

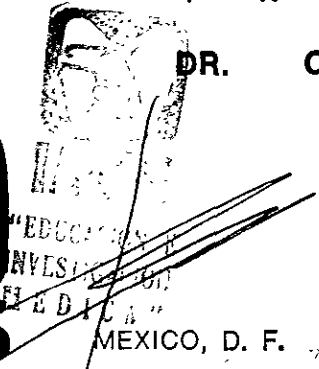


11222
24
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
REGION SUR

RELACION DEL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO
MEDIANTE PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS,
CON LA EVOLUCION TEMPRANA DE PACIENTES
PORTADORES DE PARALISIS HEMIFACIAL
PERIFERICA EN LA U.M.F.R.R.S. DEL I.M.S.S.

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO DE:
E S P E C I A L I S T A E N
M E D I C I N A F I S I C A Y R E H A B I L I T A C I O N
P R E S E N T A :
DR. OSCAR REYES HERRERA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2588/14

1998



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.

A MIS HIJOS

CAROLINA , CARLOS Y HADA

A MI ESPOSA

MARIA ELOISA

A MIS PADRES.

CARLOTA Y PABLO ELIAS

A MIS HERMANOS

MARTHA ELIA Y JOSÉ FELIPE

CON AGRADECIMIENTO PARA LAS AUTORIDADES DE LA UNIDAD
Y PARA TODAS AQUELLAS PERSONAS QUE CONTRIBUYERON A MI
FORMACION

INDICE

- 1 -TITULO
- 2 -OBJETIVO DEL ESTUDIO
- 3 -ANTECEDENTES CIENTIFICOS
- 4 -PLANTEAMIENTO DEL PROGRAMA
- 5 -ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES
- 6 -DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES
- 7 - -ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES
- 8 -ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES
- 9 -HIPOTESIS
- 10 -TIPO DE ESTUDIO
- 11 -UNIVERSO DE TRABAJO
- 12 -TECNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUJETOS DEL ESTUDIO
- 13 -TECNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES
- 14 -CRITERIOS DE SELECCION
- 15 -DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA
- 16 -MATERIAL Y METODOS
- 17 -RESULTADOS
- 18 -ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACION
- 19 -CONCLUSIONES.
- 20 -LIMITE DE TIEMPO DE LA INVESTIGACION
- 21 -DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO
- 22 -CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO 23
- 23 -CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN CIENTIFICA.
- 24 -DIFUSION QUE SE DARA A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO
- 25 -BIBLIOGRAFIA
- 26 -ANEXOS

1 - TITULO:

RELACION DEL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO MEDIANTE PRUEBAS
ELECTROFISIOLOGICAS , CON LA EVOLUCION TEMPRANA DE PACIENTES PORTADORES
DE PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA EN LA U M F R.R S DEL I.M.S.S

2 - OBJETIVO DEL ESTUDIO.

DEMOSTRAR LA CORRELACION MEDIANTE PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS ,ENTRE EL TOPODIAGNOSTICO CON LA EVOLUCION CLINICA TEMPRANA EN LOS PACIENTES CON PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA,PARA FUNDAMENTAR EL USO POTENCIAL DE ESTOS ESTUDIOS EN NUESTRO MEDIO.

3 - ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

LA PARALISIS FACIAL IDEOPATICA ES LA PRINCIPAL ALTERACION DEL SEPTIMO PAR CRANEAL.QUE SE TRADUCE EN PARESIA O PARALISIS DE LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION FACIAL,ASOCIADA CON ALTERACIONES SECRETORAS Y VASOMOTORAS (1),DE CAUSA DESCONOCIDA,AUNQUE SE MENCIONAN TEORIAS,ES INCIERTO QUE AGENTE O CIRCUNSTANCIA PRODUCE LA PARALISIS FACIAL,POR LO QUE ES AUN ADECUADO DESIGNAR COMO IDIOPATICA ESTA FORMA DE PARALISIS FACIAL,ALGUNOS ENFERMOS MUESTRAN UNA ELEVACION SIGNIFICATIVA A CAMBIOS AGUDOS EN LAS TITULACIONES DE ANTICUERPOS CONTRA HERPES SIMPLE O ZOSTER,RUBEOLA,CITOMEGALOVIRUS,ADENOVIRUS,PAROTIDITISO VIRUS DE EPSTEIN - BARR,DOS DE TRECE PACIENTES ESTUDIADOS POR WEBWER Y COLABORADORES MOSTRABAN EVIDENCIA DE SINTESIS DE ANTICUERPOS ESPECIFICOS VIRALES EN EL LIQUIDO CEFALORRAQUIDEO,ADEMAS SE HA CULTIVADO EL VIRUS EN EL EPINEURIO DEL NERVI0 FACIAL EN UNO DE SEIS PACIENTES CON PARALISIS AGUDA DE BELL SE HA PROPUESTO TAMBIEN UNA DISFUNCION INMUNITARIA ,SE HAN ESTABLECIDO VINCULOS ENTRE ESTA FORMA DE PARALISIS Y CIERTOS APLOTIPOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD (2),SE HA MENCIONADO LA TEORIA QUE PROPONE UNA ISQUEMIA VASCULAR Y OTRAS MAS , QUE EN EL MOMENTO HAN PERDIDO IMPORTANCIA ESTE PADECIMIENTO REQUIERE DE UN DIAGNOSTICO TEMPRANO Y ADECUADO,YA QUE TIENE INFLUENCIA TRASCENDENTAL EN LAS ESFERAS BIOLOGICA,PSICOLOGICA,SOCIAL,LABORAL Y ECONOMICA DEL PACIENTE EN LA UNIDAD ES UNA DE LAS DIEZ PATOLOGIAS MAS FRECUENTEMENTE OBSERVADA EN EL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA OCURRE APROXIMADAMENTE EN 20 DE 100,000 PERSONAS AL AÑO (3),INCREMENTANDOSE SU INCIDENCIA DE 30 A 35/100,000 AL AÑO,CON MAYOR FRECUENCIA EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS Y UNA PREVALENCIA DE 118/100,000 EN MUJERES EMBARAZADAS POR AÑO DURANTE EL TERCER TRIMESTRE (4) ESTA PATOLOGIA AFECTA PÒR IGUAL A HOMBRES Y MUJERES,CON DISCRETO PREDOMINIO DEL SEXO FEMENINO,RELACIONANDOSE CON LA MENARQUIA,LA MENOPAUSIA Y EL EMBARAZO,SIN DIFERENCIA EN LOS GRUPOS DE EDADES AUNQUE SE MENCIONA SU MAYOR FRECUENCIA DE LOS 20 A LOS 40 AÑOS,AFECTA POR IGUAL A AMBOS LADOS DE LA CARA,SIENDO BILATERAL SOLO EN UN 03 A 1%,RECURRENTE DE UN 7 A 9% (5),Y LA RECUPERACION COMPLETA VARIA DE 53 A 81% A NIVEL MUNDIAL ,EL RIESGO DE SECUELA SE SITUA DE UN 37 A 64 5% (4).

TRAYECTO DEL NERVIIO FACIAL EL SEPTIMO PAR CRANEANO EMERGE DESDE EL TALLO CEREBRAL Y ENTRA EN EL MEATO AUDITIVO INTERNO EN SU CURSO A TRAVES DE LA PORCION PETROSA DEL TEMPORAL PRESENTA UN ABULTAMIENTO (EL GANGLIO GENICULADO - CUERPOS CELULARES NERVIOSOS DE LAS FIBRAS DEL GUSTO DE LA LENGUA -)Y EMITE EL MAYOR NERVIIO PETROSO PARASIMPATICO HACIA EL GANGLIO PTERIGOPALATINO CONTINUA LUEGO A LO LARGO DEL CANAL FACIAL Y EMITE EL NERVIIO DE LA CUERDA DEL TIMPANO,TRANSMITIENDO SENSACIONES GUSTATIVAS DESDE LA LENGUA Y LLEVANDO FIBRAS MOTORAS PARASIMPATICAS HACIA ELLA EL NERVIIO FACIAL FINALMENTE EMERGE DEL CEREBRO A TRAVES DEL AGUJERO ESTILOMASTOIDEO Y PASA ATRAVESANDO LA GLANDULA PAROTIDA PARA INERVAR LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION FACIAL .

COMPONENTE MOTOR BRANQUIAL LOS ESTIMULOS PARA EL MOVIMIENTO VOLUNTARIO DE LOS MUSCULOS FACIALES SON TRANSMITIDOS HACIA EL NUCLEO MOTOR DEL FACIAL EN LA CALOTA PROTUBERANCIAL MEDIANTE AXONES CORTICOBULBARES QUE NACEN DE LA CORTEZA MOTORA DE LOS HEMISFERIOS CEREBRALES,LA INFORMACION ES ALIMENTADA EN LA CORTEZA MOTORA POR FIBRAS DE ASOCIACION,DESDE LA CORTEZA PREMOTORA Y OTRAS AREAS CORTICALES ESTOS AXONES CIRCULAN LUEGO POR EL TRACTO CORTICOBULBAR A TRAVES DEL BRAZO SUPERIOR DE LA CAPSULA INTERNA HACIA LOS NUCLEOS MOTORES IPSILATERALES Y CONTRALATERALES DEL SEPTIMO PAR CRANEANO ,EN LA CALOTA PROTUBERANCIAL LAS FIBRAS QUE SE DIRIGEN HACIA LA PORCION DEL NUCLEO QUE INERVA LOS MUSCULOS DE LA FRENTE SE PROYECTAN EN FORMA BILATERAL,PERO LAS QUE VAN HACIA EL SECTOR DEL NUCLEO QUE INERVA EL RESTO DE LOS MUSCULOS FACIALES SE PROYECTAN SOLO EN FORMA CONTRALATERAL . LOS MUSCULOS DE LA EXPRESION FACIAL TAMBIEN SON MEDIADORES DE VARIOS REFLEJOS INICIADOS POR ESTIMULOS VISUALES , ACUSTICOS,TACTILES Y EMOCIONALES;POR EJEMPLOR EL CIERRE DE LOS OJOS EN RESPUESTA AL TOQUE DE LA CORNEA (REFLEJO CORNEANO) O A LA LUZ INTENSA ,LA CONTRACCION O RELAJACION DE LOS MUSCULOS DEL ESTRIBO EN RESPUESTA A LA INTENSIDAD SONORA(REFLEJO DEL ESTRIBO) ,LA SUCCION EN RESPUESTA A LA SENSACION DE TACTO EN LA BOCA.SON BIEN CONOCIDAS LAS EXPRESIONES FACIALES CARACTERISTICAS,EN RESPUESTA A EMOCIONES FUERTES,COMO ENOJO O ALEGRIA EL NUCLEO DEL FACIAL RECIBE,ENTONCES,IMPULSOS DE VARIAS FUENTES,ADEMAS DEL SISTEMA PIRAMIDAL,PERO AUN NO ESTAN CLARAS LAS VIAS MEDIANTE LAS CUALES ESTAS SEÑALES LLEGAN AL NUCLEO . DESPUES DE HACER SINAPSIS EN EL NUCLEO MOTOR,LAS FIBRAS SIGUEN EN DIRECCION DORSAL HACIA EL PISO DEL CUARTO

VENTRICULO Y FORMAN UN ASA ALREDEDOR DEL NUCLEO DEL MOTOR OCULAR EXTERNO, DE MODO QUE PRODUCEN UN LIGERO ABULTAMIENTO EN EL PISO DEL CUARTO VENTRICULO; LA EMINENCIA TERES. EL ASA EN SI ES LA RODILLA INTERNA DEL NERVIIO FACIAL ESTAS FIBRAS SE DIRIGEN LUEGO VENTRALMENTE PARA EMERGER EN LA PORCION VENTROLATERAL DEL TALLO CEREBRAL, EN EL BORDE CAUDAL DE LA PROTUBERANCIA, ENTRE LOS NERVIOS CRANEANOS SIETE Y OCHO Y EN POSICION MEDIAL A LA PORCION DEL NERVIIO INTERMEDIO DEL SEPTIMO PAR CRANEANO AXONES DE LAS NEURONAS DEL NERVIIO FACIAL ACOMPAÑAN AL OCTAVO NERVIIO CRANEANO A TRAVES DEL MEATO AUDITIVO INTERNO, PARA ENTRAR EN LA PORCION PETROSA DEL TEMPORAL LAS FIBRAS YACEN DENTRO DEL CANAL FACIAL DEL HUESO TEMPORAL , ENTRE LOS ORGANOS DE LA AUDICION Y LOS DEL EQUILIBRIO, PARA GIRAR LUEGO, LATERAL Y CAUDALMENTE, EN EL CANAL FACIAL AQUI EMITE EL NERVIIO DEL ESTRIBO LAS FIBRAS MOTORAS BRANQUIALES RESTANTES SALIEN DEL CANAL FACIAL POR EL AGUJERO ESTILOMASTOIDEO Y , DE INMEDIATO, EMITEN RAMAS PARA LOS MUSCULOS ESTILOIOIDEO Y FASCICULO POSTERIOR DEL DIGASTRICO. Y FORMAN EL NERVIIO AURICULAR POSTERIOR, PARA LOS MUSCULOS OCCIPITALES. DESPUES DE DEJAR EL AGUJERO ESTILOMASTOIDEO, EL NERVIIO FACIAL PERFORA LA GLANDULA PAROTIDA Y YACE EN ELLA . EN ESTE PUNTO SE DIVIDE EN NUMEROSAS RAMAS PARA LOS MUSCULOS DEL CUERO CABELLUDO, CARA Y CUELLO

COMPONENTE MOTOR VICERAL: UNA PARTE IMPORTANTE DEL SEPTIMO NERVIIO CRANEANO ES SU DIVISION AUTONOMA (PARASIMPATICA), RESPONSABLE DEL CONTROL DE LAS GLANDULAS LAGRIMAL, SUBMAXILAR Y SUBLINGUAL, GLANDULAS MUCOSAS DE LA NARIZ, SENOS AEREOS PARANASALES Y PALADARES DURO Y BLANDO (ES DECIR, TODAS LAS GLANDULAS IMPORTANTES DE LA CABEZA , EXCEPTO LAS GLANDULAS TEGUMENTARIAS Y LA PAROTIDA). LOS CUERPOS CELULARES (NEURONAS MOTORAS AUTONOMAS PREGANGLIONARES) ESTAN ESPARCIDOS EN LA CALOTA PROTUBERANCIAL Y SE DENOMINAN , EN FORMA COLECTIVA, NUCLEO SALIVAL SUPERIOR (TAMBIEN DENOMINADO, A VECES, NUCLEO LAGRIMAL) EL NUCLEO SALIVAL SUPERIOR ESTA INFLUENCIADO PRINCIPALMENTE POR EL HIPOTALAMO EL HIPOTALAMO ES UN IMPORTANTE CENTRO DE CONTROL E INTEGRACION DEL SISTEMA NERVIOSO AUTONOMO EN EL INGRESAN IMPULSOS DEL SISTEMA LIMBICO (CONDUCTA EMOCIONAL) Y DEL AREA OLFATORIA (AREA SENSITIVA ESPECIAL PARA EL OLFATO), LOS QUE SON TRANSMITIDOS A TRAVES DEL FASCICULO LONGITUDINAL DORSAL HACIA EL NUCLEO SALIVAL SUPERIOR (LAGRIMAL) ESTAS VIAS MEDIAN REFLEJOS VICERALES COMO EL DE LA SALIVACION EN RESPUESTA A LOS OLORES (POR

EJEMPLO, OLORES DE COMIDA), O LLANTO, EN RESPUESTA A ESTADOS EMOCIONALES EL NUCLEO SALIVAL SUPERIOR ESTA, TAMBIEN, INFLUENCIADO POR OTRAS AREAS DEL CEREBRO POR EJEMPLO, CUANDO EL OJO ESTA IRRITADO, EL ESTIMULO VIAJA POR FIBRAS SENSITIVAS HACIA EL NUCLEO DE LA RAIZ DESCENDENTE DEL TRIGEMINO, EN EL TALLO CEREBRAL, EL QUE A SU VEZ ESTIMULA EL NUCLEO SALIVAL SUPERIOR Y PRODUCE SECRECION DE LA GLANDULA LAGRIMAL. CUANDO SE ACTIVAN LAS FIBRAS ESPECIALES DEL GUSTO, EN LA BOCA, EL NUCLEO GUSTATIVO ESTIMULA EL NUCLEO SALIVAL SUPERIOR Y SE PRODUCE SECRECION DE LAS GLANDULAS BUCALES DESDE EL NUCLEO SALIVAL SUPERIOR, FIBRAS EFERENTES VIAJAN EN EL NERVIO INTERMEDIARIO, DONDE DIVIDEN EL CANAL FACIAL EN DOS GRUPOS Y SE CONVIERTEN EN EL NERVIO PETROSO MAYOR (PARA LAS GLANDULAS LAGRIMALES Y NASALES) Y LA CUERDA DEL TIMPANO (PARA LAS GLANDULAS SUBMAXILARES Y SUBLINGUALES). EL NERVIO PETROSO MAYOR SALE DE LA PORCION PETROSA DEL TEMPORAL A TRAVES DEL AGUJERO PETROSO MAYOR PARA ENTRAR EN LA FOSA CRANEANA MEDIA PENETRA HACIA EL GANGLIO TRIGEMINAL PARA ALCANZAR EL AGUJERO RASGADO ES UTIL PENSAR EN EL AGUJERO RASGADO COMO EN UNA CHIMENEA VERTICAL CORTA EL NERVIO PETROSO MAYOR ATRAVIESA LA PARED LATERAL DE LA CHIMENEA PARA ALCANZAR EL CANAL PTERIGOIDEO AQUI SE UNE CON EL NERVIO PETROSO PROFUNDO (FIBRAS SIMPATICAS DEL PLEXO QUE RODEA A LA ARTERIA CAROTIDA INTERNA) PARA CONVERTIRSE EN EL NERVIO DEL CANAL PTERIGOIDEO ESTE CANAL ESTA LOCALIZADO EN LA BASE DE LA PLACA PTERIGOIDEA MEDIA DEL HUESO ESFENOIDES Y SE ABRE EN LA FOSA PTERIGOPALATINA DONDE EL GANGLIO PTERIGOPALATINO ESTA SUSPENDIDO DE LA DIVISION MAXILAR DEL NERVIO TRIGEMINO LOS AXONES DE LAS NEURONAS PARASIMPATICAS EN EL NERVIO DEL CANAL PTERIGOIDEO HACEN SINAPSIS CON EL GANGLIO PTERIGOPALATINO PARASIMPATICO. LAS FIBRAS POSTGANGLIONARES CONTINUAN HACIA ADELANTE A TRAVES DE LAS RAMAS GANGLIONARES DE LA PORCION MAXILAR DEL TRIGEMINO PARA ALCANZAR LA GLANDULA LAGRIMAL Y LAS GLANDULAS MUCOSAS DE LA MUCOSA DE LAS CAVIDADES NASAL Y ORAL, DONDE ESTIMULAN LA SECRECION LA CUERDA DEL TIMPANO PASA A TRAVES DE LA CISURA PETROTIMPANICA PARA UNIRSE A LA RAMA LINGUAL DEL NERVIO MANDIBULAR, DESPUES QUE ESTE ULTIMO A PASADO POR EL AGUJERO OVAL ESTOS DOS MANOJOS NERVIOSOS VIAJAN JUNTOS HACIA EL BORDE LATERAL DEL PISO DE LA CAVIDAD ORAL, DONDE LAS FIBRAS PARASIMPATICAS DEL SEPTIMO PAR CRANEANO HACEN SINAPSIS EN EL GANGLIO SUBMAXILAR QUE ESTA SUSPENDIDO DEL NERVIO LINGUAL FIBRAS POSTGANGLIONARES CONTINUAN HACIA LAS GLANDULAS

SUBMAXILAR Y SUBLINGUAL Y HACIA GLANDULAS MENORES EN EL PIUSO DE LA BOCA, DONDE ESTIMULAN LA SECRECION

COMPONENTE SENSITIVO GENERAL : EL SEPTIMO PAR CRANEANO TIENE UN PEQUEÑO COMPONENTE SENSITIVO CUTANEO QUE SE ENCUENTRA EN EL NERVI INTERMEDIARIO DE WRISBERG PUEDEN ENCONTRARSE SUS TERMINACIONES ALREDEDOR DE LA PIEL DEL PABELLON DE LA OREJA ESTE NERVI POSIBLEMENTE COMPLEMENTE EL NERVI MANDIBULAR ENVIANDO SENSACIONES DESDE LA PARED DEL MEATO AUDITIVO Y DESDE LA SUPERFICIE EXTERNA DE LA MEMBRANA DEL TIMPANO LOS CUERPOS NEURONALES DE ESTAS FIBRAS SENSITIVAS ESTAN LOCALIZADOS EN EL GANGLIO GENICULADO, EN LA REGION PETROSA DEL TEMPORAL DESDE ALLI LOS IMPULSOS ENTRAN EN EL TALLO CEREBRAL A TRAVES DEL NERVI INTERMEDIARIO DE WRISBERG Y DESCENDEN AL TRCTO ESPINAL DEL TRIGEMINO PARA HACER SINAPSIS EN LA PORCION ESPINAL EL NUCLEO TRIGEMINAL, EN LA PORCION SUPERIOR DEL BULBO DESDE ESTE NUCLEO ,SE PROYECTAN LOS IMPULSOS HACIA EL NUCLEO VENTRAL POSTERIOR CONTRALATERAL DEL TALAMO, DESDE AQUI PARTEN NEURONAS SENSITIVAS TERCARIAS HASTA LA CIRCUNVOLUCION PARIETAL ASCENDENTE O CORTEZA SENSITIVA (REGION DE LA CABEZA).

COMPONENTE SENSITIVO ESPECIAL . LAS FIBRAS SENSITIVAS ESPECIALES DEL SEPTIMO NERVI CRANEANO LLEVAN INFORMACION DE LAS PAPILAS GUSTATIVAS EN EL BORDE LATERAL DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA Y DE LOS PALADARES DURO Y BLANDO LAS PROLONGACIONES PERIFERICAS DE LAS CELULAS PARA EL SENTIDO DEL GUSTO TRANSCURREN CON EL NERVI LINGUAL Y LUEGO SE SEPARAN DE ESTE PARA TRANSFORMARSE EN LA CUERDA DEL TIMPANO. LA CUERDA DEL TIMPANO ENTRA EN LA CISURA PETROTIMPANICA Y SE UNE AL NERVI FACIAL, EN LA PORCION PETROSA DEL TEMPORAL . LOS CUERPOS CELULARES DE LAS NEURONAS SENSITIVAS ESPECIALES PARA EL GUSTO ESTAN LOCALIZADOS EN EL GANGLIO GENICULADO, EN LA PARED MEDIA DE LA CAVIDAD TIMPANICA DESDE ESTE GANGLIO, LAS FIBRAS ENTRAN EN EL TALLO CEREBRAL POR EL BORDE CAUDAL DE LA PROTUBERANCIA CON LAS OTRAS FIBRAS DEL NERVI INTERMEDIO LUEGO ENTRAN EN EL FASCICULO SOLITARIO, EN EL TALLO CEREBRAL, Y HACEN SINAPSIS EN LA PORCION DORSAL DEL NUCLEO SOLITARIO, QUE A VECES SE IDENTIFICA COMO NUCLEO GUSTATIVO DESDE ESTE NUCLEO, LAS FIBRAS ASCENDENTES (SECUNDARIAS) SE PROYECTAN EN FORMA BILATERAL A TRAVES DEL HAZ CENTRAL DE LA CALOTA PARA ALCANZAR LOS NUCLEOS TALAMICOS VENTRALES POSTERIORES IPSILATERAL Y CONTRALATERAL AXONES DE LAS NEURONAS TALAMICAS (TERCIARIAS) SE PROYECTAN A TRAVES DEL BRAZO POSTERIOR DE LA CAPSULA INTERNA HACIA EL

AREA CORTICAL PARA EL GUSTO,QUE ESTA LOCALIZADO EN LA PORCION MAS INFERIOR DE LA CORTEZA SENSITIVA,EN LA CIRCUNVOLUCION PARIETAL ASCENDENTE,Y SE EXTIENDE HACIA LA INSULA (6)

EL 90% DE LOS TRASTORNOS DEL NERVIO FACIAL SE ENCUENTRAN EN LA PORCION INTRATEMPORAL DEL NERVIO,POR LO QUE PARA EL DIAGNOSTICO DE SU PATOLOGIA SE HAN UTILIZADO DIFERENTES METODOS CLINICOS Y ELECTROFISIOLOGICOS (2).TALES COMO LA PRUEBA SHIRMER,LA GUSTOMETRIA ,LA DETERMINACION DEL REFLEJO ESTAPEDIAL QUE SEGÚN KOIKE SU RESTAURACION EN PLAZO DE 3 SEMANAS DESPUES DEL INICIO DE LA PARALISIS FACIAL INDICABA UNA MEJOR RECUPERACION FUNCIONAL;EN ESTUDIO REALIZADO POR PORTMAN SE MOSTRO POBRE RELACIÓN ENTRE EL REFLEJO ESTAPEDIAL Y LA FUTURA EVOLUCION DE LA PARALISIS FACIAL,PORQUE LA PROBABILIDAD DE QUE EL REFLEJO ESTAPEDIAL Y LA RECUPERACION VARIEN EN LA MISMA DIRECCION ES ÚNICAMENTE DEL 50% (2,7,8) WORMALD,EN LA PARALISIS DEL MUSCULO ESTAPEDIAL SE ENCONTRO ENCUBRIMIENTO,DEFINIDO COMO UN DETERIORO MAYOR DEL 20% EN LA DESCRIMINACION DEL LENGUAJE EN LAS PRUEBAS DE AUDIOMETRIA,SE EXPLICA POR UNA NEUROPATIA DEL OCTAVO PAR AGREGADA

LA ELECTRONEURONOGRAFIA FUE PROPUESTA POR ESSLEN Y FISCH DIFUNDIO SU EMPLEO MAY DENOMINO A ESTE PROCEDIMIENTO ELECTROMIOGRAFIA EVOCADA,QUE TAL VEZ SEA SU NOMBRE MAS PRECISO DEBIDO A QUE SE MIDEN LOS POTENCIALES DE ACCIÓN COMPUESTOS DEL MUSCULO Y NO DEL NERVIO,UNA DISMINUCION DEL 75% TRES DÍAS DESPUES DE LA PARLISIS ,TIENDE MAS A RELACIONARSE CON UN MAL PRONOSTICO QUE UNA REDUCCIÓN DE IGUAL MAGNITUD PERO QUE SE PRESENTA EN UN PERIODO DE 3 SEMANAS.NEWTON J COKER,HACE UNA COMPARACION ENTRE DIFERENTES TECNICAS,ATRIBUYENDO LA DIFERENCIA DE RESULTASDOS EN ALGUNOS CASOS AL DIFERENTE ESQUEMA DE COLOCACION DE LOS ELECTRODOS DE CAPTACION Y REFIERE A LA ELECTRONEURONOGRAFIA COMO UN METODO DE EVALUACIÓN VALIDO Y CONFIABLE (2,10,11)

TIEMPO DE CONDUCCION NERVIOSA,LA LATENCIA CON CADA POTENCIAL DE ACCIÓN COMPUESTO SE DEFINE COMO EL TIEMPO ENTRE EL INICIO DEL ESTIMULO Y LA APARICION DE LA RESPUESTA.,ALGUNOS AUTORES HAN SEÑALADO QUE LA LATENCIA NO ES UN INDICADOR PRONOSTICO UTIL,SIN EMBARGO OTROS REFIEREN QUE SI SE ENCUENTRA PROLONGADA AL DOBLE DE LO NORMAL ES DE MAL PRONOSTICO Y SI SE ENCUENTRA DENTRO DE LIMITES NORMALES EN LA PRIMERA SEMANA ES DE BUEN PRONOSTICO CON FINES DE ESTANDARIZACION SE ESTABLECE LA LATENCIA DESPUÉS

DE RESPUESTA MAXIMA,LA LATENCIA ES IMPORTANTE EN LOS SINDROMES DE ATRAPAMIENTO, YA QUE SE PUEDE PROLONGAR CUANDO EXISTE COMPRESION NERVIOSA (1,2,12) LA DETERMINACION DE LA AMPLITUD ES PROBABLEMENTE EL MEJOR MÉTODO DISPONIBLE Y EL PARAMETRO MAS CONFIABLE EN LOS PRIMEROS 5 A 7 DÍAS DEL INICIO DEL PADECIMIENTO, ADEMAS REFLEJA EL NUMERO DE FIBRAS NERVIOSAS QUE CONDUCE Y SU GRADO DE SINCRONIZACION, AL IGUAL QUE EN LA DETERMINACION DE LA LATENCIA SE REALIZA BILATERALMENTE Y ES COMPARATIVA UNA AMPLITUD DISMINUIDA Y LATENCIA NORMAL TRADUCE UNA DEGENERACION AXONAL; UNA AMPLITUD NORMAL Y LATENCIA PROLONGADA TRADUCE UNA DESMIELINIZACION Y UNA AMPLITUD Y LATENCIA ALTERADAS TRADUCE UNA LESION MIXTA

LA ELECTROMIOGRAFIA CON ELECTRODO DE AGUJA, SE OBSERVAN POTENCIALES DE INSERCIÓN DE REPOSO Y DE ACCIÓN, POSIBLES RESPUESTAS INCLUYEN POTENCIALES EN REPOSO. SILENTES NORMALES, POTENCIALES DE UNIDADES MOTORAS VOLUNTARIAS, POTENCIALES DE FIBRILACION Y POTENCIALES DE REINERVACION POLIFASICA EL SILENCIO ELECTRICO TAL VEZ INDIQUE UN MUSCULO CON INERVACION NORMAL EN ESTADO DE REPOSO, O DESGASTE MUSCULAR EXCESIVO POR FIBROSIS LOS POTENCIALES DE UNIDAD MOTORA VOLUNTARIA SE CARACTERIZAN POR MORFOLOGIA DIFASICA O TRIFASICA CON AMPLITUD DE 50 A 1500 MICROVOLTS LOS POTENCIALES DE FIBRILACION TIENEN MENOR AMPLITUD (10 A 200 MICROVOLTS) QUE LOS POTENCIALES DE UNIDAD MOTORA VOLUNTARIA REPRESENTAN CONTRACCIONES INVOLUNTARIAS E INVISIBLES DE UNA FIBRA MUSCULAR DESNERVADA UNICA, LO QUE INDICA DEGENERACION DE LA INERVACION MUSCULAR LAS UNIDADES MOTORAS POLIFASICAS PRECEDEN A LA RECUPERACION DE LAS FIBRAS MUSCULARES DESNERVADAS, SEGUN SE OBSERVA DURANTE LA REGENERACION DEL NERVIIO SON VARIAS LAS RAZONES POR LAS QUE LA EMG NO ES UTIL EN LA PARALISIS FACIAL AGUDA LA PRIMERA Y MAS IMPORTANTE ES EL RETRAZO DE 14 A 21 DÍAS EN LA APARICIÓN DE POTENCIALES DE FIBRILACION DESDE EL MOMENTO EN QUE OCURRIO LA LESION ADEMAS LIGEROS MOVIMIENTOS EN LA POSICIÓN DEL ELECTRODO PROVOCAN VARIACIÓN EN LA AMPLITUD DE LA RESPUESTA , LO QUE IMPOSIBILITA UNA ESTIMACION CUANTITATIVA VALIOSA AUNQUE LA EMG ES DE ESCASO VALOR EN RELACIÓN AGUDA , PUEDE ALERTAR AL MEDICO SOBRE EVIDENCIAS SUBCLINICAS DE REGENERACION TEMPRANA Y AYUDAR A DIFERENCIAR TRAUMATISMOS AL NACIMIENTO DE UNA CAUSA EMBRIOGENICA LA EMG TAMBIÉN PUEDE SER UTIL PARA ESTABLECER EL GRADO DE BLOQUEO NERVIOSO POR MEDIO DE PRUEBAS DE POTENCIALES VOLUNTARIOS SUBCLINICOS EL USO DEL ELECTRODO DE AGUJA COMO

PRONOSTICO HA SIDO CUESTIONADO, YA QUE SE HA ENCONTRADO QUE EL 75% DE LOS PACIENTES SIN UNIDADES MOTORAS VOLUNTARIAS EN LA MUSCULATURA FACIAL AFECTADA TIENEN UNA RECUPERACION PARCIAL A LOS 6 MESWES Y 38 % DE LOS PACIENTES CON UNIDADES MOTORAS VOLUNTARIAS TAMBIÉN TIENEN UNA RECUPERACION PARCIAL ,CONCLUYENDO QUE NO ES CONFIABLE PARA PROPOSITOS PRONOSTICOS,PERO SIN EMBARGO CONTINUA SIENDO UN EXAMEN UTIL QUE NOS OFRECE INFORMACIÓN DENTRO DEL PERIODO AGUDO DE LA PARALISIS FACIAL CUANDO LAS UNIDADES MOTORAS ESTÁN PRESENTES EN 4 O 5 MUSCULOS FACIALES SE OBSERVA UN PRONOSTICO FAVORABLE EN 91% DE LOS PACIENTES, SI ESTAN PRESENTES EN 2 O 3 MUSCULOS PRODUCE UN 87% DE PRONOSTICO SATISFACTORIO Y LA PRESENCIA DE UNIDADES MOTORAS EN UN MUSCULO O LA AUSENCIA DE LAS MISMAS PRODUCE UN 1% DE PRONOSTICO SATISFACTORIO(1,2).

LA CLASIFICACION DE SEDDON PARA LAS LESIONES NERVIOSAS ,BASADA EN LA NATURALEZA DE LA LESION REFIERE LOS TERMINOS NEUROAPRAXIA, AXONOTMESIS Y NEUROTMESIS Y SE REFIEREN AL BLOQUEO DE LA CONDUCCION, PERDIDA DE LA CONTINUIDAD AXONAL Y PERDIDA DE LA CONTINUIDAD DEL TRONCO NERVIOSO RESPECTIVAMENTE (8); DEL GRUPO DE PACIENTES CON PARALISIS FACIAL ES EL DE AQUELLOS QUE SUFRIERON NEUROTMESIS, LAS PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS SON MEDIDAS PREDICTIVAS, QUE PERMITEN LA SEPARACION PRECOZ ENTRE PACIENTES CON NEUROAPRAXIA Y AXONOTMESIS COMBINADA Y AQUELLOS QUE SUFREN AXONOTMESIS Y NEUROTMESIS (9) CLINICAMENTE LA PARALISIS FACIAL VA PEECEDIDA DE UN PRODROMO VIRAL LOS SIGNOS Y SINTOMAS DURANTE LA FASE TEMPRANA DE LA PARALISIS INCLUYE PARESTESIAS, EPIFORA, DOLOR DISGEUSIA, HIPERACUSIA Y DISMINUCION DEL LAGRIMEO PRINCIPALMENTE EL DOLOR SUELE SER RETROAURICULAR, PERO A VECES SE IRRADIA A CARA, FARINGE O BRAZO ESTOS DATOS PUEDEN SER UNI O BILATERALES Y PUEDEN ENCONTRARSE DATOS DE AFECTACION DE OTROS PARES CRANEALES (V, IX, X) EN EL ARTICULO FUNDAMENTAL DE PEITERSEN SE REALIZO SEGUIMIENTO DURANTE UN AÑO DE 1011 PACIENTES A LOS QUE NO SE LES ADMINISTRO TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO, LO QUE PERMITIO VALORAR LA REMISION ESPONTANEA DE LA PARALISIS FACIAL; DE ELLOS 33% PRESENTARON PARESIA INCOMPLETA Y RECUPERACION NORMAL DE TODOS, 85% MOSTRARON LOS PRIMEROS SIGNOS DE MEJORIA EN EL TONO Y EL MOVIMIENTO FACIALES A LAS TRES SEMANAS DE INICIADO EL CUADRO SIN EMBARGO EL 15% RESTANTE SUFRIO DEGENERACION COMPLETA DEL FACIAL Y NO MOSTRO EVIDENCIA DE RECUPERACION ENTRE TRES Y SEIS MESES DEL INICIO (11% A TRES MESES, 3% A CUATRO MESES, 1% A CINCO MESES, UN PACIENTE DESPUES DE SEIS MESES) ; DE LOS

SUJETOS ESTUDIADOS EL 85% TUVIERON RECUPERACION FUNCIONAL NORMAL O QUEDARON CON SECUELAS LEVES, MIENTRAS QUE EL RESTANTE 16% TUVO SECUELAS DE MODERADAS A GRAVES QUE INCLUIAN DEBILIDAD FACIAL RESIDUAL, SINCINESIS, ESPASMOS Y CONTRACTURAS, CUANTO MAS TIEMPO SE REQUIRIO PARA LA RECUPERACION , TANTO MAYOR FUE LA PROBABILIDAD DE LAS SECUELAS DE LOS SUJETOS CON SECUELAS MAS GRAVES ,16% REQUIRIRIAN DE TRATAMIENTO MEDICO O QUIRURGICO EFICAZ .EL OTRO 84% EVOLUCIONARA BIEN SIN TERAPEUTICA ALGUNA . NO OBSTANTE,LOS PACIENTES CON RIESGO DEBEN IDENTIFICARSE Y TRATARSE AL INICIO DE LA ENFERMEDAD.PARA LOGRAR PREVENIR LA EVOLUCION HACIA LA DEGENERACION COMPLETA(2) CREEMOS IMPORTANTE LA REALIZACION DE UNA VALORACION CUIDADOSA DEL PACIENTE ,MEDIANTE METODOS CLINICOS,ASI COMO MEDIANTE LA APLICACION DE LAS DIFERENTES PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS PARA TENER ASI UNA APRECIACION ADECUADA DEL DAÑO Y LA EXTENSION DEL MISMO Y LOGRAR UNA MEJOR APLICACION DE LOS METODOS TERAPEUTICOS DISPONIBLES

4 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿EXISTE RELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO MEDIANTE PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS Y LA EVOLUCION TEMPRANA DEL PACIENTE PORTADOR DE PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA?

5 - ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

VI

DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO
MEDIANTE PRUEBAS ELECTRO-
FISIOLOGICAS

VD

EVOLUCION TEMPRANA DE LOS
PACIENTES CON PARALISIS HEMI-
FACIAL PERIFERICA

RELACION FUNCIONAL CORRELACION

6 - DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE

¿QUE ES EL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO?

ES LA LOCALIZACION DEL SITIO DE LESION DEL NERVIIO FACIAL QUE SE PUEDE EXTENDER DESDE EL NUCLEO DEL FACIAL, HASTA MAS ALLA DE LA SALIDA DEL NERVIIO EN EL AGUJERO ESTILOMASTOIDEO .

PRUEBA DE SHIRMER DETERMINA LA PRODUCCION DE LAGRIMAS EN FORMA REFLEJA Y BASAL,SE COLOCA UN PAPEL FILTRO EN CADA FONDO DE SACO CONJUNTIVAL INFERIOR Y LA CANTIDAD DE SATURACION LOGRADA EN CINCO MINUTOS SE COMPARA CON EL LADO OPUESTO UNA REDUCCION DEL LAGRIMEO DE HASTA EL 30% O MENOS EN COMPARACION CON EL LAGRIMEO TOTAL DE AMBOS OJOS ,O UNA REDUCCION BILATERAL A MENOS DE 25 MM SE CONSIDERA SIGNIFICATIVA,ESTO DEBIDO A QUE UNA LESION A NIVEL DEL GANGLIO GENICULADO PUEDE CAUSAR REDUCCION BILATERAL EN EL LAGRIMEO (7,8)

GUSTOMETRIA ESTA SE REALIZO SOLO DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO,NO SE EMPLEARON ESTIMULACIONES ELECTRICAS,SE APLICARON DIFERENTES SABORES (SAL Y LIMON) A LOS BORDES LATERALES DE LOS DOS TERCIOS ANTERIORES DE LA LENGUA,EL PACIENTE REFIERE SI PERCIBE O NO PERCIBE EL ESTIMULO (7)

DETERMINACION DEL REFLEJO ESTAPEDIAL-EL MUSCULO DEL ESTAPEDIO SE ENCUENTRA INERVADO POR EL NERVIIO FACIAL ,PUEDE MOTIVARSE CON LA PLICACION DE UN SONIDO CORTO Y AGUDO (70-100 DB)EN EL OIDO CONTRALATERAL,HAY CONECCIONES NEURALES CRUZADAS BILATERALES;LA AUSENCIA DEL REFLEJO ESTAPEDIAL SE PRESENTA EN UNA LESION DEL NERVIIO FACIAL PROXIMAL A LA SALIDA DEL NERVIIO DEL ESTAPEDIO (2,7,8)

AUDIOMETRIA SE UTILIZA PARA DETERMINAR SI LOS PACIENTES PRESENTAN ALTERACIONES AUDITIVAS,CONSISTE SIMPLEMENTE EN UN AURICULAR CONECTADO A UN OSCILADOR ELECTRONICO CAPAS DE EMITIR TONOS PUROS QUE VAN DESDE FRECUENCIAS BAJAS A FRECUENCIAS ALTAS BASADO EN ESTUDIOS PREVIOS EFECTUADOS EN PERSONAS NORMALES , EL INSTRUMENTO ESTA CALIBRADO DE TAL

FORMA QUE EL NIVEL DE SONIDO DE INTENSIDAD CERO A CADA FRECUENCIA ES EL VOLUMEN QUE UNA PERSONA NORMAL APENAS SUELE OIR SIN EMBARGO UN CONTROL CALIBRADO PUEDE AUMENTAR O DISMINUIR EL VOLUMEN DE CADA TONO POR ENCIMA O POR DEBAJO DEL NIVEL CERO.SI HAY QUE AUMENTAR EL VOLUMEN DE UN TONO 30 DECIBELIOS POR ENCIMA DE LO NORMAL ANTES DE QUE SE PUEDA OIR,SE DICE QUE LA PERSONA TIENE UNA PERDIDA AUDITIVA DE 30 DECIBELIOS PARA ESE TONO EN CONCRETO AL EFECTUAR UNA PRUEBA DE AUDICION CON UN AUDIOMETRO , SE ENSAYAN APROXIMADAMENTE DE 8 A 10 FRECUENCIAS QUE CUBRAN EL ESPECTRO AUDITIVO,Y SE DETERMINA LA PERDIDA AUDITIVA PARA CADA UNA DE ELLAS EL AUDIOMETRO,ADEMAS DE ESTAR EQUIPADO CON UN AURICULAR PARA ESTUDIAR LA CONDUCCION DE SONIDOS POR EL AIRE,LLEVA TAMBIEN UN VIBRADOR ELECTRONICO PARA ESTUDIAR LA CONDUCCION POR EL HUESO,DESDE LA APOFISIS MASTOIDEA HASTA EL CARACOL (17)

ELECTRONEURONOGRAFIA-SE REALIZO COMPARANDO AMBOSD LADOS DE LA CARA,SE ESTIMULA CON UNA ONDA EMITIDA POR UN GENERADOR DE CORRIENTE CON VOLTAGE CONSTANTE,EL ESTIMULO ES SUPRAMAXIMO,LA INTENSIDAD DEL ESTIMULO ES INCREMENTADA HASTA QUE LA AMPLITUD MAXIMA DE LA RESPUESTA ES OBTENIDA Y YA NO PUEDE SER INCREMENTADA POR AUMENTOS EN LA CORRIENTE.SE CONSIDERA QUE TODAS LAS FIBRAS QUE CONDUCEN SON INCLUIDAS EN LA GENERACION DE LA RESPUESTA SE CONSIDERA EL ESTUDIO MAS EXACTO Y MIDE LA DEGENERACION DE FIBRAS NERVIOSAS.SE COLOCA UN ELECTRODO ESTIMULADOR BIPOLAR HUMEDECIDO CON SOLUCIÓN SALINA,ES COLOCADO SOBRE EL TRONCO NERVIOSO PRINCIPAL EN EL AGUJERO ESTILOMASTOIDEO,LA PIEL SE ENCUENTRA ASEADA CON BENZINA ,IDENTICOS ELECTRODOS BIPOLARES REDONDOS SON USADOS PARA REGISTRAR EL ELECTRODO DE REGISTRO ES COLOCADO EN EL PLIEGUE NASOLABIAL,LA INTENSIDAD DEL ESTIMULO VA DE 60 A 120 V,LA AMPLITUD DE LA RESPUESTA VARIA CON EL VOLUMEN DE LOS MUSCULOS DE LA MIMICA Y TIENE UN PORCENTAJE DE 5000 MICROVOLTS LA AMPLITUD DE LA RESPUESTA ES REGISTRADA EN UN OSCILOGRAFO CUYA AMPLIFICACION DEBE SER EN MENOS DE 50 MICROVOLTS / CM EL IMPULSO ES DE 0.2 MSEG DE DURACION ,CON UNA FRECUENCIA DE 1/SEG SE USA UN PROMEDIADOR DE RESPUESTAS LO CUAL DA GRANDES VENTAJAS (12,13,14.)

NEUROCONDUCCION MOTORA LOS ESTUDIOS DE NEUROCONDUCCION MOTORA MIDEN EL IMPULSO QUE VIAJA A TRAVÉS DE LA LESION,PARA DETECTAR ALGUN BLOQUEO

NERVIOSO EN NUESTRO ESTUDIO SE REALIZO DETERMINACION DE LATENCIAS EN EL NERVIIO FACIAL, EVALUACION DE LAS AMPLITUDES DEL POTENCIAL Y SE DETERMINO LA EXISTENCIA O NO DE DATOS DE REINERVACION CON EMG DE AGUJA LA LATENCIA SE EVALUO EN FORMA BILATERAL COMPARATIVA EL ELECTRODO ACTIVO SE COLOCO EN EL MUSCULO SUPERCILIAR, Y EN EL CUADRADO DE LA BARBA, EL ELECTRODO DE REFERENCIA SE COLOCA EN EL PUENTE NASAL Y LA TIERRA EN LA FRENTE SE ESTIMULO CON EL CATODO ANTERIOR A LA APOFISIS MASTOIDES Y EL ANODO EN LA PARTE INFERIOR, SE DIO ESTIMULO SUPRAMAXIMO CON UNA DURACION DE 0.1 MSEG SE OBTUVO EL POTENCIAL MOTOR DEL NERVIIO FACIAL Y SE MIDIO DE LA DESVIACION INICIAL NEGATIVA DEL POTENCIAL DE ACCIÓN MUSCULAR COMPUESTO, O AL INICIO DE LA DESVIACION INICIAL POSITIVA O NEGATIVA PARA OBTENER LA AMPLITUD DEL POTENCIAL SE MIDIO DE LA LÍNEA BASAL AL PICO NEGATIVO DEL POTENCIAL MOTOR DEL NERVIIO FACIAL.

EL ESTUDIO CON ELECTRODO DE AGUJA, SE REALIZO CON AGUJA DEL NUMERO 14, SE OBTUVIERON LOS POTENCIALES DE INSERCIÓN, DE REPOSO Y DE ACCIÓN (1, 14, 15)

SE REALIZO SOLO UNA VALORACION CON ESTUDIOS ELECTROFISIOLOGICOS A LOS PACIENTES, DEBIDO AL ESCASO TIEMPO DE NUESTRO ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE:

¿QUE ES LA PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA?

ES UN SIGNO CLINICO QUE REPRESENTA ALGUNA AFECCION DEL NERVIIO FACIAL EN CUALQUIER PUNTO DE SU TRAYECTO, COMPENDIDO DESDE EL NUCLEO HASTA MAS ALLA DEL AGUJERO ESTILOMASTOIDEO, EN CUALQUIERA DE AMBAS HEMICARAS, ES UNA LESION DE NEURONA MOTORA INFERIOR, AFECTA A LOS MUSCULOS FRONTAL Y OCULARES Y ORIGINA PARALISIS DE LA FRENTE CON INCAPACIDAD PARA CERRAR EL OJO DEL MISMO LADO

LA PARALISIS DIAGNOSTICADA CLINICAMENTE REPRESENTA AUSENCIA TOTAL DE MOVIMIENTO VOLUNTARIO

LA ESCALA CLINICA PARA VALORACION MUSCULAR UTILIZADA EN LA UNIDAD VA DEL 0 AL 3 Y SE PRESENTA A CONTINUACION

GRADO 0 AUSENCIA TOTAL DE MOVIMIENTO DE LOS MUSCULOS DE LA HEMICARA AFECTADA, NO HAY CONTRACCION PALPABLE O VISIBLE, PRESENTA ASIMETRIA FACIAL AL REPOSO Y SE EXACERVA AL TRATAR DE CONTRAER LOS MUSCULOS DE AMBAS HEMICARAS

GRADO 1 . CONTRACCION MUSCULAR PALPABLE Y VISIBLE,CON ASIMETRIA FACIAL DE REPOSO QUE SE MANTIENE A LA CONTRACCION DE MUSCULOS DE AMBAS HEMICARAS

GRADO 2 . CONTRACCION MUSCULAR PALPABLE Y VISIBLE ,CON DISCRETA ASIMETRIA FACIAL DE REPOSO ,QUE MEJORA A LA CONTRACCION MUSCULAR DE AMBAS HEMICARAS

GRADO 3 CONTRACCION MUSCULAR PALPABLE Y VISIBLE ,CON SIMETRIA FACIAL DE REPOSO Y A LA CONTRACCION DE LOS MUSCULOS DE AMBAS HEMICARAS

A LOS PACIENTES SE LES REALIZO VALORACION MUSCULAR A LOS 15 A LOS 30 Y A LOS 45 DIAS POSTERIOR A SU INGRESO

7 - ESPECIFICACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE: SI

VARIABLE DEPENDIENTE LEVE = 3
 MODERADA = 2
 SEVERA = 1

8.- ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE DETERMINISTICA
 NOMINAL
 DISCRETA

VARIABLE DEPENDIENTE ALEATORIA
 NOMINAL
 DISCRETA
 FINITA

9.- HIPOTESIS

EXISTE CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO MEDIANTE PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS EN EL PACIENTE CON PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA Y LA EVOLUCION

11 - UNIVERSO DE TRABAJO

TODOS LOS PACIENTES CON PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA QUE INGRESEN A LA
U M F R S QUE CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION

12 - TECNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SUJETOS DE ESTUDIO

HOMOGENIZACION

13 - TECNICAS PARA CONTROLAR LAS DIFERENCIAS SITUACIONALES

ALEATORIZACION

14 - CRITERIOS DE SELECCION.

CRITERIOS DE INCLUSION -EDAD,DE 18 AÑOS EN ADELANTE
-TIEMPO DE EVOLUCION DE 0 A 30 DIAS
-PACIENTE DE CUALQUIER SEXO
-CON O SIN TRATAMIENTO MEDICO PREVIO

CRITERIOS DE NO INCLUSION
-PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA TRAUMATICA
TUMORAL ,POSTQUIRURGICA Y CONGENITA
-CON PATOLOGIA DE OIDO
-DE MENOS DE 18 AÑOS DE EDAD
-DE MAS DE 30 DIAS DE EVOLUCION

CRITERIOS DE EXCLUSION -DETECCION DURANTE EL ESTUDIO DE PATOLOGIA DE OIDO
O ENFERMEDADES NEUROLOGICAS
-SUJETOS QUE ABANDONEN EL ESTUDIO

15 - DETERMINACION ESTADISTICA DE LA MUESTRA

$$A = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (q)}{d^2}$$

$$\begin{aligned} Z_c &= 1.6449 \\ p &= 0.025 \\ q &= 0.97 \\ d &= 0.05 \end{aligned}$$

PROPORCION DE PACIENTES QUE LLEGUEN A LA UNIDAD, SI ATIENDE POR MES 800 PACIENTES DEL TOTAL ¿QUE PROPORCION DE ESTOS CORRESPONDE A PARA LISIS HEMIFACIAL PERIFERICA?

$$800 - 100$$

$$20 - X = 0.025 \text{ (ES EL 2.5 \%)}$$

16 - MATERIAL Y METODOS:

EL ESTUDIO SE REALIZO EN LA CONSULTA EXTERNA DE LA U.M.F.R.R.S., SE CONTO CON LA COLABORACION DEL SERVICIO DE OTONEUROLOGIA DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES DEL CMN "LA RAZA", UTILIZANDO LOS RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES CON LOS QUE CUENTAN DICHS SERVICIOS

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION SE OBTUVO EL CONCENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES PARA PARTICIPAR EN EL PRESENTE PROYECTO DE INVESTIGACION SE INCLUYERON PARA SU ESTUDIO A TREINTA PACIENTES CON EDADES DE 19 A 60 AÑOS (14 MUJERES). DE ACUERDO A LOS CRITERIOS DE SELECCION SEÑALADOS SE EXCLUYERON A 4 PACIENTES: 2 POR ABANDONO Y 2 POR PRESENTAR PATOLOGIA OTOLOGICA INTERCURRENTE, POR LO QUE LA POBLACION EN QUE SE EFECTUO EL ESTUDIO ESTUVO CONSTITUIDA POR 26 PACIENTES PORTADORES DE PARALISIS FACIAL PERIFERICA, CON EDADES ENTRE LOS 19 Y 60 AÑOS (11 MUJERES) CON LOS DIAGNOSTICOS MENCIONADOS EN LA TABLA 1

NO	DIAGNOSTICO
9	PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA INFRACORDAL
4	PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA INFRAESTAPEDIAL
12	PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA SUPRAESTAPEDIAL
1	PARALISIS HEMIFACIAL PERIFERICA SUPRAGENICULADA

SE EFECTUO LA VALORACION CLINICA INICIAL DE CADA PACIENTE, CONSIDERANDO SUS ANTECEDENTES Y SU PRESENTACION INICIAL DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS, INCLUYENDO LA EXPLORACION OTOLOGICA, NEUROLOGICA Y CLASIFICACION CLINICA DEL COMPROMISO A CADA PACIENTE SE LE REALIZO EXAMEN MUSCULAR DE ACUERDO A LA ESCALA MANEJADA EN LA U.M.F.R.R.S., SE LES REALIZO LA PRUEBA DE SHIRMER Y GUSTOMETRIA, SE LES REALIZO AUDIOMETRIA TONAL EN AUDIOMETRO MADSEN 430 DE 125 A 8 KHTZ POR VIAS AEREAS Y OSEAS; IMPEDANCIOMETRIA EN EQUIPO PARA IMPEDANCIOMETRIA INTERACUSTIC AZ7, CON REGISTRO TIMPANOGRAFICO Y DETERMINACION DE UMBRALES DEL REFLEJO ESTAPEDIAL CONTRALATERAL EN LAS FRECUENCIAS DE 5 A 4 KHTZ EN CASO DE PRESENTAR MANIFESTACIONES DE AFECCION VESTIBULAR EL ESTUDIO SE COMPLETO CON EXPLORACION OCULOMOTORA, PRUEBAS POSTURALES (MANIOBRA DE BARANY) Y

ESTUDIO DEL REFLEJO VESTIBULO OCULOMOTOR CON ESTIMULACION TERMICA (TECNICA DE HALLPICKE MODIFICADA POR ARROLLO) CON REGISTRO OCULOMOTOR MEDIANTE ELECTRONISTAGMOGRAFIA , CON DERIVACION BITEMPORAL . PARA VALORAR OBJETIVAMENTE LA MAGNITUD DEL COMPROMISO NEURAL SE EFECTUO EN CASOS DE EVOLUCION CORTA ELECTRONEURONOGRAFIA , CON DERIVACION ORBITO LABIAL Y ESTIMULACION DE 50 mA (EQUIPO AMPLAID MK10). A TODOS LOS PACIENTES SE LES REALIZO EMG , LAS PRUEBAS APLICADAS FUERON :NEUROCONDUCCION MOTORA DEL NERVIOS FACIAL , Y ESTUDIO CON ELECTRODO DE AGUJA . LA TECNICA CONSISTIO EN LA APLICACION DEL ELECTRODO ACTIVO EN LOS MUSCULOS SUPERCILIAR Y CUADRADO DE LA BARBA, CON LA TIERRA EN LA FRENTE Y EL ELECTRODO DE REFERENCIA EN EL PUENTE NASAL, LA ESTIMULACION SE REALIZO CON EL CATODO ANTERIOR A LA APOFISIS MASTOIDES Y EL ANODO INFERIOR AL CATODO, CON APLICACION DE ESTIMULO SUPRAMAXIMO PARA EL ESTUDIO DE NEUROCONDUCCION , EL ESTUDIO FUE COMPARATIVO, REALIZANDOSE EN AMBOS LADOS DE LA CARA (VALORES NORMALES DE ACUERDO A KIMURA); PARA EL ESTUDIO CON EL ELECTRODO DE AGUJA SOLO SE REALIZO DEL LADO ENFERMO , SE COLOCO EL ELECTRODO ACTIVO EN POR LO MENOS UN MUSCULO INERVADO POR LA RAMA INFERIOR Y SUPERIOR DEL FACIAL, EL ELECTRODO DE REFERENCIA SE COLOCA EN EL PUENTE NASAL Y LA TIERRA EN LA BARBILLA O LA FUENTE, SE UTILIZO AGUJA CONCENTRICA DE 37 MM Y SE OBTUVIERON LOS POTENCIALES DE REPOSO, DE INSERCCION Y DE ACCION EN CADA MUSCULO EXPLORADO. POSTERIOR A SU EVALUACION INICIAL LOS PACIENTES FUERON SOMETIDOS A TRATAMIENTO MEDICO Y REHABILITATORIO , EL TRATAMIENTO MEDICO INCLUYO LA PRESCRIPCION DE NAPROXENO, HIDROXICOBALAMINA Y DE PREDNISONA A DOSIS DECRECIENTE CON DOSIS CALCULADA A 1 MG/KG DE PESO POR DIA FRACCIONADA EN TRES . SE APLICARON COMPRESAS HUMEDAS CALIENTES POR 20 MINS A LA HEMICARA AFECTADA, CON MOVILIZACIONES Y MASAJE POSTERIOR, ELECTROESTIMULACIONES A PUNTOS MOTORES DE MUSCULOS AFECTADOS, Y TECNICAS DE REEDUCACION FRENTE AL ESPEJO DE ESTA MANERA FUE POSIBLE CONTROLAR LAS VARIABLES IMPLICADAS EN EL TRATAMIENTO PARA CONSIDERAR LA EVOLUCION EN CADA CASO LA VALORACION CLINICA DE LA EVOLUCION DE LOS PACIENTES SE REALIZO CADA DOS SEMANAS DESDE LA CAPTACION INICIAL POR UN PERIODO DE 45 DIAS

17 - RESULTADOS

SE INVESTIGARON UN TOTAL DE 26 PACIENTE ,DE LOS CUALES .

11 (42.3%) FUERON MUJERES Y 15 (57.6 %)FUERON HOMBRES ;LOS PACIENTES PRESENTARON EDADES QUE FUERON DE LOS 19 A LOS 60 AÑOS,ENCONTRANDOSE LA MAYOR PARTE DE ELLOS POR ABAJO DE LOS 40 AÑOS DE EDAD;LA HEMICARA IZQUIERDA FUE LA MAS AFECTADA ,CON UN TOTAL DE 15 PACIENTES (57.6%),DE TODO EL GRUPO,14 (53.8%) LOGRARON LA RECUPERACION COMPLETA Y 12 (46.1%) INCOMPLETA

SE HA REPORTADO QUE EXISTEN PACIENTES CON PARALISIS HEMIFACIAL QUE PRESENTAN DE MANERA CLINICA O SUBCLINICA AFECCION A OTROS PARES CRANEALES(16),EN NUESTRA POBLACION,EXCEPTO EN EL SINDROME DE RAMSEY HUNT ,EN NINGUNO SE EVIDENCIO TRASTORNO A OTROS NERVIOS CRANEALES SIN EMBARGO SI SE ENCONTRO SINTOMATOLOGIA DIVERSA SUGERENTE DE ALTERACIONES OTICAS O DE ESTRUCTURAS ALEDAÑAS AL VII PAR CRANEAL,TALES COMO EGOFONIA QUE SE PRESENTO EN 1 PACIENTE,PLENITUD OTICA EN 2 PACIENTES,DOLOR PERI Y PREAURICULAR EN 13 PACIENTES,HIPOACUSIA EN 4 PACIENTES,CHASQUIDO DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR EN 9 PACIENTES,UNO DE ELLOS CON LUXACION TEMPOROMANDIBULAR,ACUFENO EN 6 PACIENTES,VERTIGO EN 1 PACIENTE,SE INTEGRO EL CUADRO DE DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR Y CON TRATAMIENTO INTENCIONADO TODOS MEJORARON

TOPODIAGNOSTICO:

PRUEBA DE SHIRMER ASIMETRICA EN 2 PACIENTES (7%)

GUSTOMETRIA TRASTORNO DE LA CUERDA DEL TIMPANO EN 9 PACIENTES(34%)

LAS DOS PRUEBAS ANTERIORMENTE MENCIONADAS TUVIERON POBRE UTILIDAD EN ESTE ESTUDIO LO CUAL ES ACORDE A LOS REPORTES DE LA LITERATURA

AUDIOMETRIA TONAL NORMAL EN 16 PACIENTES(61%) ALTERADA EN 10 PACIENTES (38.4%) LA AFECCION A TONOS AGUDOS SE IDENTIFICO EN EL 80% DE LOS PACIENTES,CON PERDIDA $X = 27.5$ dBHL ,CON DIFERENCIAL AEREO- OSEA DE 17.5 dB

IMPEDANCIOMETRIA COMPLIANCIA EN LIMITES NORMALES DE PRESION EN TODOS LOS CASOS ,EXCEPTO 1 CON REGISTRO PATOLOGICO(CURVA TIPO C DE JERGER),CON HIPERMOTILIDAD EN 4 PACIENTES(15%) E HIPOMOVILIDAD EN 12(46%).EL REFLEJO

EL ESTAPEDIAL DEL LADO DE LA LESION SE ENCONTRO AUSENTE EN 14 (53.84 %). EL EMPLEO DEL REFLEJO ESTAPEDIAL CON FINES PRONOSTICOS ES CONTROVERSIAL EN EL PRESENTE ESTUDIO SE IDENTIFICO RELACION SIGNIFICATIVA ENTRE LA PRESENCIA TARDIA DEL REFLEJO CON BUEN PRONOSTICO. NO OBSTANTE NO SE REALIZO EN FORMA SERIADA DEBIDO AL BREVE TIEMPO DE SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES, LO CUAL HUBIERA DADO MAYOR VALIDEZ A LA PRUEBA, YA QUE SE HA REPORTADO QUE SU DESAPARICION INICIAL Y REAPARICION POSTERIOR ES DE MEJOR PRONOSTICO QUE SU AUSENCIA

ESTUDIO VESTIBULAR: SE EFECTUO EN 2 CASOS , CON EVIDENCIA DE LESION SOLAMENTE EN 1 (DE TIPO PERIFERICA).

LA CONCLUSION TOPODIAGNOSTICA FUE

I - SUPRAGENICULADA	1
II - INFRAGENICULADA SUPRESTAPEDIAL	13
III - INFRAESTAPEDIAL SUPRACORDAL	4
IV - INFRACORDAL	8

PRUEBAS ELECTROPRONOSTICAS

ELECTRONEURONOGRAFIA: SE REALIZO EL REGISTRO EN 5 PACIENTES , CON PRONOSTICO REGULAR EN 1 (DEGENERACION DEL 57%) Y BUENO EN 4

DE ACUERDO AL PORCENTAJE DE FIBRAS AFECTADAS DETECTADO POR ELECTRONEURONOGRAFIA , EL PRONOSTICO FUE BUENO EN TODOS (NINGUNO LLEGO AL 66% DE LESION) NO OBSTANTE AL MOMENTO DEL EGRESO SOLAMENTE EL 20% DE LOS PACIENTES PRESENTABAN ADECUADA RECUPERACION SIN EMBARGO, NO SE PUEDE AFIRMAR EN ESTE GRUPO SU VALOR REAL , DEBIDO AL CORTO TIEMPO DE EVOLUCION EN LOS PACIENTES , LO CUAL HACE VER LA NECESIDAD DE CONTINUAR SU SEGUIMIENTO, PARA CORROBORAR SI EL RESULTADO ELECTRONEUROGRAFICO SE RELACIONA O NO CON EL RESULTADO FINAL

ELECTROMIOGRAFIA. SE ANALIZO EL REGISTRO DE 21 PACIENTES, EL PRONOSTICO DE ACUERDO A LOS RESULTADOS , CONSIDERANDO LA LATENCIA , FUE BUENO EN 10 PACIENTES (47.6%) Y MALO EN 11 (52.3%)

EN RELACION AL PRONOSTICO BUENO SE ENCONTRO QUE EL VALOR PREDICTIVO DE LA ELECTROMIOGRAFIA , CONSIDERANDO LA LATENCIA FUE DE 77 % EN LOS CASOS EN QUE EL PRONOSTICO FUE EQUIVOCO (3 PACIENTES DE 21) EL ESTUDIO SE REALIZO TEMPRANAMENTE (ANTES DE LOS 10 DIAS) Y EN TODOS LA LESION FUE SUPRAESTAPEDIAL. LA PRESENCIA DE POTENCIALES DE REINERVACION SE ENCONTRO EN 8 PACIENTES (38%), CON BUENA EVOLUCION TEMPRANA EN 6 ; PARA LOS OTROS 2 , EL

SEGUIMIENTO FUE DE 8 SEMANAS Y ESTA REPORTADO QUE DICHOS POTENCIALES PUEDEN APARECER INCLUSO HASTA LA DOCEAVA SEMANA O DESPUES. EN LOS 13 PACIENTES (62%) EN QUE NO SE REGISTRARON POTENCIALES DE REINERVACION, CABE SEÑALAR QUE AL 84% EL ESTUDIO SE LES REALIZO ANTES DEL DIA 21, POR LO QUE LA INFORMACION QUE NO BRINDA NO ES UTILIZABLE DE ESTA FORMA.

LA PREDICTIVIDAD DEL ESTUDIO MEDIANTE ELECTRONEURONOGRAFIA EN RELACION A LA ELECTROMIOGRAFIA PARA EL PRONOSTICO BUENO FUE DE 4/5, LA RELACION DE UNA PRUEBA CON OTRA FUE DEL 80%, POCO VALIDA POR SER SOLAMENTE EN 5 PACIENTES, PERO ACORDE CON LO REPORTADO POR OTROS AUTORES

EL HECHO DE QUE SE MOSTRARA UNA ASOCIACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE EL TOPODIAGNOSTICO Y LA EVALUACION CLINICA FINAL, PERMITE FUNDAMENTAR EL VALOR DE REALIZAR UN DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO TEMPRANO MEDIANTE PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS, QUE PERMITA IDENTIFICAR LA POBLACION CON ALTO RIESGO DE DEGENERACION TOTAL O SECUELAS Y ASI LOGRAR UNA MEJOR UTILIZACION DE LOS MEDIOS TERAPEUTICOS OPTIMOS PARA LA MEJOR EVOLUCION DE LOS PACIENTES

18 - ANALISIS ESTADISTICO DE LA INFORMACION QUE SE OBTENDRA

EL ANALISIS DE LOS DATOS SE REALIZO MEDIANTE LA PRUEBA DE χ^2 (=10.248), CON COEFICIENTE DE CONTINGENCIA $C = 0.531$, SIENDO ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVO LA RELACION ENTRE EL TOPODIAGNOSTICO 8 MEDIANTE PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS Y LA EVALUACION DE CADA CASO, SIENDO LAS PARALISIS HEMIFACIALES SUPRAESTAPEDIALES LAS DE PEOR PRONOSTICO Y PARTICULARMENTE LAS SUPRAGENICULADAS ($P = 0.05$)

19- CONCLUSIONES

-- SE IDENTIFICO LA DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR ,COMO UNA PATOLOGIA SEGURAMENTE PREEXISTENTE Y PRECIPITADA O FACILITADA POR LA PARALISIS HEMIFACIAL USUALMENTE NO DETECTADA NI TRATADA.

-- SE IDENTIFICO LA PRESENCIA DE REFLEJO ESTAPEDIAL TARDIO CON BUEN PRONOSTICO

-- EL VALOR PREDICTIVO DE LA ELECTROMIOGRAFIA EN RELACION AL PRONOSTICO BUENO FUE DEL 77 %

-- LA ASOCIACION ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA ENTRE EL TOPODIAGNOSTICO Y LA EVALUACION CLINICA FINAL ,FUNDAMENTA LA NECESIDAD DE REALIZAR PRUEBAS ELECTROFISIOLOGICAS EN LOS PACIENTES CON PARALISIS HEMIFACIAL EN LA UMFRRS

21 - DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO .

- EL DISEÑO EL PROTOCOLO,SE LLEVO A CABO DEL 15 DE JULIO AL 15 DE AGOSTO DE 1996
- INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA,SE LLEVO A CABO DEL 01 AL31 DE AGOSTO DE L996
- REDACCION DEL PROTOCOLO ,SE LLEVO A CABO DEL 16 AL 23 DE AGOSTO DE L996
- PRESENTACION DEL PROTOCOLO AL C L I , DEL 26 AL 30 DE AGOSTO DE 1996
- APROBACION DEL PROTOCOLO POR EL C.L.I , DEL 2 AL 6 DE SEPTIEMBRE DE 1996
- MODIFICACIONES AL PROTOCOLO EN CASO NECESARIO,DEL 9 AL 13 DE SEPTIEMBRE DE 1996
- RECOLECCION DE DATOS,DEL 15 DE SEPTIEMBRE AL 15 DE NOVIEMBRE
- PROCESAMIENTO DE DATOS,DEL 15 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1996
- ANALISIS ESTADISTICO DE DATOS,DEL 2 AL 6 DE DICIEMBRE DE 1996
- ELABORACION DE CONCLUSIONES,DEL 9 AL 13 DE DICIEMBRE DE 1996
- REDACCION DEL ESCRITO O ARTICULO CIENTIFICO,DEL 16 AL 20 DE DICIEMBRE DE 1996
- ACTIVIDADES DE DIFUSION,DEL 01 AL 15 DE ENERO DE 1977
- ENVIO PARA PUBLICACION,DEL 15 AL 31 DE ENERO DE 1977

22 - CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO

EL PRESENTE ESTUDIO ESTA BASADO EN LA CONSIDERACION DE LAS NORMAS ETICAS DE HELSINKI Y LA MODIFICACION DE TOKIO.

23 - CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTIFICA

EL PRESENTE PROTOCOLO ESTA BAJO LA CONSIDERACION NORMATIVA DE INVESTIGACION NACIONAL Y DEL I.M.S.S

24 - DIFUSION QUE SE DARA A LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO

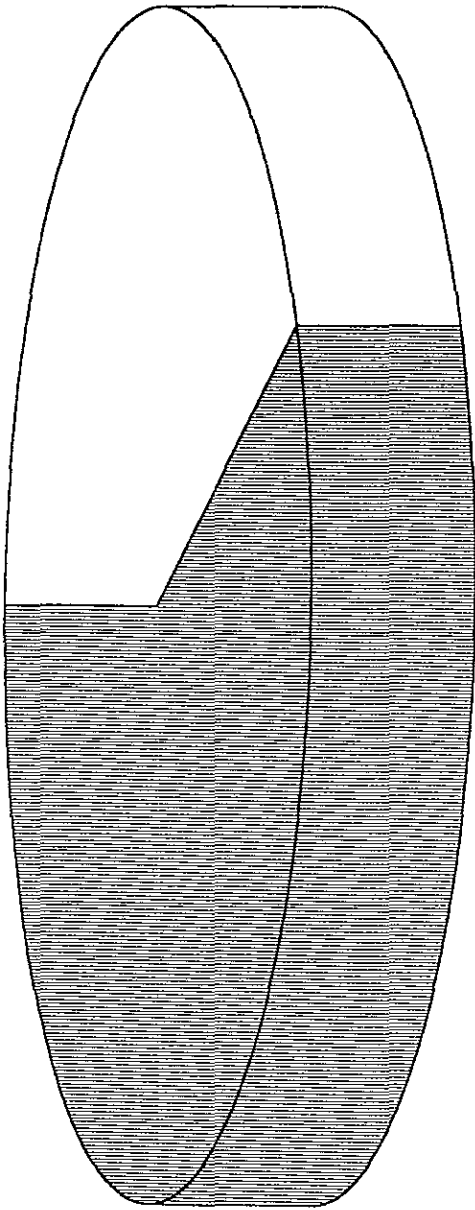
SE PRESENTARA EN LAS SESIONES DE LA U.M.F.R.R.S. Y DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE REHABILITACION, Y SE PUBLICARA EN LA REVISTA DE ESTA ULTIMA

25 - BIBLIOGRAFIA

- 1 - Adriana M Montes CM. Minimonografía parálisis facial .pruebas electrodiagnosticas Rev. Mex de Med Fis y Rehab 1993 Oct-Dic ;5(4)13-25.
- 2 - Douglas E Mattox Tratamiento de problemas del nervio facial. Clin otolaringol de Norteamérica 1991,3 557-686
- 3 - Morgenlander J Massey E Bell's palsy. Ensuring the best possible outcome.Postgraduate medicine 1990,88(5) 157-61
- 4 -Smith I,Mountain R,Murray J An out-patient review of facial palsy in the community Clin otolaringol 1994,19 198-200
- 5 - Keane J Bilateral seventh nerve palsy, analysis of 48 cases and review of the literature Neurology 1994,44 1198-1202
- 6 -Wilson P Akeson E,Stewart P Nervio facial en: nervios craneanos,anatomía y clínica la I.d Argentina,1996 88-96
- 7 - Gary F,Moore Facial nerve paralysis primary care 1990;17:447-454
- 8 - Michel P,Rene D,Michel N,Michel C The Prognostic value of the stapedius reflex in peripheral facial palsy
- 9 - Montes CM,Montelongo SA Anatomopatofisiología en las lesiones nerviosas periféricas. Rev Mex de Med Fis y Rehab 1995 jul-sept ,7(3) 70-80
- 10 - Newton J Facial electroneurography analysis of techniques and correlation with degenerating motoneurons Laryngoscope 1992 julY,102:747-759
- 11 - Michael P Facial nerve disorders. anatomical, histological and clinical aspects Adv oto-rhino-laryng 1984,32 124-193
- 12 - Kimura J Stimulation of the facial nerve En. Electrodiagnosis in diseases of nerve and muscle principles and practice 2a edition Unites States of American 1989:307-31
- 13 - Gantz BJ, Gimur A, Fish U Intraoperative evoked electromiography in bell's palsy Am J otolaringol 1982,3 273
- 14 - Antonio TH, Skevas, Vasilios G, Dimitrios A The role of the facial nerve latency test in the prognosis of bell's palsy Laryngoscope 1990 oct ,100 1083-1085.
- 15 - Vasilios G,DANIELIDES, Antonios T,Skevas Value of the facial nerve latency test in prognosis of childhood bell's palsy Child's nerv syst 1992,8 126-128
- 16 - Beal MF Multiple cranial - nerve palsies Diagnostic Challenge. N.Engl J Med 1990 ;322 :461-63
- 17 - Arthur C Los sentidos quimicos-gusto y olfato En Fisiología medica ,Inteamericana Mc Graw Hill Editores Mexico 604-605

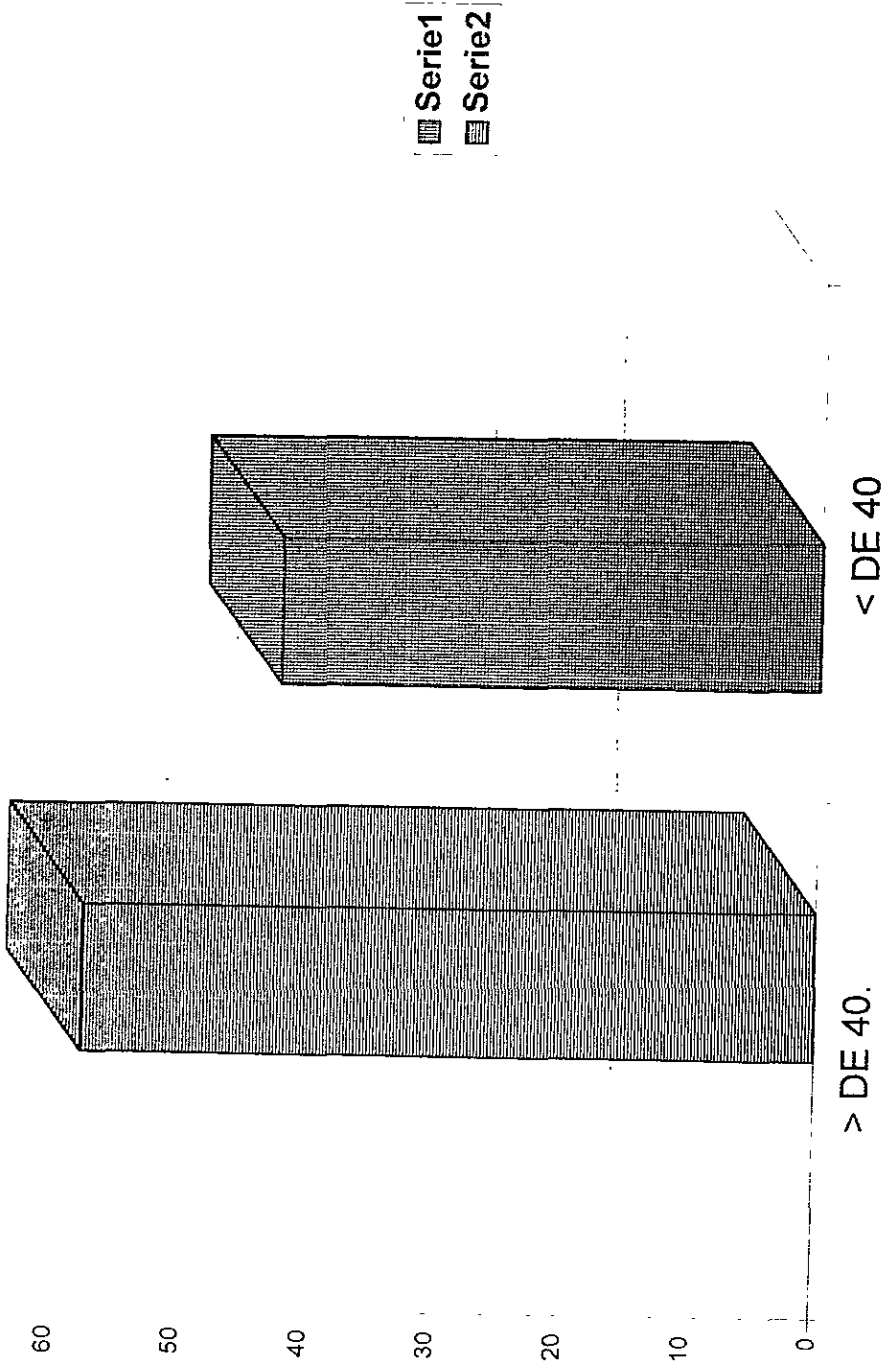
POBLACION DE PACIENTES POR SEXO

**42% MUJERES
(11)**

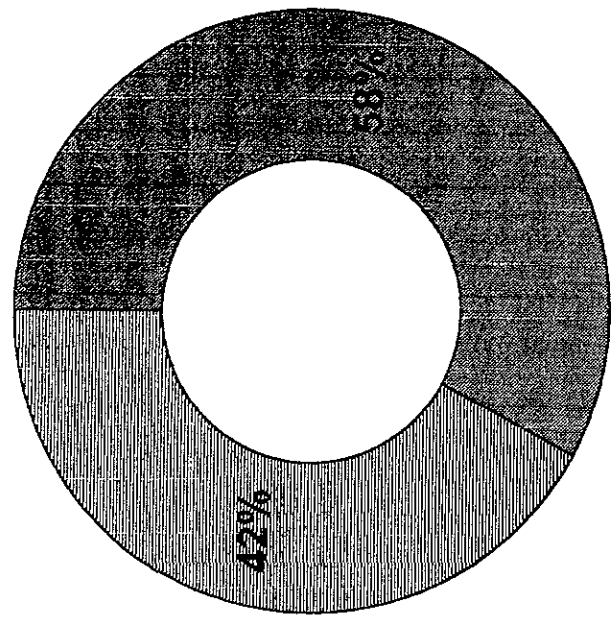


**58% HOMBRES
(15)**

POB. DE PACIENTES POR EDADES



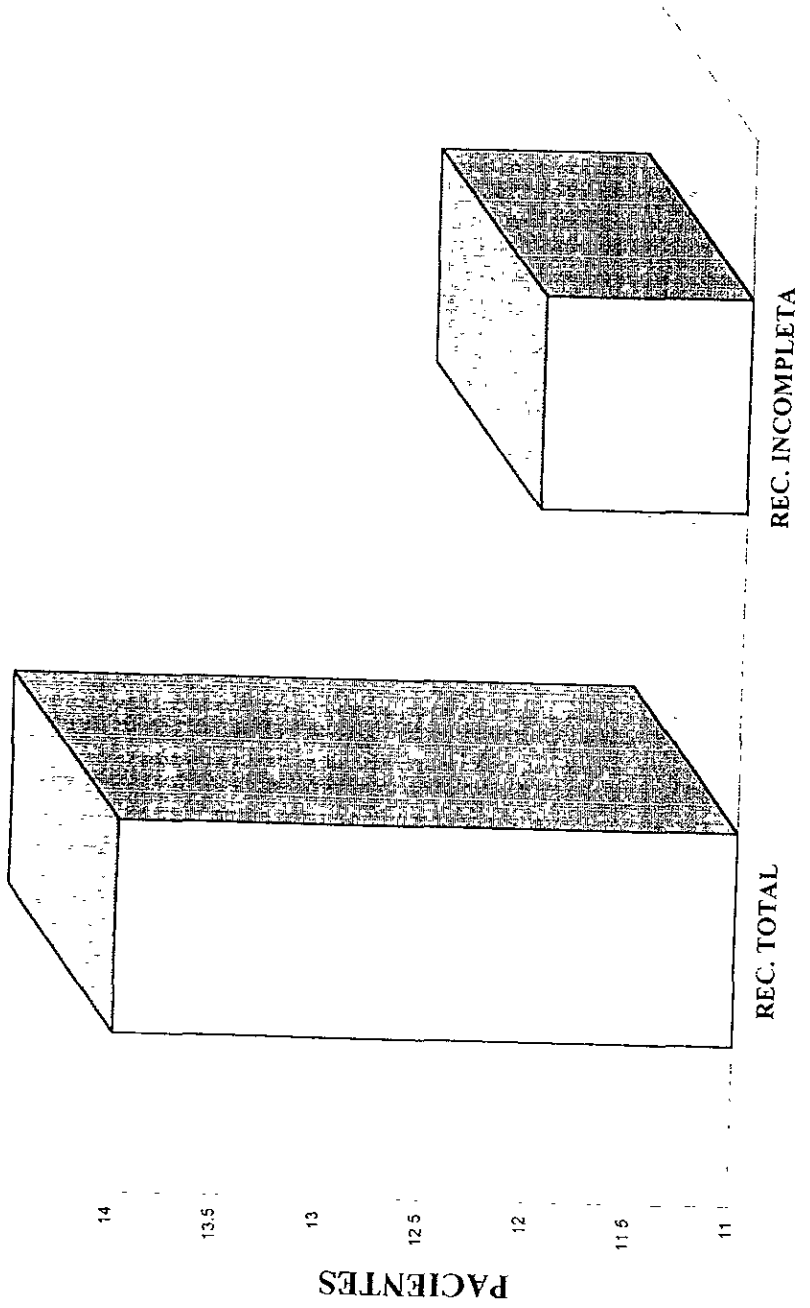
POB. DE PACIENTES POR HEMICARA AFECTADA



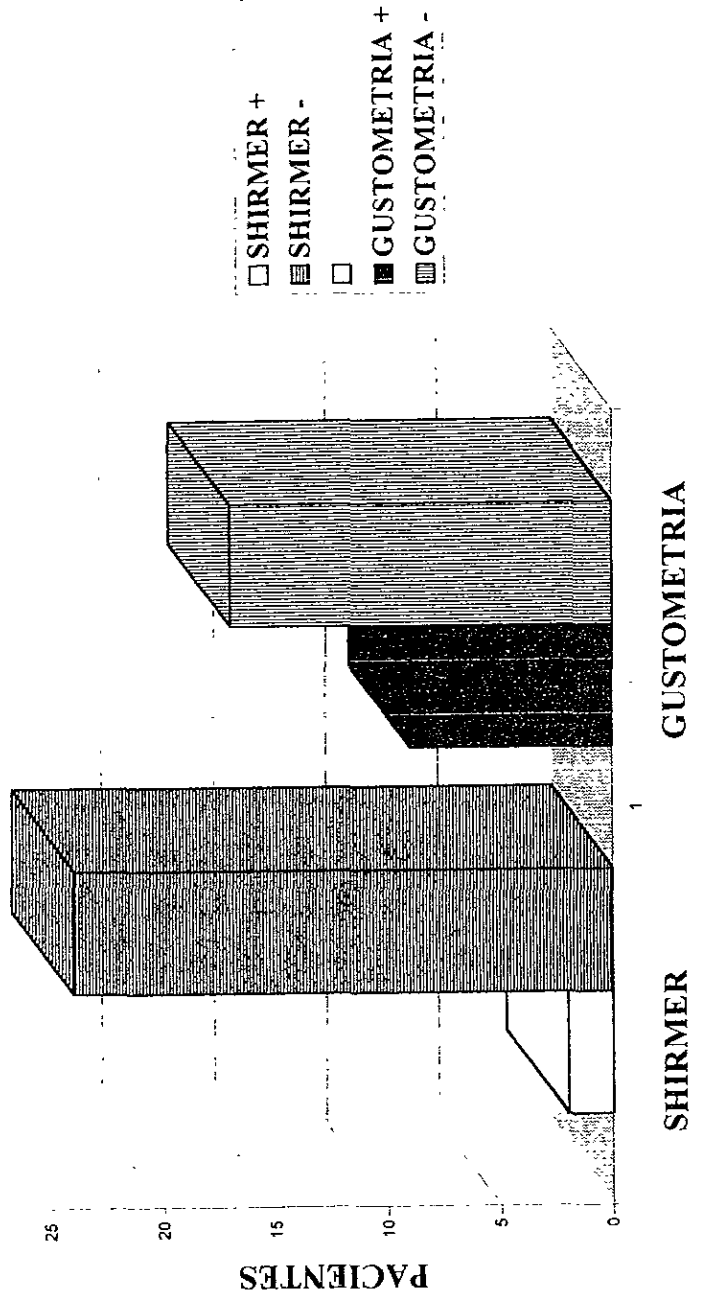
■ 15
HEMI. IZQ.

■ 11
HEMI. DER.

PORCENTAJE DE RECUPERACION



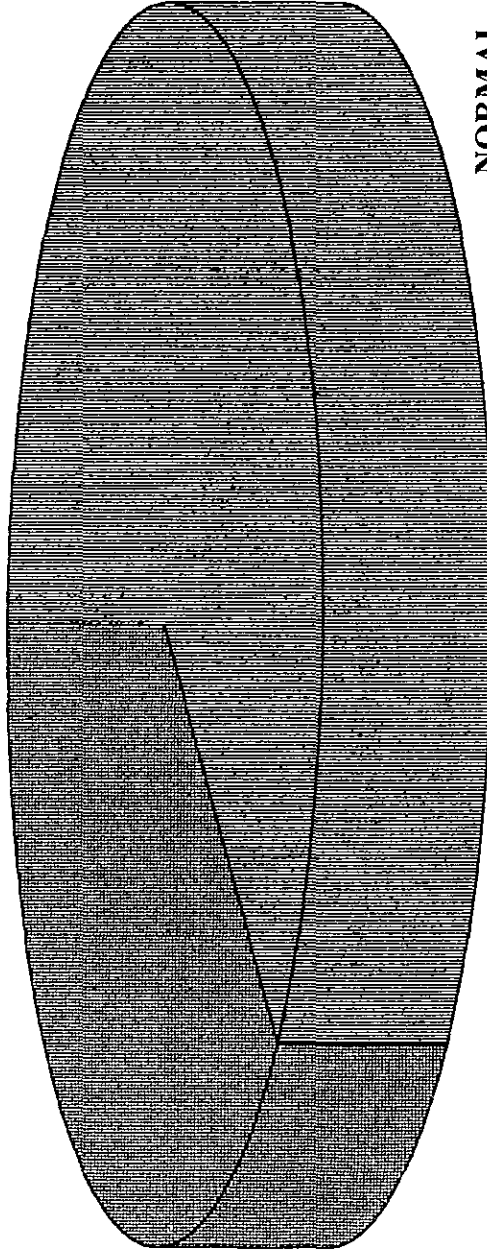
PRUEBA DE SHIRMER - GUSTOMETRIA



ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

AUDIOMETRIA TONAL

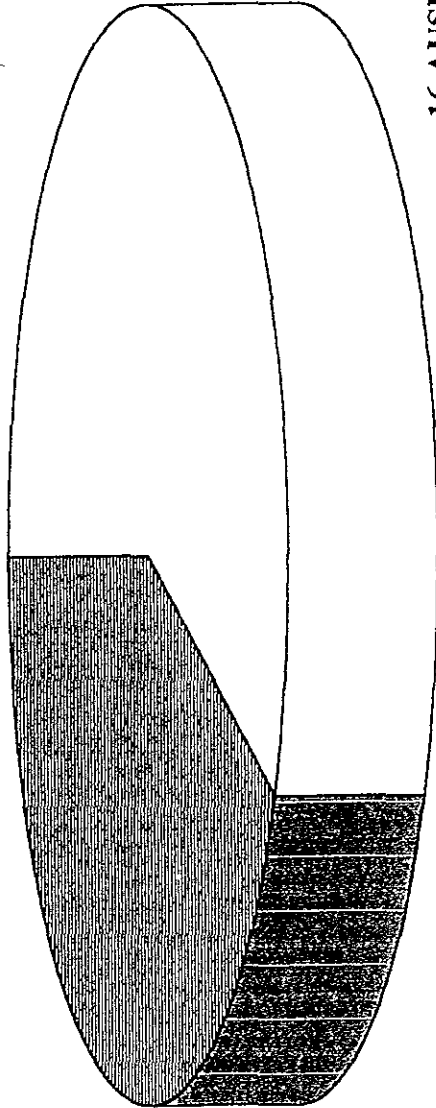
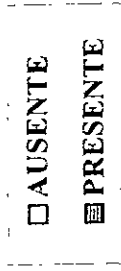
ALTERADA
38%



NORMAL
62%

REFLEJO ESTAPEDIAL

12 PRESENTE
43%



16 AUSENTE
57%