



11222
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Sistema Nacional para el Desarrollo Integral
de la Familia

"INCIDENCIA DE PARALISIS FACIAL Y CAUSAS QUE
LA PRODUCEN EN EL CENTRO DE REHABILITACION
Y EDUCACION ESPECIAL IZTAPALAPA DEL SISTEMA
NACIONAL PARA EL DESARROLLO INTEGRAL DE LA
FAMILIA"

MAYO 1986 - NOVIEMBRE 1990

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA
Y REHABILITACION
P R E S E N T A:
DRA. ROSA LILIA CHIQUILLO BARRIOS

Asesor: Dr. Alejandro Parodi Carbajal

DIF

México, D. F.

1991

FALLA DE ORIGEN



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 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO	3
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	19
CUADROS	22
GRAFICAS	24
DISCUSION	39
CONCLUSIONES	47
SUGERENCIAS	48
REFERENCIAS	50

I N T R O D U C C I O N

La parálisis facial se desencadena por afección del VII par craneal, producida por múltiples patologías, por lo que es importante establecer la etiología.

Las alteraciones que conllevan ésta patología afectan al individuo en su esfera emocional, familiar, social y económica, de allí que, una correcta valoración de estos pacientes nos ayuda a hacer un diagnóstico eficaz y temprano, iniciar un tratamiento oportuno y dictar un pronóstico de invalidéz; nos permitirá brindarle al paciente una atención médica de mayor calidad y ayudarle a una pronta integración emocional y social.

No hay estadísticas Nacionales e Internacionales de la incidencia de parálisis facial. La mayoría de los reportes estadísticos llegan a ser de clínicas individuales que tienden a especializarse en ciertos tipos de pacientes.

En los Centros de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la parálisis facial ocupó el 4o. lugar de atención médica en el período de 1987 a 1990.

Por lo anterior es importante conocer la incidencia y las causas de la parálisis facial que afectan a la población del Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, del período

de Mayo de 1986 a Noviembre de 1990 y así poder realizar un protocolo de estudio para, en conjunto con un equipo multidisciplinario, atender en forma oportuna a pacientes con parálisis facial.

M A R C O T E O R I C O

ANTECEDENTES HISTORICOS:

La historia de la parálisis del nervio facial se asocia con los nombres de tres grandes cirujanos Británicos. (1)

En 1829 Sir Charles Bell demostró ante la Gran Sociedad de Londres que la inervación motora de los músculos de la expresión facial está a cargo del séptimo par craneal.

Por mucho tiempo desde entonces, a todos los casos de parálisis del nervio facial se le rotuló con el nombre de "Parálisis de Bell" y recién en los últimos años éste nombre ha sido limitado para los casos que se presenten de pronto sin causa aparente en un individuo que en otros sentidos es sano.

En 1895 Ballence describió la anastomosis eficaz del nervio facial con el nervio espinal. En 1932 junto con Arthur B. Ducl publicaron una serie de artículos sobre injertos nerviosos encaminados a restaurar la continuidad del nervio facial en el acueducto de Falopio en el mono y después en el ser humano.

En 1938 Terence Cawhome utilizó el microscópio quirúrgico para operar el nervio facial dentro del hueso temporal. Este instrumento que hoy se usa en todas las operaciones del nervio facial, permite explorar el nervio, descomprimirlo o injertarlo sin agravar con ningún traumatismo quirúrgico la lesión patológica.

En 1927 Sterling Bunnell realizó la primera sutura de éste nervio en su conducto óseo.

CAUSAS DE LA PARALISIS FACIAL

La parálisis facial es un síntoma o signo y no una enfermedad. Hay que hacer todo lo posible para establecer la etiología. Si se reconoce la causa de la parálisis y se le trata, como sucede en la miastenia gravis, sarcoidosis, neoplasias o infección del hueso temporal, se puede alterar el progreso de la enfermedad y también de la parálisis.

El médico general debe tener conciencia de qué se debe hacer una evaluación cuidadosa, en particular por un Otológo. Con mayor frecuencia a los pacientes que se presentan con parálisis facial periférica se les diagnostica parálisis de Bell sin someterlos a una evaluación Otoneurológica minuciosa. La parálisis facial puede ser un signo incipiente de un trastorno neurológico que puede ser letal, como poliomielitis o síndrome de Guillan-Barré. Si se sospecha éstos estados, se puede hacer el diagnóstico sin pérdida de tiempo y salvar quizás una vida. Es importante señalar que el 17% de los pacientes que llegaron con diagnóstico de parálisis de Bell tenían otra enfermedad.

Al considerar el diagnóstico diferencial de la parálisis facial periférica se deben de tener en cuenta muchas posibilidades:

AL NACIMIENTO: Moldeamientos, forceps, distrofia miotónica, síndrome de Möbius (diplejia facial asociada con parálisis de otros nervios craneales).

TRAUMATICAS: Fractura de la base del cráneo, heridas de cara, herida penetrante del oído medio, parálisis por altitud.

NEUROLOGICAS: Síndrome de Landry-Guillain-Barré (parálisis ascendente), esclerosis múltiple, miastenia gravis, síndrome opercular (lesión cortical en el área motora facial), síndrome de Millard-Gubler (parálisis del motor ocular externo con hemiplejia contralateral por lesión del tracto corticoespinal en la base de protuberancia).

INFECIOSA: Otitis externa, otitis media, mastoiditis, varicela, herpes zoster ótico (síndrome de Ramsay-Hunt), encefalitis, poliomielitis (tipo 1), sarampión, mononucleosis, lepra, gripe, coxsackievirus, paludismo, sífilis, sarcoidosis (enfermedad de Heerfordt fiebre uveoparotídea).

METABOLICAS: Diabétes sacarina, hipertiroidismo, embarazo.

NEOPLASICA: Colesteatoma, tumor de VIII par, glomus yugular, leucemia, meningioma, hemangioblastoma, sarcoma, carcinoma (invasor o metastásico), seno sigmoideo anómalo, hemangioma del tímpano, hidradenoma (CAE), osteopetrosis, tumor del nervio facial (cilindroma), schwannoma, teratoma, enfermedad de Hand-Schüller-Christian.

TOXICAS: Talidomida (síndrome de Miehke,afección de nervios craneales VI, VII, oídos externos malformados y sordera), tétanos y difteria.

IATROGENICA: Bloqueo anestésico mandibular, suero antitetánico, vacuna antirrábica, posinmunización poliomielítica, cirugía parotídea, -
cirugía mastoidea, posamigdalectomía y adenoidectomía.

IDIOPATICA: Parálisis de Bell, síndrome de Melkersson-Rosenthal -
(lengua fisurada, edema faciolabial-parálisis facial recurrente familiar).

La mononeuropatía más común que afecta el nervio facial, es idiopática, catalogada como parálisis de Bell. Un individuo en los Estados Unidos es afectado por parálisis de Bell aproximadamente cada 12 minutos con una incidencia del 22.8 por 100,000 al año. (2). Es un término exclusivo que se reserva para los pacientes en quienes se han descartado todas las causas conocidas de parálisis periférica. Su etiología es desconocido. Algunos factores pueden contribuir para que la parálisis resulte de isquemia del nervio facial en el rígido canal de Falopio. La inestabilidad vasomotora, infección viral y factores hereditarios han sido propuestos y pueden, sólo o juntos jugar un rol en la patofisiología de la parálisis de Bell - (3). La parálisis de Bell no es una enfermedad primaria del nervio facial a diferencia de lo que se decía clásicamente, sino una neuropatía inflamatoria primaria del nervio de la cuerda del tímpano que afecta al nervio facial en forma retrógrada (4).

Devriese revisó 2572 expedientes con parálisis facial periférica y reportó que el 58% correspondió a parálisis de Bell, presentando mayor incidencia de la sintomatología en Enero y Febrero, no

se encontró diferencia significativa en el lado afectado y en cuanto a sexo. Presentó recurrencia en el 8.6% y en el 4.7% en mujeres embarazadas. Aproximadamente 1 de 4 presentaron enfermedades asociadas - Hipertensión (12.9%), Diabetes (2.5%)(5). En la patogénesis de la parálisis de Bell es posible que la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, estén implicados particularmente en pacientes jóvenes. En la diabetes mellitus, la isquemia es el mecanismo de la neuropatía y en la hipertensión, la hemorragia puede ser responsable. En estos casos, los disturbios circulatorios en el canal de Falopio están involucrados (6). Existe un 10% de antecedentes familiares positivos de parálisis de Bell. El análisis genealógico de los familiares indica que el modelo de herencia de la parálisis de Bell Familiar posiblemente sea autosómico dominante con baja penetración. Parece probable que la parálisis de Bell Familiar hay una elevada incidencia de recurrencia y asociación a diabetes mellitus (7).

Otra causa de parálisis facial muy frecuente en los niños es la otitis media aguda. Se postula que la parálisis facial ocurre en el curso de una otitis media aguda es debido a las dehiscencias congénitas en el canal de falopio, las que permiten difusión de los mediadores inflamatorios dentro del nervio expuesto. La otitis media sub-aguda con infección enmascarada de la mastoides es rara, pero importante causa de parálisis facial en niños. El colesteatoma o erosión osteolítica del hueso es el principal mecanismo patológico. En estas circunstancias la rápida intervención quirúrgica está indicada. En el síndrome conocido como otitis externa maligna, la parálisis -

facial es común, el sitio de lesión es extratemporal y el mecanismo de la parálisis es la neurotoxina elaborada por el organismo causante, la *Pseudomona aeruginosa*; la cirugía esta contraindicada (8).

El síndrome de Ramsay-Hunt es causado por el herpes zoster ótico e incluye parálisis facial asociada con pérdida auditiva, vértigo y erupción herpética en el meato auditivo externo y en el cavum de la concha. La parálisis facial resulta de una respuesta inflamatoria en el nervio facial causado por la infección herpética. Los cambios inflamatorios causan suficiente edema y acumulación de metabolitos dentro de un fijo canal óseo resultando en parálisis isquémica (9). El síndrome generalmente se creó que sea causado por reactivación del virus zoster de la varicela que ha estado latentemente infectando al ganglio geniculado. Se ha postulado que la diabetes mellitus dispara la reactivación de la infección latente, pero algunos estudios indican que no existe relación con esta reactivación.

EVALUACION CLINICA:

La evaluación de los pacientes con parálisis facial, debe ser un proceso cuidadoso que incluye una historia clínica detallada, exploración física completa, determinar el sitio de la lesión y de terminar la extensión fisiológica del nervio involucrado.

Es importante que uno trate de precisar el sitio anatómico donde ocurrió la lesión y produjo la alteración de la función facial. Una vez que se determine clínicamente, sí la lesión es proxi

mal o distal al núcleo del facial, es posible además, identificar el sitio de involucración del nervio periférico, probando la fusión de sus ramas. Una lesión proximal al ganglio geniculado produce disminución de la secreción lagrimal, así como disturbios en la función de otras ramas. Una lesión en el segmento del oído medio del nervio no afecta la secreción lacrimal, pero interfiere con el reflejo estapedial, ipsilateral, con la secreción de la glándula submaxilar y la función de los dos tercios anteriores de la lengua ipsilateral. Si la lesión está en el curso vertical del nervio facial dentro del hueso mastoideo, habrá alteraciones del gusto así como disminución de la secreción de la glándula submaxilar, sin embargo la secreción lacrimal y el reflejo estapedial serán normales. Si la lesión del nervio facial es en el agujero estilo-mastoideo o distal a él, todas las ramas antes mencionadas reflejan la función probada normal.

Para determinar el sitio de la lesión se pueden utilizar la prueba de Shirmer para la secreción lacrimal, la prueba del reflejo estapedial, electrogustometría y mediciones de la secreción salival.

El principal propósito de las pruebas electrodiagnósticas en pacientes con parálisis facial aguda es, para diferenciar entre neuropraxia y degeneración tan pronto como sea posible, conocer el pronóstico y evaluar el tipo de tratamiento que se proporcionará a los pacientes quienes han sufrido de degeneración nerviosa (10). Aunque la prueba electrofisiológica ideal aún no existe, el mejor método de evaluar al nervio facial es comparar la amplitud del potencial evocado del lado afectado con el lado sano. Este deberá desarrollarse en los días 3, 5, 7, 9, 11 y 13, después de la parálisis. Si el

porcentaje de axones sobrevivientes es por debajo del 10% dentro - de los primeros 14 días, sugiere una recuperación incompleta. La - electromiografía de 5 músculos faciales a los tres días después del inicio, provee una idea de la función de la unidad motora y también es de ayuda para conocer el pronóstico. Ambas pruebas se pueden con - tinuar más allá de las 2 semanas siguientes a una regeneración ner - viosa, sin embargo el valor pronóstico llega a ser limitado (11). - El reflejo de parpadeo junto con la electromiografía valoran la con - ducción neural a través de la porción intracraneal del séptimo par, también se emplea como valor pronóstico en pacientes con parálisis de Bell (12). Los estudios seriados son de mayor ayuda después del - retorno del reflejo previamente ausente antes de la pérdida de exita - bilidad distal sea próxima, siempre se asocia con recuperación clí - nica satisfactoria (13).

Además de las pruebas eléctricas y del flujo salival, la evaluación del pronóstico de un caso de parálisis facial en parti - cular, debe basarse en los antecedentes del comienzo, duración de la parálisis, presencia o no de algiacusia en el lado paralizado, si la parálisis es completa o no, si hay presencia o ausencia de lagrimeo y en la evolución, de paresia a parálisis total en un período de 2 - a 10 días, es de mal pronóstico. Mark May ha estudiado a pacientes - con estos antecedentes, el 75% adquirieron degeneración con retorno incompleto de la función. La presencia de un ojo seco o pérdida del lagrimeo en el lado afectado, también es de mal pronóstico. En otra serie, más del 90% de los pacientes que se presentaron sin lagrimeo

o que perdieron el lagrimeo después, tuvieron degeneración severa - y un retorno muy insatisfactorio de la función facial, con importantes complicaciones por regeneración defectuosa (14). El mantenimiento de ciertos movimientos faciales o el retorno temprano del movimiento facial antes de las 2 primeras semanas desde el comienzo, es de pronóstico favorable para la recuperación espontánea, aunque las pruebas de flujo salival submaxilar y las pruebas eléctricas den resultados anormales.

No todos los pacientes con parálisis facial requerirán pruebas pronósticas porque el resultado puede ser ya predecible (tumor acústico) o porque la causa es la indicación del tratamiento (otitis media crónica). Las pruebas señaladas son de mayor utilidad para la parálisis facial aguda que se desarrolló sobre un curso de días a semanas (Parálisis de Bell, fracturas del hueso temporal).

Las pruebas pronósticas deberán de aplicarse dentro de las dos primeras semanas de iniciada la parálisis, en la parálisis de Bell (15).

TRATAMIENTO:

En todos los pacientes se hace tratamiento de apoyo - con analgésicos y medidas de protección ocular como sea necesario, - para evitar complicaciones oculares. El calor infrarrojo y los masajes suaves de los músculos faciales, realizados con los pulpejos de los dedos con movimientos circulares, contribuyen a estimular la circ

culación sanguínea y a mantener el tono muscular, previniendo la -
atrofia hasta tanto se recupere el nervio. Para este fin, también
es útil la estimulación galvánica. Al iniciar los movimientos volun-
tarios se suspende el calor, los masajes, y la estimulación galváni-
ca, y, en cambio, se realizan ejercicios faciales frente a un espejo
de 2 a 3 veces al día (16).

Es difícil juzgar la utilidad del tratamiento por la
tendencia a una recuperación espontánea más o menos completa en casi
todos los casos, que se descartó alguna etiología o que ameritó tra-
tamiento específico. Algunos autores recomiendan dar dosis bastantes
grandes de corticoesteroides por su efecto descongestivo y anti-infla-
matorio pero otros dudan de su eficacia. Aún no hay pruebas convin-
centes de que la prednisona administrada diariamente a dosis de 60-
80 mg. durante los primeros días tengan algún efecto (17).

Mark May menciona que la descompresión del nervio -
facial en el segmento laberíntico es efectiva, cuando se encuentran
respuestas anormales de la producción del flujo salival y lacrimal.
(18). También menciona que la cirugía descompresiva del nervio facial
transmastoidea no se recomienda en pacientes con parálisis de Bell, -
porque el beneficio de la cirugía no ha sido identificado. (19).

El procedimiento rehabilitatorio ideal para lesiones
del nervio facial es proveer apariencia simétrica al reposo, movimien-
tos selectivos de toda la musculatura facial, voluntarios e involunta-
rios, y no movimientos en masa o sincinecias y ningún otro déficit -

muscular o motor. Aunque no hay un solo procedimiento quirúrgico - para una completa rehabilitación y restaurar la función del nervio facial como antes de la lesión, la mejoría puede ser obtenida con una combinación de procedimientos. La selección del procedimiento apropiado requiere de conocimiento del sitio, tiempo y patofisiología de la lesión del nervio facial, pronóstico de recuperación y la valoración del estado de la musculatura facial.

El empleo de anastomosis del nervio Hipogloso-Facial - es controversial en la lista de técnicas quirúrgicas usadas en el tratamiento de parálisis facial, el propósito de este tipo de operación es mejorar el tono y los movimientos de los músculos faciales. Los - pacientes que han sido sometidos a ésta técnica y han sido seguidos adecuadamente, han tenido de buena a excelente simetría facial en reposo. Los resultados indican que esta técnica puede tener un papel - importante en el tratamiento de esta condición debilitante. (20)

El objetivo de esta investigación es determinar la - incidencia de parálisis facial y conocer las causas más frecuentes - que la ocasionan, en la población del Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa del Sistema Nacional para el Desarrollo - Integral de la Familia. Período de Mayo 1986 a Noviembre de 1990.

MATERIAL Y METODOS

Se procedió a revisar todos los expedientes de archivo clínico del 22 Mayo 1986 al 30 Noviembre 1990 del Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, para seleccionar los expedientes con diagnóstico de parálisis facial que ingresaron al centro durante ese período.

Para la recolección de datos se formuló una historia - clínica ideal, considerándose como interrogatorio completo la presencia de ficha de identificación, antecedentes familiares de parálisis facial, diabéticos e hipertensos: nivel socio-económico, escolaridad, ocupación, estado civil; patologías de oído, parálisis recurrente, diabetes mellitus, hipertensión arterial, vacunas; fecha de inicio del padecimiento actual, modo de presentación, manifestaciones clínicas y si recibió tratamiento médico a su ingreso.

En cuanto a la exploración física, se consideró completa aquella que especificará expresión facial en reposo y actividad - presencia del fenómeno de Bell, examen muscular de cara, exploración de todos los pares craneales, sensibilidad de cara, evolución de las manifestaciones al 80. día de presentación. Interconsulta por Comunicación Humana, auxiliares diagnósticos; reflejo estapedial, audiometría, Electromiografía, reflejo de párpado y seguimiento de los mismos. (se anexa hoja de captación de datos).

Para establecer el tiempo promedio en que los pacientes con parálisis facial permanecen en la institución, se procedió a revisar las notas médicas de evolución y el control de hojas de terapia física.

La información obtenida se analizó por medio de métodos estadísticos cuantitativos a través de medidas de tendencia central y medidas de dispersión.

HOJA DE CAPTACION DE DATOS
PROTOCOLO DE PARALISIS FACIAL
C R E E IZTAPALAPA

- 1 FICHA DE IDENTIFICACION:
- 1.1 NOMBRE _____
- 1.2 EDAD _____ SEXO: M () F ()
- 1.3 NUMERO DE EXPEDIENTE _____
- 1.4 FECHA DE INGRESO _____ FECHA DE EGRESO _____
- 1.5 DIAGNOSTICO DE INGRESO _____ DIAGNOSTICO DE EGRESO _____
2. A.H.F.
- 2.1 ANTECEDENTE FAMILIAR DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA
SI () NO ()
- 2.2 OTROS _____
3. A.P.N.P.
- 3.1 RESIDENCIA _____ ORIGEN _____
- 3.2 NIVEL SOCIOECONOMICO: BAJO () MEDIO () ALTO ()
- 3.3 ESCOLARIDAD: ANALFABETA () PRIMARIA INCOMPLETA () COMPLETA ()
BACHILLERATO () PROFESIONAL () SECUNDARIA ()
TECNICA ()
- 3.4 OCUPACION: OBRERO () TECNICO () HOGAR () PROFESIONAL ()
COMERCIANTE () OFICIO _____
- 3.5 ESTADO CIVIL: SOLTERO () CASADO () VIUDO () DIVORCIADO ()
UNION LIBRE ()

4 A.P.P.

4.1 PATOLOGIA DE OIDO: MALFORMACIONES () INFECCIONES ()

Ex.HUESO TEMPORAL () CIRUGIAS ()

4.2 PARALISIS FACIAL RECURRENTE: SI () NO ()

EVOLUCION _____

4.3 DIABETES MELLITUS: SI () NO () EVOLUCION _____

4.4 HIPERTENSION ARTERIAL: SI () NO () EVOLUCION _____

4.5 VACUNAS: SI () NO () TIPO _____ FECHA _____

4.6 OTRAS PATOLOGIAS _____

5 PADECIMIENTO ACTUAL:

5.1 FECHA DE INICIO _____

5.2 MODO DE PRESENTACION: REPENTINO () PROGRESIVO ()

5.3 MANIFESTACIONES CLINICAS _____

5.4 TRATAMIENTO PREVIO A SU INGRESO _____

6 ESTADO ACTUAL

6.1 EXPRESION FACIAL: REPOSO _____ ACTIVIDAD _____

6.2 PARALISIS () PARESIA () SIGNO DE BELL ()

6.3 ALTERACION DE PARES CRANEALES () _____

6.4 OTRAS ALTERACIONES _____

7 MANEJO INSTITUCIONAL

7.1 TRATAMIENTO MEDICO: CORTICOIDES () COMPLEJO B ()

ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS ()

PROTECCION OCULAR () OTROS _____

7.2 TERAPIA FISICA: _____

7.3 NUMERO DE SESIONES _____

7.4 INTERCONSULTAS: PSICOLOGIA () COMUNICACION HUMANA ()
NEUROLOGIA () OTORRINOLARINGOLOGIA ()
OTRAS _____

7.5 AUXILIARES DIAGNOSTICOS: AUDIOMETRIA () NORMAL ()
ALTERADA () REFLEJO ESTAPEDIAL ()
PRESENTE () AUSENTE ()
ELECTROMIOGRAFIA NORMAL ()
ALTERADA () FECHA _____
REFLEJO DE PARPADEO: _____
OTROS _____

8 EVOLUCION

8.1 SATISFACTORIA () MALA () ESTACIONARIA ()

9 SECUELAS

9.1 PARALISIS () PARESIA () SINCINECIAS ()NINGUNA ()

10 MOTIVO DE ALTA

10.1 MEJORIA () DESERCIÓN () DEFUNCIÓN ()

11 ALTA

11.1 DOMICILIO () OTRA INSTITUCION ()

RESULTADOS

- 1.- En el Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa el total de expedientes con Parálisis Facial fué de 192 en el período de Mayo 1986 a Noviembre de 1990. La Distribución por sexo correspondió a 101 femeninos y 91 masculinos. La edad promedio encontrada fué en la cuarta década de la vida. (Cuadro 1).
- 2.- Al determinar la incidencia anual de Parálisis Facial se observó un incremento en ésta de manera progresiva. (Cuadro 2)
- 3.- La localización topográfica de la Parálisis Facial correspondió a 187 pacientes (97%) a Parálisis Facial Periférica y a 5 pacientes (2.6%) a Parálisis Facial Central, sin encontrar diferencia del lado afectado. (Gráfica 1)
- 4.- El nivel de lesión se reportó en 59 pacientes (30.7%); 34 pacientes (58%) correspondió a supracordal y 25 pacientes (42%) infra-nuclear. (Gráfica 2)
- 5.- Las causas de Parálisis Facial se reportó en 25 expedientes (13%) 6 pacientes (24%) correspondió a Parálisis de Bell; 6 (24%) traumáticas; 4 (16%) de origen a determinar; 3 (12%); 2 (8%) secundaria a Otitis Media y 1 (4%) síndrome de Ramsay-Hunt. (Gráfica 3)
- 6.- La evolución de la Parálisis a su ingreso varió de un día a 6 meses de instalada la parálisis acudiendo 60 pacientes (33%) durante la primera semana. (Gráfica 4)

- 7.- Se correlaciono el inicio de presentación de la Parálisis Facial con la estación del año: 35 pacientes (33%) correspondió a Invierno. (Gráfica 5)
- 8.- El tratamiento médico empleado previo a su ingreso se reportó en 105 expedientes (55%) manejados con vitaminas 46 pacientes (44%). (Gráfica 6)
- 9.- El tratamiento médico empleado a su ingreso se proporcionó a 87 pacientes (45%); 32 pacientes (50%) se dió manejo con corticoides. (Gráfica 7)
- 10.- El tratamiento físico institucional se aplicó a 141 pacientes (73%) y en 30 expedientes (15.5%) se encontró registro regular en hojas de terapia física por número de sesiones (Gráfica 8)
- 11.- Las interconsultas proporcionadas correspondieron a 79 pacientes (41%); 68 pacientes (86%) al servicio de Comunicación Humana. (Gráfica 9)
- 12.- El apoyo de auxiliares diagnósticos como la electromiografía - se realizó a 24 pacientes: (12.5%); en 22 pacientes (91.6%) se reportaron alterados y en 2 pacientes (8.3%) normales.(Gráfica 10)
- 13.- El empleo de Audiometría se practicó en 40 pacientes (20%) reportadas como normales en 23 pacientes (57.5%)(Gráfica 11)
- 14.- El uso de reflejo estapedial como auxiliar diagnóstico se empleo en 20 pacientes (14.4%), reportado ausente en 11 pacientes (55%) (Gráfica 12)

- 15- Se reportó en 49 expedientes (25.5%) hoja de alta: 26 pacientes (53%) por mejoría; 19 pacientes (39%) por inasistencia (Gráfica 13)
- 16- En las 49 hojas de alta se valoró el tipo de secuela: 23 pacientes (47%) presentaron paresia; 10 pacientes (20%) sin secuela; 15 pacientes (31%) se desconoce el dato; y un paciente (2%) presentó sincinecias. (Gráfica 14)
- 17- El número de deserción correspondía a 136 pacientes (71%): 53 - pacientes (39%) de primera vez y 83 pacientes (61%) subsecuentes. (Gráfica 15)

PACIENTES ATENDIDOS CON PARALISIS FACIAL POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)

Quadro 1

EDAD	- 1	1 - 4	5 - 11	12 - 19	20 - 29	30 - 49	50 - 59	60 +	TOTAL
PARALISIS FACIAL	-	7	23	23	27	58	26	28	192
%	-	3.64%	11.97%	11.97%	14.06%	30.20%	13.54%	14.58%	100%

TOTAL PARALISIS FACIAL	MASCULINOS	%	FEMENINOS	%
192	91	47.39 %	101	52.60%

FUENTE: ARCHIVO CLINICO C.R.E.E. IZTAPALAPA D I F

INCIDENCIA DE PACIENTES CON PARALISIS FACIAL

EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)

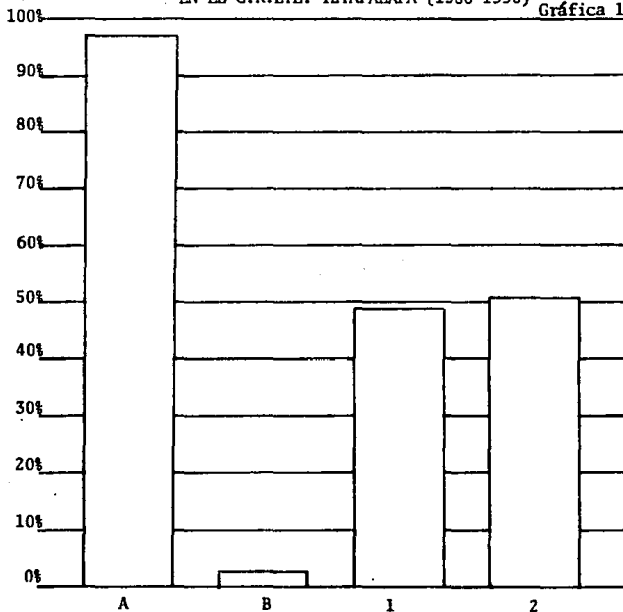
Cuadro 2

AÑO	INCIDENCIA
1987	10.29 CASOS POR 1000 HABITANTES
1988	14.73 CASOS POR 1000 HABITANTES
1989	14.62 CASOS POR 1000 HABITANTES

LOCALIZACION TOPOGRAFICA DE LA PARALISIS FACIAL

EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986-1990)

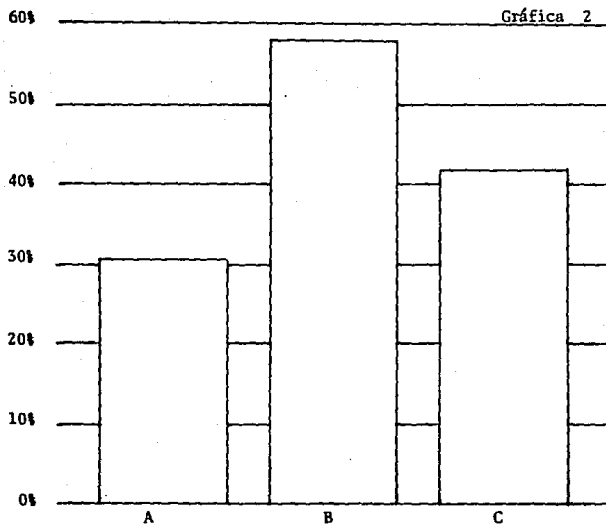
Gráfica 1



A	PARALISIS FACIAL PERIFERICA	97.4%	187 PACIENTES
B	PARALISIS FACIAL CENTRAL	2.6%	5 PACIENTES
1	PARALISIS FACIAL DERECHA	49.0%	95 PACIENTES
2	PARALISIS FACIAL IZQUIERDA	51.0%	97 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
C.R.E.E. Iztapalapa

LOCALIZACION TOPOGRAFICA DE LA PARALISIS FACIAL
 EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)



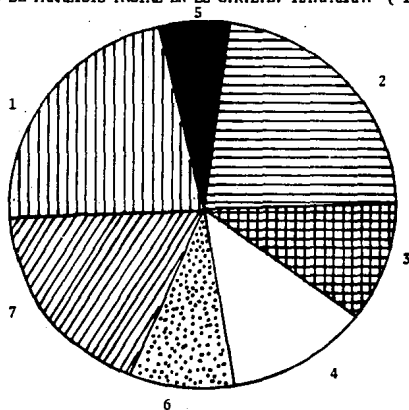
A	PACIENTES CON Dx. TOPOGRAFICO	30.72%	59 PACIENTES
B	SUPRACORDAL	58.00%	34 PACIENTES
C	INFRACORDAL	42.00%	25 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico

C.R.E.E. Iztapalapa

PRINCIPALES CAUSAS DE PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)

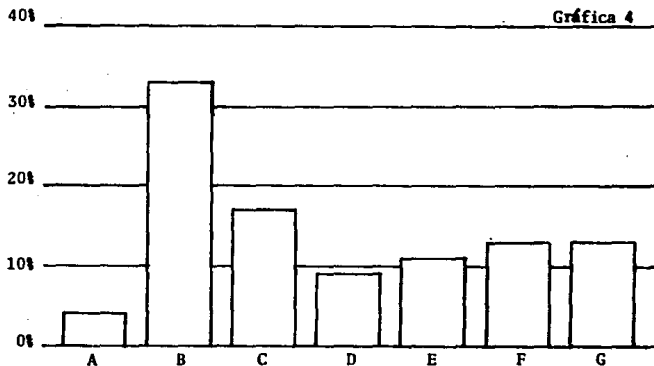
Gráfica 3



- 1.- 24 % PARALISIS IDIOPATICA
- 2.- 24 % PARALISIS TRAUMATICA
- 3.- 12 % CONGENITAS
- 4.- 12 % RARAS
- 5.- 4 % Sx RAMSAY-HUNT
- 6.- 8 % OTITIS MEDIA
- 7.- 16 % ORIGEN A DETERMINAR

FUENTE: 25 EXPEDIENTES CON DIAGNOSTICO ETIOLOGICO
DEL C.R.E.E. IZTAPALAPA

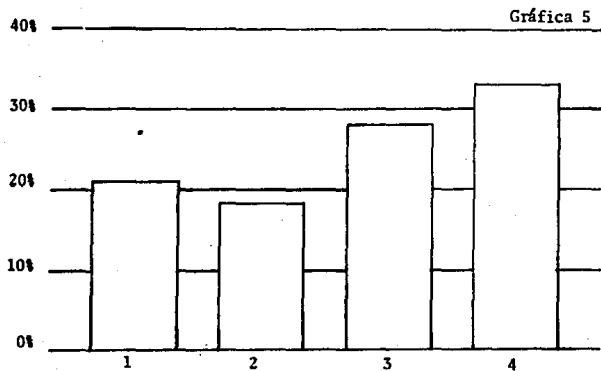
EVOLUCION DE LA PARALISIS FACIAL A SU INGRESO
EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986-1990)



A	1 DIA	4%	7 PACIENTES
B	1 SEMANA	33%	60 PACIENTES
C	2 SEMANA	17%	31 PACIENTES
D	3 SEMANA	9%	17 PACIENTES
E	1 MES	11%	19 PACIENTES
F	2 - 5 MESES	13%	24 PACIENTES
G	+ 6 MESES	13%	24 PACIENTES

Ruente: Archivo Clínico
C.R.E.E. Iztapalapa

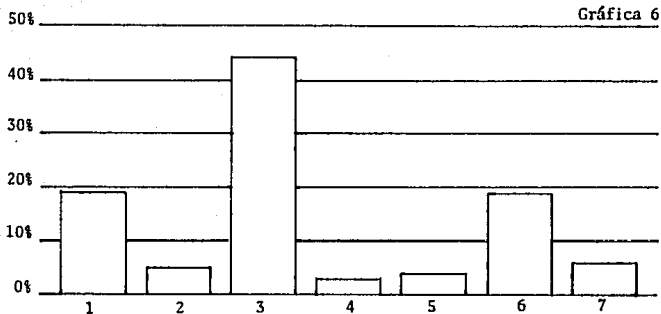
**CORRELACION DEL INICIO DE LA PARALISIS
FACIAL CON LA ESTACION DEL AÑO EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA
(1986 - 1990)**



1	PRIMAVERA	21%	22 PACIENTES
2	VERANO	18%	19 PACIENTES
3	OTONO	28%	30 PACIENTES
4	INVIERNO	33%	35 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
C.R.E.E. Iztapalapa

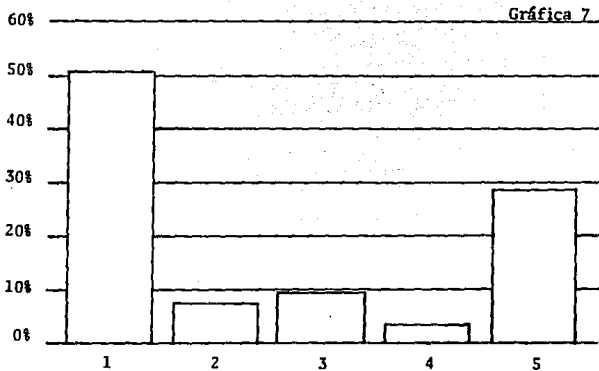
TRATAMIENTO MEDICO PREVIO A SU INGRESO DE
PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)



1	Tx. NO ESPECIFICADO	19%	20 PACIENTES
2	Tx. CORTICOIDES	5%	5 PACIENTES
3	Tx. VITAMINAS	44%	46 PACIENTES
4	Tx. AINE	3%	3 PACIENTES
5	Tx. FISICO	4%	4 PACIENTES
6	COMBINADO C/U	19%	20 PACIENTES
7	OTROS	6%	7 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
C.R.E.E. Iztapalapa

TRATAMIENTO MEDICO INSTITUCIONAL DE LA
PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986-1990)



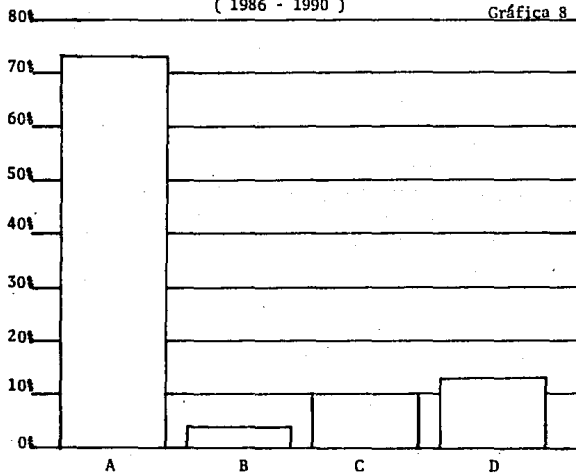
1	CORTICOIDES	50.5%	32 PACIENTES
2	VITAMINAS	7.5%	7 PACIENTES
3	COMBINADOS	9.5%	9 PACIENTES
4	AINE	3.5%	3 PACIENTES
5	PROTECCION OCULAR	28.5%	29 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
C.R.E.E. Iztapalapa

TRATAMIENTO REHABILITATORIO EN PACIENTES
CON PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA

(1986 - 1990)

Gráfica 8

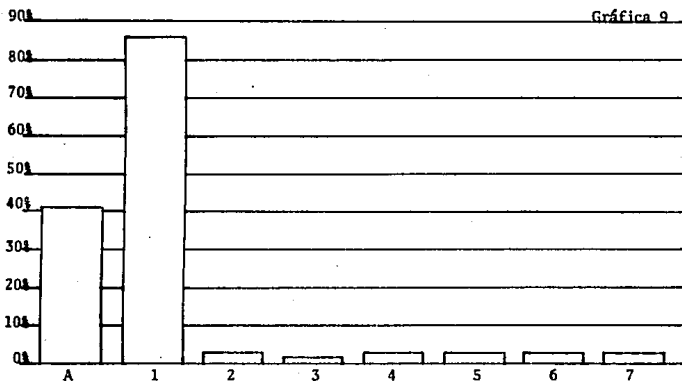


A	Tx. INSTITUCIONAL	73%	141 PACIENTES
B	PROGRAMA EN CASA	4%	7 PACIENTES
C	NO AMERITO Tx.	10%	19 PACIENTES
D	SIN TARJETON DE TERAPIA FIS.	13%	25 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico

C.R.E.E. Iztapalapa

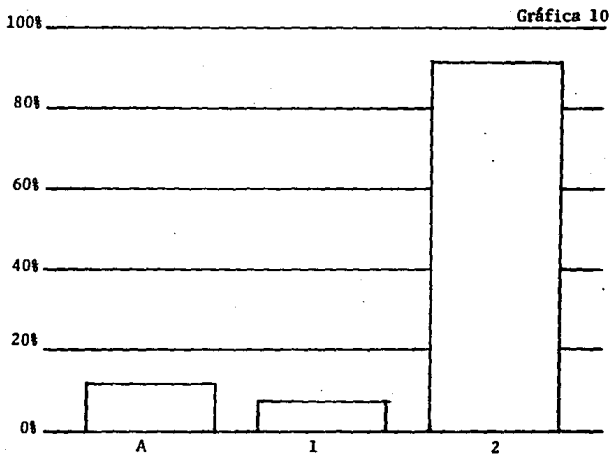
INTERCONSULTAS DE PACIENTES CON PARALISIS
 FACIAL DEL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)



A	SI RECIBIERON	41.1%	79 PACIENTES
1	COMUNICACION HUMANA	86 %	68 PACIENTES
2	OTORRINOLARINGOLOGIA	2.5%	2 PACIENTES
3	MEDICINA INTERNA	1.5%	1 PACIENTES
4	E.A.D.H.T.	2.5%	2 PACIENTES
5	PSICOLOGIA	2.5%	2 PACIENTES
6	OFTALMOLOGIA	2.5%	2 PACIENTES
7	NEUROLOGIA	2.5%	2 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
 C.R.E.E. Iztapalapa

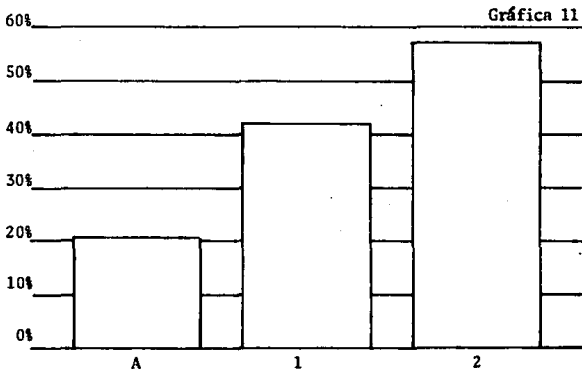
**ELECTROMIOGRAFIAS REALIZADAS A PACIENTES
CON PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986-1990)**



A	SE REALIZARON	12.5%	24 PACIENTES
1	NORMALES	8.33%	2 PACIENTES
2	ALTERADOS	91.66%	22 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
C.R.E.E. IZTAPALAPA

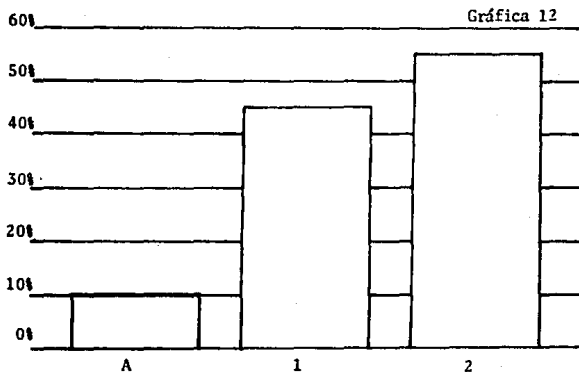
AUDIOMETRIAS REALIZADAS A PACIENTES
CON PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986-1990)



A	AUDIOMETRIAS REALIZADAS	20.8%	40 PACIENTES
1	ALTERADAS	42.5%	17 PACIENTES
2	NORMALES	57.5%	23 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
C.R.E.E. Iztapalapa

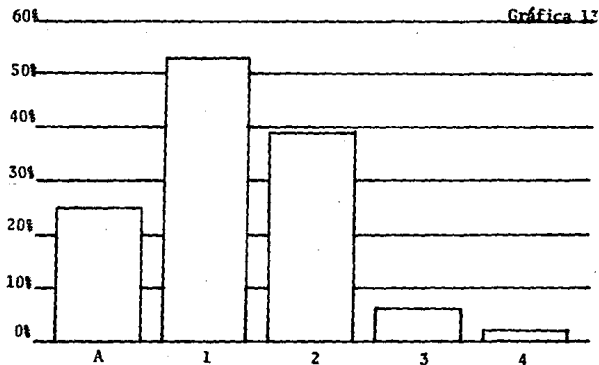
REFLEJO ESTAPEDIAL REALIZADO A
 PACIENTES CON PARALISIS FACIAL EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA
 (1986 - 1990)



A	REFLEJO REALIZADO	10.4%	20 PACIENTES
1	PRESENTE	45 %	9 PACIENTES
2	AUSENTES	55 %	11 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
 C.R.E.E. Iztapalapa

MOTIVO DE ALTA DEL PACIENTE CON PARALISIS FACIAL
 EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)

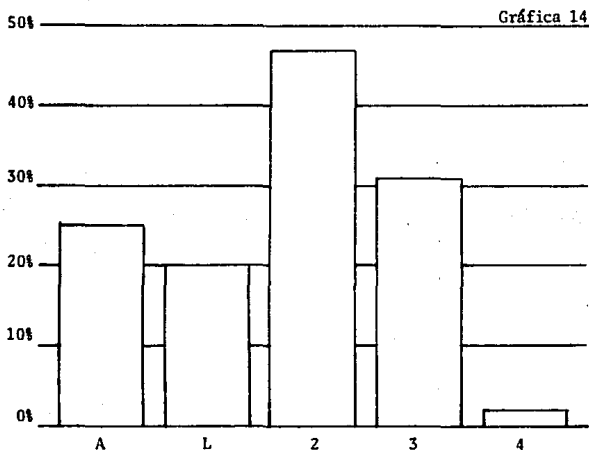


A	SE DIERON DE ALTA	25%	49 PACIENTES A.
1	MEJORIA	53%	76 PACIENTES
2	INASISTENCIA	39%	19 PACIENTES
3	CANALIZABON	6%	3 PACIENTES
4	NO CORRESPONDIERON	2%	1 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico
 C.R.E.E. Iztapalapa

SEQUELAS DE PACIENTES CON PARALISIS FACIAL

EN EL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986-1990)

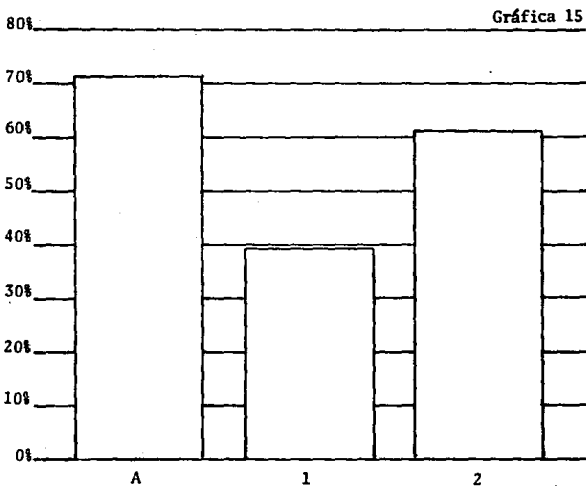


A	ALTAS	25%	49 PACIENTES
1	NINGUNA	20%	10 PACIENTES
2	PARESIA	47%	23 PACIENTES
3	SE DESCONOCE	31%	15 PACIENTES
4	SINCINECIAS	2%	1 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico

C.R.E.E. Iztapalapa

DESERCIÓN DE PACIENTES CON PARALISIS
 FACIAL DEL C.R.E.E. IZTAPALAPA (1986 - 1990)



A	PACIENTES QUE DESERTARON	71%	136 PACIENTES
1	DESERCIÓN DE 1era. VEZ	39%	53 PACIENTES
2	DESERCIÓN SUBSECUENTES	61%	83 PACIENTES

Fuente: Archivo Clínico

C.R.E.E. Iztapalapa

D I S C U S I O N

Brackman (3) refiere que es muy difícil valorar la verdadera incidencia de parálisis facial, primero porque un número de pacientes con este problema no se presentan a consulta médica, por ser una parálisis facial parcial de muy corta duración: segundo por que otro número de pacientes se presentan con médicos generales, neurologos, otorrinolaringólogos, otoneurólogos, fisiatras etc., que en muchos de ellos, estadísticamente sólo se reportan como parálisis facial sin tomar en cuenta la causa que la produce.

No hay estadísticas Nacionales e Internacionales de la incidencia de Parálisis Facial. Es claro, sin embargo, que los trabajos colectados en el V Simposium Internacional sobre el Nervio Facial hubo 10 de 1000 pacientes con esta alteración (22).

Hauser (21) reporta una incidencia de Parálisis Facial de 22.8 por 100 en los Estados Unidos de Norteamérica, la mayoría de los reportes estadísticos llegan a ser de clínicas individuales que tienden a especializarse en ciertos tipos de pacientes.

En el boletín informativo de Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, la parálisis facial ocupó el 4o. lugar de atención médica dentro de las 20 principales patologías atendidas a nivel nacional en los años de 1987 a 1990. Estos datos son nacionales y no se especifica el número de casos de Parálisis Facial, por tanto no hay parámetros de comparación.

En este estudio, se encontró que en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial Iztapalapa, se atendieron a 192 pacientes con Parálisis Facial en un período de 5 años, de los cuales 91 fueron masculinos y 101 femeninos, con una edad promedio de 35.5 años. La incidencia de Parálisis Facial en 1987 correspondió a 10.29 por 100, en 1988 a 14.73 por 100 y en 1989 a 14.62 por 100;

Todos los autores refieren que la causa más frecuente de Parálisis Facial es la parálisis de Bell, pero este término deberá ser usado cuando muchas otras enfermedades que cursen con Parálisis Facial, han sido excluidas, por lo que es necesario emprender una minuciosa evaluación en cada caso. La evaluación incluye: examen físico, pruebas topográficas, radiografía y otras pruebas más especializadas. Las enfermedades sistémicas pueden ser frecuentemente excluidas por una cuidadosa historia clínica y, en algunos casos más estudios son necesarios.

Mark May (22) encontró que en la Parálisis Facial Periférica, la parálisis de Bell ocupó el 53.6%, traumáticas el 13%, diabetes mellitus junto con hipertensión arterial e infecciosas el 11%, etiologías raras el 6.5%, herpes zoster el 5.9%, trauma endotemporal y extratemporal el 5.8% y por otitis media el 4.24%. Estadísticas que no difieren por las descritas por Paparella (2) y Hauser (21). Las estadísticas Nacionales reportadas por Bustamante (23) del Instituto Nacional de Neurología, se encontró que la parálisis de Bell correspondió el 81%, traumáticas el 9%, herpes zoster 4% y otras el 6% .

Las estadísticas difieren a las encontradas en nuestro estudio, porque sólo se reportó diagnóstico etiológico en 25 expedientes y correspondió a parálisis Bell 6 pacientes (23%), traumáticas 6 (23%), de origen a determinar 4 (16%), congénitas 3 (12%), raras 3 (12%), por otitis media 2 (8%), y síndromes de Ramsay-Hunt 1 (4%). Se observó que la historia clínica carece de muchos datos de importancia y necesarios para llegar a un diagnóstico etiológica, por lo que no se logró en 167 expedientes. Un hallazgo importante, es que en 5 expedientes con diagnóstico de Parálisis Facial Supranuclear, no correspondieron las características de Parálisis Facial Supranuclear. Esto sugiere que desde el inicio, no se precisa el sitio anatómico de la lesión, necesario para llegar a un probable diagnóstico etiológico.

La literatura revisada menciona que para llegar a un diagnóstico etiológico más fácilmente en una parálisis facial, primero se deberá precisar un diagnóstico topográfico. La clasificación usada por la mayoría de los autores consultados es la de: supranuclear, nuclear e infranuclear y ésta se sub-divide por segmentos. Clínicamente es posible precisar el segmento, ya que la sintomatología depende de la rama involucrada, auxiliado por las pruebas para que valoren la función de cada una de sus ramas. En nuestro estudio la clasificación usada correspondió a la supracordal e infracordal y se reportó en 59 expedientes: 34 correspondieron a supracordal. El término supracordal abarca todos los segmentos importantes de una

lesión del nervio facial, por lo que es muy importante en un paciente con Parálisis Facial de ayudarse con interconsultas y auxiliares diagnósticos, para precisar el sitio anatómico de lesión.

Paparella (1) menciona que toda Parálisis Facial deberá ser estudiada cuidadosamente, mediante otoneurólogos. Sabemos que en nuestra población esto no es posible, y que contamos con un servicio de Comunicación Humana, que es de ayuda para someter a estos pacientes a una buena evaluación. En nuestro estudio se observó que sólo 68 pacientes se les proporcionó el servicio de Comunicación Humana.

Gates (9) menciona que la Parálisis Facial Periférica en los niños, la Otitis Media es la causa más frecuente y que deberán ser manejados por un equipo multidisciplinario. En nuestra población se observó que 30 pacientes menores de 12 años, se manejaron como Parálisis de Bell, presentaron clínicamente mala evolución y no se canalizaron a Comunicación Humana u a otra institución.

Alford (10) menciona que el reflejo estapedial ausente, se espera en todos los casos de Parálisis Facial Periférica Intra-temporal y que su temprano retorno es un signo de recuperación. En nuestro estudio sólo se les realizó a 20 pacientes: encontrándose ausentes en 11 pacientes y no tuvieron seguimiento.

Paparella (1) y Gates (9) mencionan que en una Parálisis Facial Periférica con alteraciones audiológicas, corroboradas por Audiometría, se sugiere que estos pacientes cursan con una Parálisis Facial Periférica proximal y que deberán ser sometidos a otros tipos

de estudio. En nuestro estudio se realizaron 40 Audiometrías, observándose 17 estudios alterados y no se realizaron otros estudios para encontrar la causa. Todos estos estudios son realizados por el servicio de Comunicación Humana, de ahí la importancia que los pacientes sean valorados por este servicio.

Yanagihara (6) menciona una posible implicación de diabetes mellitus e hipertensión arterial en la patogénesis de la parálisis de Bell, particularmente en pacientes jóvenes, pero esta relación no ha sido establecida. También menciona, una alta incidencia de recurrencia y cerrada asociación de diabetes mellitus con Parálisis de Bell Familiar. En nuestro estudio se trato de encontrar esta relación en nuestra población, pero no se logró, ya que los datos mencionados en la historia clínica, sólo se mencionaron en 45 expedientes; 23 cursaron con diabetes mellitus, 9 con hipertensión arterial y 13 con antecedentes de parálisis recurrente.

Bustamante (23) en el Instituto Nacional de Neurología observó que la mayoría de los pacientes ingresan a su clínica, a los 2 meses de evolución del padecimiento actual. En nuestro estudio se encontró que la mayoría de los pacientes ingresaron a la semana de evolución del padecimiento actual, tiempo muy importante para realizar todos los estudios necesarios y disponibles en el centro. También se observó que los pacientes recibieron algún tipo de tratamiento, sin presentar mejoría.

Devriese(5) reporta una mayor incidencia de presentación de la Parálisis Facial en Invierno. En nuestro estudio, 35 pa-

cientes correspondieron a Invierno, pero esta relación no es significativa, ya que sólo se encontró la fecha de inicio del padecimiento - en 106 expedientes y en los 86 restantes el dato no fué registrado.

El tratamiento médico de elección, aún permanece controversial. Backmann (3) recomienda terapia con esquemas de corticoides, con objeto de reducir el edema y restablecer la circulación del nervio facial. En nuestro estudio se observó que 105 pacientes no recibieron tratamiento médico y sólo 29 pacientes se les proporcionó medidas de protección ocular, necesarias para prevenir complicaciones oculares.

Kottke (16) menciona que un paciente con Parálisis Facial Periférica deberá iniciar tratamiento físico, siempre y no exista contraindicación a la modalidad de calor y siempre en conjunto con el equipo multidisciplinario, para su completa evaluación. En nuestro estudio se proporcionó tratamiento físico a 141 pacientes - y sólo se logró valorar el tiempo de estancia institucional en 30 expedientes en los que se encontró un registro regular en el tarjetón de terapias. El llevar un buen registro en las hojas de terapias es necesario para llevar un buen seguimiento y conocer la evolución del padecimiento y su pronóstico.

Granger (11) menciona la importancia de conocer el pronóstico en una Parálisis Facial. Menciona una serie de pruebas pronósticas entre ellas, las pruebas electrofisiológicas que están disponibles en la institución. En nuestro estudio se realizaron 24

Electromiografías (EMG) a los 21 días de evolución. El autor correlacionó la persistencia de unidades motoras después de las 72 horas de iniciada la Parálisis Facial, con un pronóstico funcional en la Parálisis de Bell. Esto se podría valorar en nuestra población y comprobar la utilidad de este método pronóstico.

Kimura (13) menciona la importancia del reflejo de parpadeo como valor pronóstico. En nuestro estudio se realizó a 2 pacientes.

Las pruebas pronósticas se pueden aplicar a nuestra población; son de utilidad para disminuir la ansiedad del paciente y sus familiares, identifica a los individuos afectados que su recuperación se prolongará, y así no prolongar su estancia institucional y los pacientes que tendrán recuperación satisfactoria, no someterlos a otros tipos de tratamientos. También en ocasiones confirman la causa de la Parálisis Facial.

En nuestra revisión se encontraron 49 expedientes con hoja de alta, 19 correspondieron a inasistencia y 26 por mejoría y se observó que 136 pacientes desertaron; 53 pacientes de la vez y 83 subsecuentes.

Todos estos hallazgos, hace que se planteen una serie de preguntas. ¿Porqué el alto índice de deserción?, ¿Porqué no se llega al diagnóstico etiológico? y el porqué en un padecimiento que se puede tener un buen seguimiento de la evolución, no se realiza.

El campo de la parálisis facial es muy amplio, que -

esta al alcance de muchas especialidades. Por ocupar el 4o. lugar de atención médica en el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral - de la Familia, es necesario que esta población se les proporcione la evaluación necesaria y se continúe investigando las preguntas planteadas para mejorar la atención del paciente.

CONCLUSIONES

1. Los pacientes con parálisis facial no se someten a una evaluación cuidadosa, referida por los autores consultados, por lo que en nuestros pacientes no se logró precisar el sitio de lesión, lo que interfirió con poder establecer el diagnóstico etiológico y conocer las causas más frecuentes de parálisis facial en el Centro de Rehabilitación y Educación Especial - Iztapalapa D I F .
2. La mayoría de nuestros pacientes ingresaron a la semana de evolución de la parálisis facial, tiempo muy valioso para someterlos a una evaluación completa y poder usar todos los auxilios diagnósticos disponibles de la institución.
3. El seguimiento en la evolución clínica no se logró evaluar, por que nos encontramos con un registro irregular de asistencias - en los tarjetones de terapia física y un alto índice de deserción.
4. El 75% de los pacientes que ingresan con parálisis facial desertan.
5. El 25% de los pacientes que ingresan son dados de alta.

SUGERENCIAS

1. A todo paciente que ingrese al Centro, realizar su historia - clínica completa.
2. Precisar el sitio de lesión, utilizando los medios diagnósticos disponibles en la institución.
3. Contar con cintas reactivas para realizar la prueba de Schimer a todos los pacientes que ingresen con parálisis facial para - dictar un pronóstico al inicio.
4. Todo paciente con parálisis facial, deberá proporcionarse el - servicio de Comunicación Humana y auxiliarnos a establecer el - diagnóstico etiológico.
5. Canalizar oportunamente, cuando se presente duda diagnóstica, - a clínicas especializadas en parálisis facial.
6. Diseñar estudios para valorar los efectos del tratamiento médico, con corticoesteroides, en el curso de una parálisis de - Bell o síndrome de Ramsay-Hunt.
7. Realizar estudios prospectivos, considerando el componente del potencial de acción muscular, como el mejor método de una evaluación objetiva en el pronóstico de lesiones agudas del séptimo par.

8. Reportar la incidencia de parálisis facial periférica y las -
causas más frecuentes de parálisis facial por cada Centro de -
Rehabilitación del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral
de la Familia, y así poder relacionar el por qué ocupa el 4o. -
lugar de atención médica a nivel Nacional.

REFERENCIAS

1. Paparella M. Otorrinolaringología. Buenos Aires Ed. Panamericana 1987: 51-78
2. Adams R. Principles of Neurology. Singapur Ed. Mc Graw Hill 1989 1028 - 39
3. Brackmann P. Bell's palsy: Incidence, etiology and results of medical treatment. Otolaryngologic Clinics of North América 1974: 7 (2): 357-67
4. May M. and Schlaepfer. Bell's palsy and the chorda tympani nerve: A clinical and electron microscopic study. Laryngoscope 1975; 85: 1957-75
5. Devriese P. Incidence, prognosis and recovery of Bell's palsy. - Clin Otolaryngol. 1990; 15: 15-27
6. Yanagihara N. Association of Diabetes Mellitus and Hipertension with Bell's palsy and Ramsay-Hunt syndrome. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97: 5-7.
7. Yanagihara N., Yomoto E., and et Familial Bell's palsy: Analysis of 25 families. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988; 97: 8-10
8. Crabtree J. Herpes zoster oticus and facial paralysis. Otolaryngologic Clinics of North América 1974: 7 (2): 369-73 .

9. Gates G. Facial paralysis. Otolaryngologic Clinics of North -
América 1987; 20 (1): 113-131.
10. Alford B., Jerger J., at el Diagnostic tests of facial nerve -
function. Otolaryngologic Clinics of North América 1974: 7 (2)
331 -42
11. Granger C. Prognosis in Bell's palsy. Arch Phys Med Rehabil -
1976: 57: 33 - 35
12. Kimura J. Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle: -
Principles and practice. Philadelphia, F.A. Davis 1983: 323-351
13. Kimura J., Giron L. Electrophysiological study of Bell's elec-
trically elicited brink reflex in assessment of prognosis. Arch
Otolaryngol 1976: 102: 140 -43
14. May M. Hardin W. Facial palsy: Interpretation of Neurologic fin
ding Laryngoscope 1978; 88: 1352-62
15. Lee K. Essential Otolaryngology. Ed. Medical Examination Publi
shing Company 1987; 257-70
16. Kottke F., et al Medicina Física y Rehabilitación. Buenos Aires
Ed. Panamericana 1985: 752 - 59
17. Huizing E., et al A treatment of Bell's palsy. Acta Otolaringol
1981; 92: 115-21
18. May M., Taylor F. Bell's palsy: Surgery based upon prognostic -
indicators and results. Laryngoscope 1981; 91: 2092-2103

19. May M., Klein S. Idiopathic (Bell's) facial palsy. Natural history of steroid or surgical treatment. Laryngoscope 1985; 57 - 35 - 35
20. Clayton M., et al Evaluation of recent experience in hypoglossal facial nerve anastomosis in the treatment of facial palsy. Journal of Laryngology and Otology 1989; 103: 63 - 65.
21. Hauser W. Incidence and progress of Bell's palsy in the population of Rochester, Minnesota. Mayo Clin Proc 1971; 46: 258-64
22. Payton O. Manual of Physical Therapy. Wisconsin Ed. Churchill Livingstone 1989: 175-213.
23. Bustamante A. Parálisis Facial. Revista Institucional de Neurologia Mexicana 1977; XI (2): 72-5
24. Sunderland S. The peripheral nerve trunk in relation to injury - A classification of nerve injury. In nerves and nerve injury. Barcelona Ed. Churchill Livingstone 1978: 133-141
25. Shanon O., Himelfarb M. Measurement of Auditory brain stem potential in Bell's palsy. Laryngoscope 1985; 95: 206-9