTESIAS EN CARA , PARALISIS DE LOS MUS - CULOS FACIALES . LA PARALISIS SE ESTABLECE DENTRO DE LAS 24 A _ 96 HRS.

DEPENDIENDO DEL NIVEL DE LESION SE PUEDEN ENCONTRAR LOS SIG. _ SINTOMAS Y SIGNOS :

EPIFORA EN UN 70% , DISTORSION FACIAL EN EL 80 % , LAGRIMEO _
EN EL 15 % , DISCOMFORT FACIAL EN EL 50 % , DISGEUSIA EN EL -
60 % , HIPERACUSIA EN EL 30 % Y OTROS .

ANTECEDENTES -

EN LO REFERENTE A LOS ANTECEDENTES DEL MANEJO DE LA PARALISIS FACIAL IDIOPATICA CON ESTEROIDES TENEMOS LOS SIGUIENTES :

ROTHENDLER EN 1953 REPORTA 7 PACIENTES CON PARALISIS DE --- BELL Y MENCIONA QUE SI LA CORTISONA SE UTILIZA EN LOS PRIMEROS 9 DIAS ES EFECTIVA EN LA REDUCCION DEL EDEMA AGUDO DEL NERVIOL Y CAUSA UNA PRONTA RECUPERACION , OTROS QUE TIENEN BUENOS RE--- SULTADOS SON : WHITTY EN 1953 Y ROBISON Y MASS EN 1954 , TA--- UEPHER EN 1954 HACE UN ESTUDIO CON 26 PACIENTES DE LOS CUALES_ MANEJO 14 CON CORTISONA CONCLUYENDO QUE ESTA NO REDUCE LA IN--- CIDENCIA DE DENERVACION CUANDO ES DADA EN LOS 10 PRIMEROS DIAS DE LA PARALISIS . (26) .

TAVERNER EN 1966 Y 1969 MUESTRA QUE LA INYECCION DE CORTI--- COTROPINA HA REDUCIDO LA INCIDENCIA DE DENERVACION DE 40 A 17% (29) . EN 1971 REPORTA UN ESTUDIO PARA COMPARAR LA EFICACIA DE LA PREDNISOLONA CON LA CORTICOTROPINA ENCONTRANDO UN PORCEN--- TAJE DE RECUPERACION CON CORTICOTROPINA DE 70% Y DE 76% CON ___ PREDNISOLONA , MENCIONANDO QUE LOS ESTEROIDES ORALES SON EL ___ TRATAMIENTO DE ELECCION DE LA PARALISIS DE BELL DEBIENDOSE ___ USAR DOSIS MAXIMAS DESDE EL INICIO . (27) .

JONGKES EN 1972 MENCIONA QUE LA ADMINISTRACION DE ACTH. _ EN LOS 10 PRIMEROS DIAS PUEDE DAR RESULTADOS POSITIVOS . (9)

EN ABRIL DE 1972 BOYLE REPORTA UN ESTUDIO EXPERIMENTAL CON_ MONOS USANDO DEXAMETASONA Y CONCLUYENDO QUE ESTA TUVO POCOA IN- FLUENCIA EN LA VELOCIDAD DE RECUPERACION . (1) .

EN DICIEMBRE DE 1972 ADOUR CONCLUYE UN ESTUDIO DE 304 PA--- CIENTES. 194 FUERON TRATADOS CON PREDNISONA CONCLUYENDO QUE ___ LOS RESULTADOS EN LOS PACIENTES TRATADOS CON EL MEDICAMENTO ___ FUERON SUPERIORES CON DIFERENCIAS DE ALTA VALIDEZ ESTADISTICA. (11) .

EN 1972 OTRO ESTUDIO DE ADQUR MOSTRO QUE LA PREDNISOLONA _
ERA MEJOR QUE NADA, 207 PACIENTES RECIBIERON 40 MG. AL DIA Y _
FUERON COMPARADOS CON 183 NO TRATADOS , EL TRATAMIENTO DEBERIA
SER DIRIGIDO A LOS PACIENTES CON MAL PRONOSTICO , LA PREDNISO-
NA PUEDE SER UNA PUTINA DE TRATAMIENTO . (24) .

M.E.A. EN 1973 SELECCIONA LA DOSES PARA ADULTOS EN 60 MG. _
POR 4 DIAS DISMINUYENDO 5 MG. AL DIA POR 10 DIAS SUGIRIENDO _
QUE LA TERAPIA ESTEROIDEA EVITA LA DESCOMPRESION QUIRURGICA _
DEL NERVIO FACIAL . (20) .

EN DRUG AND THERAPEUTICS BULLETIN EN 1973 SE MENCIONA QUE _
LA CORTICOTROPINA PUEDE REDUCIR LA SEVERIDAD DE LA DENERUACION
LA TERAPIA CORTICOIDES ES PROBABLEMENTE DE VALOR SI SE INICIA
EN LOS 7 DIAS DE EVOLUCION Y SU RETRASO EN EL INICIO PERJUDICA
EL RESULTADO, EL TRATAMIENTO POR DEBAJO DE LOS 10 AÑOS ES _
INNECESARIO. (3) .

ADQUR EN 1974 MENCIONA QUE DESDE QUE ADOPTO EL SISTEMA DE _
TRATAMIENTO CON PREDNISONA LA PERDIDA COMPLETA DE EXCITABILI-
DAD HA OCURRIDO SOLO EN 10 DE 600 CASOS TRATADOS . LOS PACIEN-
TES TRATADOS CON PREDNISONA DISMINUYERON EL DOLOR 12-24 HRS. _
DESPUES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO , PERO EL 15% PRESENTAN RE-
TORNO DEL DOLOR SI SE DISMINUYE LA DOSES . (12) .

TAVERNER EN 1975 REFIERE QUE EL MANEJO DE LA PARALISIS DE _
BELL HA SIDO MEJORADO POR EL USO DE LA TERAPIA ESTEROIDEA ORAL
Y EL TRATAMIENTO DEBE SER INICIADO TAN PRONTO COMO SEA POSIBLE
(28) .

EN UN ESTUDIO PROSPECTIVO CONTROLADO DOBLE CIEGO , HAY EN
1976 USO PREDNISONA (40 MG. EN 10 DIAS) . CON RESULTADOS DE
PACIENTES QUE LA PREDNISONA NO TUVO SIGNIFICANCIA ESTADIS-
TICA EN EL EFECTO SOBRE LA PROGRESION DE LA PARALISIS O SOBRE
LA RECUPERACION FINAL DE LA FUNCION , LA TERAPIA ESTEROIDEA _
TAMPOCO FUE ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA EN LA INFLUENCIA _
BENEFICA SOBRE LA RESPUESTA A LA ESTIMULACION . (18) .

MIAN PARRY Y KINGEN EN 1977 REPORTAN MEJORES RESULTADOS CON EL USO DE LA PREDNISONA QUE CON LA ACTH. (28) .

JONGKES EN 1978 MENCIONA QUE EL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES A GRANDES DOSIS DEBE INICIARSE LO MAS PRONTO POSIBLE YA QUE SE HA PROBADO ESTADISTICAMENTE QUE SI SON EFICACES. (10) .

SHELDON Y MAGNER EN 1978 REPORTAN UN ESTUDIO PROSPECTIVO ____ RANDOMIZADO CON PREDNISONA EN 239 PACIENTES EN DONDE TODOS LOS RESULTADOS FUERON SUPERIORES EN EL GRUPO TRATADO CON ESTEROIDE PERO ENCONTRANDO SOLO SIGNIFICANCIA ESTADISTICA EN LAS SINCINECIAS AUTONOMICAS . (25) .

GORDON EN 1978 MENCIONA EL TRATAMIENTO DE LA PARALISIS DE ____ BELL Y REFIERE QUE GRAHAMANN RECOMIENDA EL USO DE LA PREDNISONA A 30-40 MG. MAS UN VASODILATADOR, MENCIONANDO QUE SE REQUIEREN MAS ESTUDIOS PROSPECTIVOS EN RELACION AL TRATAMIENTO ESTEROIDE DE LA PARALISIS DE BELL . (5) .

EN 1979 EKSTRAND Y GLITTERSTEN REPORTAN UN ESTUDIO CON HORMONA ADENOCORTICOTROPICA EN PACIENTES CON POBRE PRONOSTICO ENCONTRANDO RESULTADOS SUPERIORES EN EL GRUPO TRATADO QUE EN EL NO TRATADO SIN ENCONTRAR DIFERENCIA ENTRE LOS QUE INICIARON EL TRATAMIENTO EN LOS PRIMEROS 5 DIAS . (4) .

LUDMAN MENCIONA EN 1981 QUE EL TRATAMIENTO CON ESTEROIDES ____ ES CONTROVERSIAL PERO QUE HAY SUFICIENTE EVIDENCIA EN SU FAVOR PARA GARANTIZAR SU USO CUANDO NO HAY CONTRAINDICACIONES . (17) .

EN 1981 HUIZING HACE UN ANALISIS DE LOS ESTUDIOS DISPONI--- BLES EN RELACION AL TRATAMIENTO DE LA PARALISIS DE BELL Y CONCLUYE QUE NO HAY PRUEBAS DE LA EFECTIVIDAD DE LA PREDNISONA AL DOSIS DE 60 MG. AL DIA . (8) .

ADDUK EN 1982 MENCIONA QUE LA PREDNISONA DISMINUYE DRAMATICAMENTE EL DOLOR , RECOMENDANDO 1 MG. POR KG. AL DIA Y REFIERE QUE LA PREDNISONA NO REDUCE EL NUMERO DE PACIENTES CON DENERVACION PARCIAL, CONTRACTURAS O SINCINECIAS PERO SI REDUCE EL NUMERO DE DENERVACIONES COMPLETAS . (13) .

BROWN EN 1982 HACE UN ESTUDIO DOBLE CIEGO DE 174 PACIENTES CON DOSIS TOTALES DE ESTEROIDES DE 400 MG. ENCONTRANDO QUE EN LAS PARALISIS COMPLETAS LOS MEJORES RESULTADOS FUERON OBTENIDOS CUANDO LOS ESTEROIDES SE INICIARON EN EL PRIMER DIA DE LA ENFERMEDAD , CONCLUYENDO QUE EL USO DE ESTEROIDES MOSTRO LIGERA VENTAJA EN RELACION AL TRATAMIENTO DE SOPORTE SIEMPRE QUE SE DEN EN EL DIA DE INICIO DEL PADECIMIENTO. (2) .

EN 1984 OLSEN KERRY MENCIONA QUE EL USO DE LA CORTICOTERAPIA PREVIENE LA DENERVACION COMPLETA RECOMENDANDO UNA DOSIS DE 1 MG. Y KG. EN DOS DOSIS . (22) .

LAWRENCE , DONALD , BURGESS Y LEPORE EN 1984 MENCIONAN QUE ES CLARA LA NECESIDAD DE HACER INVESTIGACION, YA QUE EN EL ANALISIS FINAL EL TRATAMIENTO DE LA PARALISIS PERMANECE EN CONTROVERSIAS POR LO QUE UN ESTUDIO BIEN CONTROLADO DEBE ACREDITAR O DESACREDITAR EL USO DE LOS ESTEROIDES . (14) .

HAY EN 1985 DICE QUE NO HAY PRUEBA CONVINCENTE DE QUE LA CIRUGIA O LA TERAPIA ESTEROIDEA SEAN EFECTIVAS EN EL TRATAMIENTO DE LA PARALISIS DE BELL . (19) .

MC. ARTHUR EN 1985 MENCIONA QUE EL USO DE ESTEROIDES ES CONTROVERSIAL , PERO ESTOS PUEDEN TENER UN EFECTO DRAMATICO CUANDO HAY DOLOR , REDUCEN LA DENERVACION COMPLETA SIN INTERFERIR EN LA DENERVACION PARCIAL O EN LAS CONTRACTURAS Y SIN- DROMIAS . (21) .

LAS PRUEBAS ELECTRICAS PARA LA FUNCION NERVIOSA EN LA PARALISIS DE BELL TIENEN UN IMPORTANTE LUGAR EN EL PRONOSTICO Y EN LA VALORACION DEL TRATAMIENTO DE LA PARALISIS DE BELL , GUILLIAT Y TAYLOR ENCONTRARON QUE LA HABILIDAD PARA CONDUCCION UN ESTIMULO ELECTRICO SE PIERDE EN EL TERCER O CUARTO DIA DE LA LESION , CAMPBELL Y COLE. EN 1962 SEÑALARON QUE LA PORCION DISTAL DEL NERVIIO MANTIENE SU EXCITABILIDAD ELECTRICA POR 48-72 HRS. DESPUES DE LO CUAL EL CILINDRO AXONAL SE FRAG

MENTA CON ABOLICION DE LA CONDUCCION Y EXCITABILIDAD - __
POR LO TANTO SI EL TRONCO DEL NERVI0 MOTOR ES ESTIMULADO LA
EXCITABILIDAD Y CONDUCCION DESAPARECERAN 3 DIAS DESPUES DE _
LA LESION DE DENERVACION (LAIDL0 1963) . EL TIEMPO NORMAL DE
LATENCIA VA DE 3 A 4 MSEC. , UN AUMENTO DE LA LATENCIA INDI-
CA AUMENTO EN LA ANORMALIDAD DEL NERVI0 . TRUERNER SEÑALA EN
1965 QUE UN BLOQUEO SIMPLE DE CONDUCCION NUNCA EXCEDE UNA __
LATENCIA DE 4 MSEC. PERO SIN PERDIDA COMPLETA DE LA RESPUES-
TA AL ESTIMULO ELECTRICO. SI LA DENERVACION COMPLETA HA OCU-
RRIDO , TODA LA RESPUESTA AL ESTIMULO HABRA DESAPARECIDO AN-
TES DE LA PRIMERA SEMANA . (29) .

LA VALIDEZ DE LAS PRUEBAS ELECTRODIAGNOSTICAS EN EL PRO-
NOSTICO DE LA PARALISIS HA SIDO ESTABLECIDA . (1) .

JOACHIMS EN 1960 REPOR TA UN ESTUDIO DE CONDUCCION NERVIO-
SA PARA EL DR. TEMPRANO DE LA PARALISIS DE BELL EN EL QUE __
SELECCIONA 100 PACIENTES Y HACE LATENCIAS ANTES DE 72 HRS. _
DE EVOLUCION DANDO UN PROMEDIO DE 3.6 MSEC. COMO NORMAL PERO
ENCONTRANDO VALORES DESDE 2.4 HASTA 6 MSEC. EN EL LADO SAND_
DEFINIENDO LA LATENCIA COMO EL PERIODO DE TIEMPO ENTRE EL __
ESTIMULO DEL NERVI0 + SU SALIDA DEL FORAMEN ESTILONASTOIDEO_
Y LA APARICION DEL POTENCIAL DE ACCION EN EL MUSCULO ORBICU-
LAR DE LOS LABIOS . ENCONTRANDO QUE LA LATENCIA PUEDE PREDE-
CIP EL RESULTADO FINAL DE LA PARALISIS DE BELL CON GRAN CER-
TEZA Y DENTRO DE LOS PRIMEROS 3 DIAS DE INICIADO EL CUADRO .
(7) .

JUSTIFICACION .

DEBIDO A LA GRAN CONTROVERSI A EXISTENTE EN RELACION AL USO DE LOS ESTEROIDES SE REALIZO ESTE ESTUDIO COMO UNA ORIENTACION DE LA EFECTIVIDAD O NO DE LOS ESTEROIDES EN LA PARALISIS DE BELL .

DEBEMOS RECORDAR QUE LOS ESTEROIDES NO SON FARMACOS INDEFENSIVOS SINO POR EL CONTRARIO SON CAPACES DE OCASIONAR GRAVES TRASTORNOS , LOS PRINCIPALES CORRESPONDEN AL HIPERCORTICISMO EL CUAL SE PUEDE PRODUCIR CON DOSIS ELEVADAS Y PROLONGADAS . OTROS TRASTORNOS SE PRODUCEN POR LA SUPRESION RAPIDA DE ESTOS MEDICAMENTOS LO CUAL PUEDE LLEVAR A UN HIPOCORTICISMO . DENTRO DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS ESTA EL EFECTO SOBRE EL METABOLISMO INORGANICO , RETENCION DE NA. Y AGUA QUE OCASIONA EDEMA Y AUMENTO DE PESO , HIPOKALEMIA QUE OCASIONA DEBILIDAD , FATIGA MUSCULAR Y ALTERACIONES E-C-G_ SOBRE EL METABOLISMO ORGANICO CAUSA HIPERGLICEMIA , GLUCEURIA , CATABOLISMO PROTEICO , REDISTRIBUCION DE LA GRASA , TRASTORNOS GASTROINTESTINALES , ULCERAS , ALTERACIONES CARDIOVASCULARES , HIPERTENSION , EUFORIA , INSOMNIO , EXCITACION NERVIOSA , PESADILLAS , ESQUIZOFRENIA , TRASTORNOS ENDOCRINOS COMO EFECTOS ANDROGENICOS EN LA MUJER , HIPSUTISMO , ALOPECIA , ACHE Y AMENORREA , DETENCION DEL CRECIMIENTO , ATROFIA SUPRARRENAL , ALTERACIONES OSEAS Y CUTANEAS , OSTEOPOROSIS , MANIFESTACIONES HEMATOLOGICAS , COMPLICACIONES TROMBOEMBOLICAS E HIPERCOAGULABILIDAD SANGUINEA , TRASTORNOS OCULARES , INHIBICION DE LAS REACCIONES DEFENSIVAS LOCALES MESEQUINATICAS . POR LO ANTERIOR DEBEMOS CONSIDERAR DE GRAN IMPORTANCIA EL CONOCER SI LOS ESTEROIDES SON UTILES O NO .

OTRO ASPECTO IMPORTANTE ES EL ECONOMICO YA QUE UN TRATAMIENTO CON ESTEROIDES SEGUN LA MAYORIA DE LOS AUTORES DEBE INICIAR , CON 60 MG. DURANTE 4 DIAS REDUCIENDO 5 MG. AL DIA ,

ESTE TRATAMIENTO REQUIERE 114 TABS. DE 5 MG. QUE EQUIVALEN A 4 CAJAS DEL MEDICAMENTO , ESTE GASTO SE PODRIA EVITAR SI SE COMPROBEA NULA EFICACIA DEL MEDICAMENTO .

POR OTRO LADO DEBEMOS CONSIDERAR QUE ALGUNOS PACIENTES QUE SUFREN UNA PARALISIS DE BELL VAN A DESARROLLAR DEGENERACION Y LA PRESENCIA DE MOVIMIENTOS ASOCIADOS Y LAGRIMOS INCONTROLABLE COMO CONSECUENCIA DE UNA REGENERACION ABERRANTE , PERMANECIENDO ESTOS PACIENTES CON ASIMETRIA FACIAL IMPORTANTE .

OBJETIVOS :

DETERMINAR LA EFICACIA DE LOS ESTEROIDES < PREDNISONA > , EN LA PARALISIS DE BELL, ESTABLECIENDO EL EFECTO DEL MEDICAMENTO POR MEDIO DE LA EVOLUCION CLINICA Y EL ELECTRODIAGNOSTICO < LATENCIA > .

HIPOTESIS .

CON EL ADVENIMIENTO DE LA MICROCIROGIA SE HA OBSERVADO HABER CADO EDEMA DEL NERVI0 FACIAL EN LA FASE AGUDA , LA CAUSA DE DICHO EDEMA ES DESCONOCIDA , EL EFECTO DE LA PRESION SOBRE EL NERVI0 ES RELACIONADO A OCLUSION DE LOS VASOS DEL NERVI0 EXISTIENDO 2 TEORIAS : LA PRIMERA ES LA DE LA ISQUEMIA PRIMARIA QUE POSTULA UNA DISFUNCION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO PRODUCIENDOSE ESPASMO ARTERIOLAR Y TROMBOSIS DE LOS VASOS DEL NERVI0 . LA HIPOTESIS DE LA ISQUEMIA SECUNDARIA INTENTA RELACIONAR UNA INFLAMACION PRIMARIA < VIRAL O INMUNOLOGICA > Y EDEMA POR TRASTORNOS DE LA MICROCIRCULACION SIGUIENDO DE PEP-- OIDA DE LA CONDUCTIVIDAD NERVIOSA .

UNA DE LAS ACCIONES SOBRESALIENTES DE LA PREDHISONA ES LA DE SUPRINIR LA RESPUESTA INFLAMATORIA DE LOS TEJIDOS , ESPECIALMENTE DEL TEJIDO CONECTIVO A LOS AGENTES IRRITANTES INFECCIOSOS Y AGRESIVOS . ESTA ACCION ANTIINFLAMATORIA PUEDE DEMOSTRARSE EN LOS ANIMALES DE EXPERIMENTACION EN QUE SON CAPACES DE SUPRINIR LAS INFLAMACIONES AGUDAS Y CRONICAS , LA VASODILATACION , EXUDACION E INFILTRACION LEUCOCITARIA DISMINUYEN DE INTENSIDAD POR LO CUAL ES PROBABLE QUE LA PREDHISONA REDUZCA LA INFLAMACION DEL NERVI0 FACIAL DENTRO DEL CANAL DISMINUYENDO LA COMPRESION VASCULAR Y PERMITIENDO LA RESTAURACION DE LA CIRCULACION CON EL CONSECUENTE AUMENTO DE OXIGENO , SI ESTA SE UTILIZA EN ETAPAS TEMPRANAS SE PODRIA PREVENIR UNA MAYOR LESION DEL NERVI0 FACIAL EVITANDO LAS SECUELAS DE LA DEGENERACION .

MATERIAL Y METODOS .

EL PRESENTE ESTUDIO DE INVESTIGACION ES DEL TIPO PROSPECTIVO, LONGITUDINAL, DESCRIPTIVO Y DOBLE CIEGO .

LIMITES DE LA POBLACION :

SE TOMARON 20 PACIENTES CON PARALISIS FACIAL IDIOPATICA - DE HASTA 6 DIAS DE EVOLUCION DESDE SU INICIO - TOMANDO COMO TOTAL DESDE EL COMIENZO DE LA DEBILIDAD EN LOS MUSCULOS FACIALES Y QUE LLEVARON LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS DE LA PARALISIS DE BELL (TRUENNER 1965) , Y QUE SON LOS SIGUIENTES : _

- 1.- PARALISIS DE TODOS LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION DE LA CARA Y NO NECESARIAMENTE COMPLETA .
- 2.- QUE TENGAN INICIO SUBITO .
- 3.- AUSENCIA DE SIGNOS O SINTOMAS DE ENFERMEDAD DEL S.N.C.
- 4.- AUSENCIA DE SIGNOS O SINTOMAS DE ENFERMEDAD DEL OIDO O DE LA FOSA POSTERIOR .

CRITERIOS DE EXCLUSION :

PACIENTES CON EVIDENCIA DE HERPES ZOSTER , INFECCION DEL OIDO , HIPERTENSION ARTERIAL , DIABETES , EMBARAZO , NEUROPATHIA GENERALIZADA , NEOPLASIAS O TRAUMATISMOS CRANEALES , COLESTATOMA , EDEMA RAGIONEUROTICO , PARALISIS BILATERAL , PARALISIS RECURRENTE - SINDROME DE CUSHING , TUBERCULOSIS , ULCERA PEPTICA , PSICONEUROSIS , MENORES DE 10 O MAYORES DE 70 AÑOS .

DE LOS 20 PACIENTES FUERON 6 DEL SEXO MASCULINO CON UNA EDAD MINIMA DE 14 Y MAXIMA DE 65 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 47_ 14 PACIENTES FUERON DEL SEXO FEMENINO CON UNA EDAD MINIMA DE 11 Y LA MAXIMA DE 70 AÑOS CON PROMEDIO DE 40 .DE LA TOTALIDAD DE LOS PACIENTES LA EDAD MINIMA FUE DE 11 Y LA MAXIMA DE 70 AÑOS CON UN PROMEDIO DE 42 AÑOS .

INSTRUMENTACION :

A CADA PACIENTE SE LE REALIZO UNA HISTORIA CLINICA COMPLETA QUE INCLUYE : FECHA DE INICIO , PRESENCIA DE DOLOR RETRO- AURICULAR , DISGELSIA , XEROSTOMIA , HIPERACUSIA , XEROFTALMIA .

EN LA EXPLORACION FISICA SE INVESTIGO = EL SIGNO DE BELL, EL REFLEJOS CORNEAL Y EL MARTEPEINO, SE REVISARON LOS OTROS PARES CRANEALES Y SE HIZO UN EXAMEN CLINICO MUSCULAR DEL FRONTAL, SUPERCILIAR, ORBICULAR DE LOS PARRADOS, RISORIO, CIGMOTICO Y CUTANEO DEL CUELLO CON LA SIGUIENTE ESCALA:

- 0 = MUSCULO QUE NO PRESENTA CONTRACCION VISIBLE O PALPABLE.
 1 = MUSCULO QUE PRESENTA UNA CONTRACCION VISIBLE O PALPABLE CON ASIMETRIA EN REPOSO.
 2 = MUSCULO QUE PRESENTA UNA CONTRACCION VISIBLE O PALPABLE CON SIMETRIA EN REPOSO.
 3 = MUSCULO QUE PRESENTA UNA CONTRACCION VISIBLE O PALPABLE CON SIMETRIA EN REPOSO Y DURANTE LA ACTIVIDAD.

EL NIVEL DE LESION FUE DETERMINADO SEGUN EL ESQUEMA DE ERB.

NIVEL .	FRONTAL-BELL-HIPERACUSIA-LAGRIMEO-GUSTO .				
SUPRANUCLEAR .	+	-	-	+	+
NUCLEAR .	-	+	+	+	+
SUPRAGENICULAR .	-	+	+	-	+
INFRAGENICULAR .	-	+	+	-	-
SUPRAESTAPEDIAL .	-	+	+	+	-
INFRAESTAPEDIAL .	+	+	-	+	-
INFRACORDAL .	-	+	-	+	+
INFRAFORAMINAL .	-	+	-	+	+

SE DETERMINO LA LATENCIA DEL NERVIOS FACIAL EN FORMA BILATERAL A CADA PACIENTE CON UN ELECTROMIOGRAFO TECA CON LA SIGUIENTE CALIBRACION:

VELOCIDAD DE BARRIDO - 10 MSEC./DIV.

SENSITIVIDAD - 1 MV.

FRECUENCIA DEL ESTIMULO . 1 X SEQ.

DURACION DEL ESTIMULO - .1 MSEC.

LOS ELECTRODOS SE COLOCARON DE LA SIGUIENTE MANERA:

ELECTRODO DE TIERRA . EN LA REGION FRONTAL .
ELECTRODO DE REFERENCIA . EN LA PUNTA DE LA NAZIZ .
ELECTRODO DE CAPTACION . EN EL MUSCULO FRONTAL .
SITIO DE ESTIMULO . APOFISIS MASTOIDES , ZONA RETROAURICULAR
SE TOMO COMO LIMITE NORMAL EL VALOR DE LA LATENCIA DEL NER-I
VIO CONTRALATERAL .

SE ELABORARON 20 RECETAS EN LAS QUE SE PRESCRIBIA VITAMINA _
BI POR VIA ORAL , DE ESTAS RECETAS SOLO 10 CONTENIAN UNA ___
PRESCRIPCION PARA PREDNISONA ORAL ESPECIFICANDO CLARAMENTE ___
LA DOSIFICACION A SEGUIR .

DEFINICIONES DE TRABAJO :

SE REALIZO UN SISTEMA POR AZAR ESTRATIFICADO PARA LA FOR-
MACION DE LOS GRUPOS .

LOS PACIENTES PASARON A CONSULTA EN DONDE SE LES EXPLICO
QUE IBAN A FORMAR PARTE DEL ESTUDIO . NINGUNO DE ELLOS ESTU-
VO ENTERADO PARA QUE SERVIRAN LOS ESTEROIDES HASTA EL FINAL _
DEL ESTUDIO .DESPUES DE PASAR A CONSULTA PASARON A E.M.G . _
Y POSTERIORMENTE CON UNA PERSONA (NO FACULTATIVO) LA CUAL
ENTREGABA POR AZAR LA RECETA CORRESPONDIENTE . ADEMAS DEL O
LOS MEDICAMENTOS CADA PACIENTE ACUDIO DIARIAMENTE AL SERVI-
CIO DE TERAPIA FISICA EN DONDE RECIBIERON , TERMOTERAPIA , _
ESTIMULACIONES ELECTRICAS , MASAJE DE PERCUSION , REDUCA---
CION FRENTE AL ESPEJO CON CAMBIOS EN SU TRATAMIENTO DE ACUER
DO A SU EVOLUCION .

LOS PACIENTES FUERON VALORADOS CADA DOS SEMANAS DURANTE _
EL PRIMER MES , Y CADA MES HASTA LOS CUATRO MESES . LA MEDI-
CION DE LA LATENCIA SE REALIZO AL INICIO Y CADA MES DURANTE
CUATRO MESES .

LOS RESULTADOS SON VALORADOS DE ACUERDO A UNA EVALUACION-
CLINICA Y A UNA EVALUACION ELECTRODIAGNOSTICA QUE CONSISTIE-
RON EN LO SIGUIENTE :

* NOTA * VO ME ENTERE DE LOS MEDICAMENTOS RECIBIDOS POR EL _
PACIENTE HASTA LA ULTIMA VALORACION DE CADA PACIENTE .

RESULTADOS .

DE LOS 20 PACIENTES 14 FUERON DEL SEXO FEMENINO Y 6 DEL SEXO MASCULINO.

DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES 7 FUERON DEL SEXO FEMENINO Y 2 DEL MASCULINO .

DE LOS PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA FUERON 7 DEL SEXO FEMENINO Y 3 DEL MASCULINO .

EN LO REFERENTE A LA OCUPACION DE LOS PACIENTES, DE LOS TRATADOS CON PREDNISONA FUERON 4 AMAS DE CASA, 2 ESTUDIANTES, 1 MAESTRA, 1 VENDEDORA, 1 SUPERVISOR Y 1 CAMPESINO . DE LOS QUE NO RECIBIERON LA PREDNISONA FUERON 3 AMAS DE CASA, 2 MAESTROS, 2 DESEMPLEADOS, 2 COMERCIANTES Y 1 INTENDENTE DE ESCUELA .

EN RELACION AL MEDIO SOCIOECONOMICO DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON PREDNISONA, 2 TENIAN MEDIO SOCIOECONOMICO ALTO , 3 TENIAN UN MEDIO SOCIOECONOMICO REGULAR Y 5 ERAN DE ESTRATO BAJO .

EN CUANTO A LOS QUE NO RECIBIERON PREDNISONA FUERON 3 CON MEDIO SOCIOECONOMICO ALTO, 2 CON MEDIO REGULAR Y 5 DE MEDIO SOCIOECONOMICO BAJO .

DE ACUERDO A LOS NIVELES DE LESION YA MENCIONADOS ENCONTRAMOS DENTRO DE LOS QUE RECIBIERON PREDNISONA A 4 PACIENTES CON NIVEL SUPRAESTAPEDIAL, 4 CON NIVEL INFRAESTAPEDIAL Y 2 CON NIVEL INFRACORDAL .

DE LOS PACIENTES QUE NO RECIBIERON PREDNISONA FUERON 3 CON NIVEL DE LESION SUPRAESTAPEDIAL Y 7 CON NIVEL INFRAESTAPEDIAL .

DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES 6 PRESENTARON LA PARALISIS DEL LADO DERECHO Y 4 DEL IZQUIERDO .

DE LOS NO TRATADOS CON ESTEROIDES FUERON 5 DEL LADO DERECHO Y 5 DEL IZQUIERDO .

ESTE TEXTO HA SIDO
SALIDA DE LA BIBLIOTECA

PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES .

LOS 10 PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA FUERON
PROCEDENTES DEL ESTADO DE COLIMA .

DE LOS PACIENTES TRATADOS SIN PREDNISONA 9 FUERON
DEL ESTADO DE COLIMA Y 1 DE MICHOACAN .

ANTECEDENTES FAMILIARES DE IMPORTANCIA .

DE LOS PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA UNO
TUVO PADRE MUERTO POR CARDIOPATIA Y OTRO TUVO
EL ANTECEDENTE DE PADRE CON ANTECEDENTE DE UN
CUADRO DE PARALISIS FACIAL .

EN LO REFERENTE A LOS PACIENTES TRATADOS SIN
PREDNISONA UNA PACIENTE REFIRIO EL ANTECEDENTE
DE PARALISIS FACIAL DE UNA HIJA Y UN NIETO .

ANTECEDENTES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA .

SOLO SE ENCONTRO EL ANTECEDENTE EN 2 PACIENTES
DEL GRUPO QUE RECIBIO ESTEROIDES DE LA PRESENCIA
DE CUADROS FARINGEOS UNA SEMANA ANTES DEL CUADRO

INICIO DE LA PARALISIS .

DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES EL TIEMPO
TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DEL CUADRO HASTA LA
PRIMERA VALORACION FUE EL SIGUIENTE:

NUMERO DE PACIENTES. DIAS DE EVOLUCION .

I	J
1	2
1	3
1	6
2	4
4	8

LO ANTERIOR HACE UNA MEDIA ARITMETICA DE 4 DIAS.

EN LO QUE SE REFIERE A LOS PACIENTES NO MANEJADOS
CON ESTEROIDES TENEMOS LO SIGUIENTE :

NUMERO DE PACIENTES. DIAS DE EVOLUCION .

2	3
1	4
2	5
2	6
1	7
2	8

LO MENCIONADO HACE UNA MEDIA DE 5.5 DIAS .

EN CUANTO A LA SINTOMATOLOGIA PRESENTADA POR LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES ENCONTRAMOS QUE TODOS LOS PACIENTES PRESENTARON PARESIA FACIAL, 6 TUVIERON DOLOR RETROAURICULAR, DISGUEUSIA Y XEROSTOMIA, 4 HIPERACUSIA Y 6 EPIFORA .

EN LOS NO TRATADOS CON ESTEROIDES , TODOS PRESENTARON PARESIA FACIAL, 6 TUVIERON DOLOR RETROAURICULAR, 5 TUVIERON DISGUEUSIA Y XEROSTOMIA, 3 PRESENTARON HIPERACUSIA Y 5 TUVIERON EPIFORA .

DE LOS SIGNOS CLINICOS ENCONTRADOS EN LOS PACIENTES QUE TOMARON PREDNISONA TODOS LOS PACIENTES PRESENTARON ASINETRIA FACIAL, EN 3 DE ELLOS SE ENCONTRO EL SIGNO DE BELL, EN 5 HUBO HIPOESTESIA DE LA HEMIFACIA AFECTADA, EN 5 HUBO AUSENCIA DEL REFLEJO CORNEAL Y EN 4 AUSENCIA DEL REFLEJO MASETERINO .

EN LOS PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA, EN TODOS SE ENCONTRO ASINETRIA FACIAL, EN 5 SE ENCONTRO SIGNO DE BELL EN 3 HIPOESTESIA, EN 5 AUSENCIA DEL REFLEJO CORNEAL Y EN 4 AUSENCIA DEL REFLEJO MASETERINO .

LOS PACIENTES FUERON COLOCADOS DE ACUERDO A LA EVOLUCION CLINICA FINAL EN LOS SIGUIENTES GRUPOS :

GRUPO # 1 .- PACIENTES CON RECUPERACION COMPLETA EN LOS PRIMEROS 2 MESES . GRABEN CLINICO MUSCULAR DE 3.

GRUPO # 2.- PACIENTES CON RECUPERACION COMPLETA ENTRE LOS 2 Y 4 MESES . E.C.M. DE 3.

GRUPO # 3.- PACIENTES CON RECUPERACION INCOMPLETA DURANTE LOS 4 MESES, CON SIETRIA EN REPOSO Y ASINETRIA DURANTE LA ACTIVIDAD. E.C.M. EN 2 .

GRUPO # 4.- PACIENTES CON RECUPERACION INCOMPLETA EN LOS 4 MESES QUEDANDO CON ASINETRIA EN REPOSO . E.C.M. EN 04

DE ACUERDO A LA EVALUACION ELECTRODIAGNOSTICA FINAL SE COLOCO A LOS PACIENTES EN LOS SIGUIENTES GRUPOS :

GRUPO A.- PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 4 MSEC. *
GRUPO B.- PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 7 MSEC. *
GRUPO C.- PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 10 MSEC. *
GRUPO D.- PACIENTES CON LATENCIA DE MAS DE 10 MSEC. *

LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION CLINICA DE LOS PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA FUERON AL FINAL LOS SIGUIENTES:
DENTRO DEL GRUPO 1 HUBO 2 PACIENTES.
DENTRO DEL GRUPO 2 HUBO 2 PACIENTES.
DENTRO DEL GRUPO 3 HUBO 4 PACIENTES.
DENTRO DEL GRUPO 4 HUBO 2 PACIENTES.

EN CUANTO A LOS PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA , ..
LOS RESULTADOS DE LA EVALUACION CLINICA FINAL FUERON LOS SIGUIENTES:

EN EL GRUPO 1 ENCONTRAMOS 0 7 PACIENTES.
EN EL GRUPO 2 ENCONTRAMOS A 1 PACIENTE.
EN EL GRUPO 3 ENCONTRAMOS A 2 PACIENTES.
EN EL GRUPO 4 ENCONTRAMOS A 0 PACIENTES .

LOS RESULTADOS FINALES DE LA EVALUACION ELECTRODIAGNOSTICA DE LOS PACIENTES NO TRATADOS CON ESTEROIDES FUERON LOS QUE SIGUEN A CONTINUACION :

EN EL GRUPO A HUBO 5 PACIENTES.
EN EL GRUPO B HUBO 5 PACIENTES.
NO HUBO PACIENTES EN LOS GRUPOS C Y D .

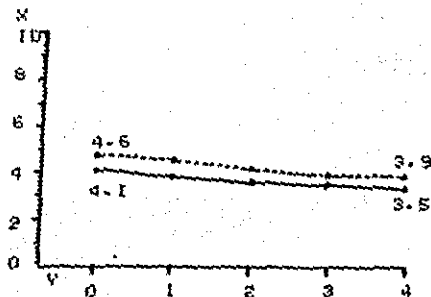
DE LOS PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA LOS RESULTADOS ELECTRODIAGNOSTICOS FINALES FUERON LOS SIGUIENTES:

EN EL GRUPO A ENCONTRAMOS A 6 PACIENTES.
EN EL GRUPO B ENCONTRAMOS A 2 PACIENTES.
TAMPOCO SE ENCONTRARON PACIENTES EN EL GRUPO C Y D.

NO SE SUSPENDIO NINGUN TRATAMIENTO CON PREDNISONA DEBIDO A QUE LAS REACCIONES SECUNDARIAS QUE SE ENCONTRARON FUERON MUY LEVES SIENDO LAS MAS FRECUENTES LA IRRITACION GASTRICA EN 3 PACIENTES Y NAUSEAS EN UN PACIENTE .

LA SIGNIFICANCIA ESTADISTICA FINAL FUE DE $P = .10$.

PROMEDIO MENSUAL DE LAS LATENCIAS DEL NERVI
 FACIAL AFECTADO EN LOS PACIENTES CON PARALI-
 SIS DE BELL .



— = PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA.

--- = PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA.

X = LATENCIA EN MILLISEGUNDOS .

V = FRECUENCIA DEL ESTUDIO.

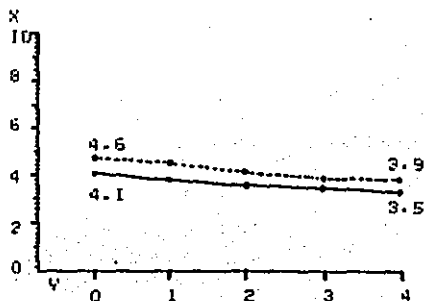
0 = ESTUDIO INICIAL.

1-2-3 Y 4 = EVALUACIONES MENSUALES.

EL PROMEDIO INICIAL DE LA LATENCIA DEL LADO...
 SAÑO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES
 FUE DE 3.2 MSEC.

EL PROMEDIO INICIAL DE LA LATENCIA DEL LADO...
 SAÑO DE LOS PACIENTES NO TRATADOS CON ESTEROI
 DES FUE DE 3.3 MSEC.

PROMEDIO MENSUAL DE LAS LATENCIAS DEL NERVI
 FACIAL AFECTADO EN LOS PACIENTES CON PARALI-
 SIS DE BEIL .



— = PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA.

--- = PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA.

X = LATENCIA EN MILLISEGUNDOS .

Y = FRECUENCIA DEL ESTUDIO.

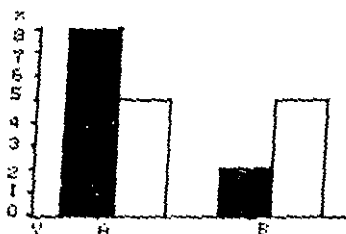
0 = ESTUDIO INICIAL.

1-2-3 Y 4= EVALUACIONES MENSUALES.

EL PROMEDIO INICIAL DE LA LATENCIA DEL LADO
 SANO DE LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES
 FUE DE 3.2 MSEC.

EL PROMEDIO INICIAL DE LA LATENCIA DEL LADO
 SANO DE LOS PACIENTES NO TRATADOS CON ESTEROI
 DES FUE DE 3.3 MSEC.

RESULTADOS DE LA EVALUACION ELECTRODIAGNOSTICA FINAL
DE LOS PACIENTES CON PARALISIS DE BELL .



■ = PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA.

□ = PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA.

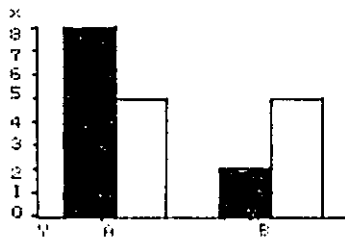
X = NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE SE INCLUYEN DENTRO DE CADA GRUPO .

Y = GRUPO AL QUE CORRESPONDEN LOS PACIENTES.

GRUPO A = PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 4 MSEC.

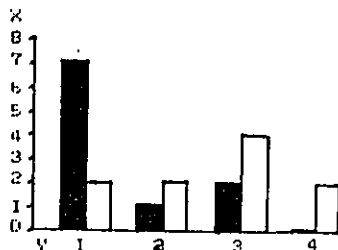
GRUPO B = PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 7 MSEC.

**RESULTADOS DE LA EVALUACION ELECTRODIAGNOSTICA FINAL
DE LOS PACIENTES CON PARALISIS DE BELL .**



- = PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA.
- = PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA.
- X = NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE SE INCLUYEN DENTRO DE CADA GRUPO .
- Y = GRUPO AL QUE CORRESPONDEN LOS PACIENTES.
 - GRUPO A = PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 4 MSEC.
 - GRUPO B = PACIENTES CON LATENCIA MAXIMA DE 7 MSEC.

**RESULTADOS DE LA EVALUACION CLINICA FINAL
DE LOS PACIENTES CON PARALISIS DE BELL.**



■ = PACIENTES TRATADOS CON PREDNISONA.

□ = PACIENTES NO TRATADOS CON PREDNISONA.

X = NUMERO TOTAL DE PACIENTES QUE SE INCLUYEN EN CADA GRUPO .

Y = GRUPO AL QUE CORRESPONDEN LOS PACIENTES.

GRUPO 1 = PACIENTES CON RECUPERACION COMPLETA EN LOS PRIMEROS 2 MESES. E.C.M. EN 3 .

GRUPO 2 = RECUPERACION COMPLETA ENTRE 2 Y 4MESES E.C.M. EN 3.

GRUPO 3 = RECUPERACION INCOMPLETA EN LOS 4 MESES CON SIMETRIA EN REPOSO E.C.M. EN 2.

GRUPO 4 = RECUPERACION INCOMPLETA EN LOS 4 MESES CON ASIMETRIA FACIAL EN REPOSO E.C.M. EN 0 Y EN 1 .

COMENTARIOS

SE APPRECIA DE MANERA CLARA LA DIFERENCIA EXISTENTE ENTRE LOS PACIENTES TRATADOS CON ESTEROIDES Y LOS QUE NO RECIBIERON PREDNISONA , TANTO EN EL ASPECTO CLINICO EN EL QUE SOLO OBTUVIMOS 2 PACIENTES EN EL GRUPO I DE LOS QUE NO RECIBIERON ESTEROIDES MIENTRAS OBTUVIMOS EN EL MISMO GRUPO (D) A 7 PACIENTES DE LOS QUE RECIBIERON ESTEROIDES , MIENTRAS QUE EN LA VALORACION ELECTRODIAGNOSTICA OBSERVAMOS A 5 PACIENTES QUE NO RECIBIERON ESTEROIDES EN EL GRUPO (A) Y OBSERVAMOS A 8 PACIENTES EN DICHO GRUPO (A) DE LOS QUE SI RECIBIERON ESTEROIDES .

A PESAR DE QUE LOS VALORES ESTADISTICOS NO ALCANZARON UNA SIGNIFICANCIA MUY IMPORTANTE SE CONCLUYE LA UTILIZACION DE PREDNISONA A LAS DOSIS MENCIONADAS DEBIDO A LA AUSENCIA DE REACCIONES ASOCIADAS SEVERAS Y A LA PREVENCION DE DEGENERACION ASI COMO TAMBIEN A LA MAS PRONTA RECUPERACION DE LA PARALISIS EN ALGUNOS PACIENTES .

REFERENCIAS.

- 1.- DOYLE W F. EXPERIMENTAL FACIAL NERVE PARALYSIS AN EVALUATION SURGICAL AND MEDICAL THERAPY. ARCH OTOLARYNGOL 1972;95:313 .
- 2.- BROWN S J. BELL'S PALSY: A 5 YEAR REVIEW OF 174 CASES AN ATTEMPTED DOUBLE BLIND STUDY . LARYNGOSCOPE 1982;92:1369-73.
- 3.- GOSS S A. PREDNISOLONE FOR IDIOPATHIC FACIAL PALSY-DRUG AND THERAPEUTICS BULLETIN 1973; 2:18 .
- 4.- EKSTRAND T. BELL'S PALSY. BENEFICIAL EFFECT OF TREATMENT WITH ADENOCORTICOTROPHIC HORMONE IN PATIENTS WITH POOR PROGNOSIS. -OTOLARYNGOL 1979;87:9-15.
- 5.- GORDON J.O-BELL'S PALSY. EAR NOSE AND THROAT JOURNAL 1978; _ 57:14-19.
- 6.- HUIZING E. TREATMENT OF BELL'S PALSY. ACTA OTOLARYNGOL 1981_ 92:115-121.
- 7.- JORCHINS H Z ELIACHAR I. EARLY DIAGNOSIS IN BELL'S PALSY A _ NERVE CONDUCTION STUDY .THE LARYNGOSCOPE 1980;90:1705-1707 .
- 8.- JOHNSON M E. PRACTICAL ELECTROMYOGRAPHY: WILLIAMS & WILKINS.
- 9.- JONGKEES B W. ON PERIPHERAL FACIAL NERVE PARALYSIS. ARCH OTI LARYNGOL 1972;95:317-320.
- 10.-JONGKEES L B. FACIAL PARALYSIS. ITS DIAGNOSIS AND THERAPY . _ Q.R.L. 1978;40:2-22.
- 11.-ADDUR K K. PREDNISONE TREATMENT FOR IDIOPATHIC FACIAL PARALY SIS. THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 1972;267:1268-72.
- 12.-ADDUR K K. IDIOPATHIC FACIAL PARALYSIS: FACTORS AFFECTING _ SEVERITY AND OUTCOME IN 445 PATIENTS. NEUROLOGY 1974;24:1112
- 13.-ADDUR K K. DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF FACIAL PARALYSIS .THE NEM ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE 1982;307:6-
- 14.-LAWRENCE P , BURGESS A. BELL'S PALSY, THE STEROID CONTROVER- SY REVISITED . THE LARYNGOSCOPE 1984;94:1472-1476.
- 15.-LITTER M. COMPENDIO DE FARMACOLOGIA.EL ATENED.1972-
- 16.-LOMERY L T.THE ELECTROMYOGRAPHER'S HANDBOOK.LITTLE BROWN AND COMPANY BOSTON. 1981.
- 17.-LUDMAN M. FACIAL PALSY. BRITISH MEDICAL JOURNAL 1981;282:545

- 18.- MAY M. ETTE P. THE USE OF STEROIDS IN BELL'S PALSYP: A PROS-
PECTIVE CONTROLLED STUDY . LARYNGOSCOPE 1976;86:1111-1122.
- 19.- MAY M. KLEIN R. TAYLOR H. IDIOPATHIC FACIAL PALSYP: NATURAL
HISTORY DEFIES STEROID OR SURGICAL TREATMENT. LARYNGOSCOPE
1985;95:403-406.
- 20.- MARK E W. PREDNISONE TREATMENT FOR BELL'S PALSYP. JOURNAL OF
IOWA MEDICAL SOCIETY 1973;63:5.
- 21.- MC ARTHUR J. IDIOPATHIC FACIAL PARALYSIS. HOSPITAL MEDICINE
1985;13:22.
- 22.- OLSEN K D. GENERAL EVALUATION, BELL'S PALSYP. POSTGRADUATE
MEDICINE 1984;75:8.
- 23.- PARRY W. KING P. RESULTE OF TREATMENT IN PERIPHERAL FACIAL
PARALYSIS. A 25 YEAR STUDY . THE JOURNAL OF LARYNGOLOGY
1977;55:551-554.
- 24.- LEWIS P. TREATMENT OF BELL'S PALSYP. THE NEW ENGLAND JOURNAL
OF MEDICINE 1972;75:1298-1299.
- 25.- SHELDON M W. WAGNER J H. TREATMENT OF BELL'S PALSYP WITH
PREDNISONE, A PROSPECTIVE RANDOMIZED STUDY. NEUROLOGY 1978,
28:158-161.
- 26.- TAVERNER D. CORTISONE TREATMENT OF BELL'S PALSYP. THE LANCET
1954;1:1952-1954.
- 27.- TAVERNER D. COHEN S. HUTCHINSON B. COMPARISON OF CORTICD --
TRADPHIN AND PREDNISOLONE IN TREATMENT OF IDIOPATHIC FACIAL
PARALYSIS. BRITISH MEDICAL JOURNAL 1971;4:20-22.
- 28.- TAVERNER D. BELL'S PALSYP . NURSING TIMES 1975;892-893.
- 29.- TONKIN J P. THE MODERN MANAGEMENT OF BELL'S PALSYP. THE ME--
DICAL JOURNAL OF AUSTRALIA 1970;2:824-826.