

11222

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

12
201



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
SIGLO XXI

ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN
PACIENTES CON PARALISIS FACIAL PERIFERICA EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y
REHABILITACION SIGLO XXI

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
**ESPECIALISTA EN MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION**
P R E S E N T A :
DR. ELIGIO OMAR HUCHIN CAMARA



IMSS

MEXICO, D. F.

FEBRERO DE 1999

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

272152



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 4 SURESTE, MEXICO D.F.
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SIGLO XXI**

TITULO

**ESTUDIO Y TRATAMIENTO DEL DOLOR EN PACIENTES CON PARALISIS
FACIAL PERIFERICA EN LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y
REHABILITACION SIGLO XXI**

INVESTIGADOR:

**DR. ELIGIO OMAR HUCHIN CAMARA
MEDICO RESIDENTE DE 3° AÑO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FISICA
Y REHABILITACION.**

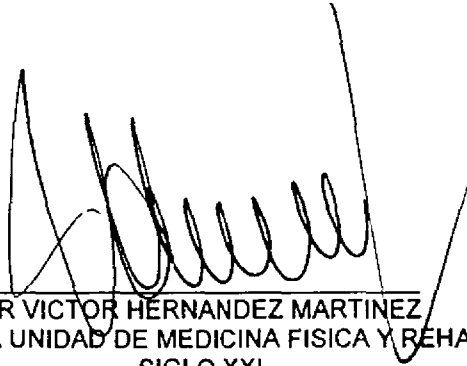
ASESORES:

**DR. VICTOR HERNANDEZ MARTINEZ
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SIGLO
XXI.**

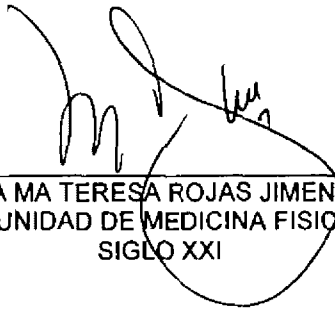
**DRA. MARIA TERESA ROJAS JIMENEZ.
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FISICA Y
REHABILITACION. SUBDIRECTOR MEDICO DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACION SIGLO XXI.**

**DRA. MARIA DEL CARMEN ROJAS SOSA.
MEDICO ESPECIALISTA DE AUDIOLOGIA Y OTONEUROLOGIA.
MEDICO DE BASE DEL DEPARTAMENTO DE COMUNICACIÓN HUMANA DE
LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SIGLO XXI.**

HOJA DE AUTORIZACION



DR VICTOR HERNANDEZ MARTINEZ
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
SIGLO XXI



DRA MA TERESA ROJAS JIMENEZ
SUBDIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
SIGLO XXI



DRA BEATRIZ GONZALEZ CARMONA
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION SIGLO XXI

SW

PAGIBACION

DEDICATORIA

A DIOS:

EL AUTOR Y CENTRO DE MI VIDA, POR PERMITIRME LLEGAR HASTA DONDE HOY ESTOY. GRACIAS SEÑOR.

A MI MADRE:

POR DARMER LO MAS VALIOSO QUE TENGO Y ENSEÑARME A CAMINAR POR EL SENDERO CORRECTO.

A MIS HERMANAS Y MI HIJO: JESUS ANTONIO.

QUE POR SU GRAN AMOR QUE ME BRINDAN, SON LA FUERZA QUE ME IMPULSA A SEGUIR ADELANTE Y MIRAR HACIA EL FRENTE.

AGRADECIMIENTOS

A TODOS MIS COMPAÑEROS DE GENERACION, POR TODO LO QUE VIVIMOS Y COMPARTIMOS JUNTOS.

CON CARÍÑO A TODOS LOS MEDICOS QUE CONTRIBUYERON EN MI FORMACION DE ESTA ESPECIALIDAD.

INDICE

OBJETIVO	6
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	7
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
ESPECIFICACIONES DE LAS VARIABLES	15
DEFINICION OPERACIONAL DE LAS VARIABLES	16
ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES	17
HIPOTESIS	18
TIPO DE ESTUDIO	19
CRITERIOS DE SELECCIÓN	20
MATERIAL Y METODOS	21
RESULTADOS	22
ANALISIS ESTADISTICO DE LOS RESULTADOS	23
DISCUSION	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	28

OBJETIVOS

- 1. Identificar la etiología específica de los diferentes tipos de dolor que se presentan en la parálisis facial periférica**

- 2. Determinar que el dolor en la parálisis facial periférica tiene una mejor evolución si se da tratamiento específico de acuerdo a su etiología**

ANTECEDENTES

DEFINICIÓN

La Parálisis Facial es la principal alteración del VII par craneal, que se traduce en paresia o parálisis de los músculos de la expresión facial, generalmente asociada con alteraciones secretoras y vasomotoras. En algunas ocasiones puede acompañarse de sintomatología otológica. (1, 2)

EPIDEMIOLOGÍA

La Parálisis Facial tiene una incidencia de 20/100,000 personas por año, observándose un incremento en su incidencia de 30 a 35/100,000 personas por año, con una mayor frecuencia en personas mayores de 60 años y una prevalencia de 118/100,000 en mujeres embarazadas por año durante el primer trimestre. Esta patología afecta por igual a hombres y mujeres, con discreto predominio en el sexo femenino, sin diferencia en los grupos de edad, aunque se menciona su mayor frecuencia de los 20 a los 40 años. (3)

Se encuentra dentro de las 10 primeras causas de consulta en los servicios de Rehabilitación. (3) En la unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Sur ocupa el sexto lugar como demanda de consulta externa. (4)

ANATOMÍA

Al núcleo motor del Facial llegan fibras supranucleares de dos orígenes: a) Vía corticobulbar (corticonuclear), que controla la motilidad voluntaria; la parte correspondiente a la mitad inferior de la cara recibe ésta vía cruzada de la corteza motora del lado opuesto; la parte superior recibe fibras de ambos hemisferios y b) vía no corticobulbar, con fibras procedentes del diencefalo y de los ganglios de la base, que modulan las expresiones mímicas de las emociones. El componente sensitivo y las fibras secretomotoras del nervio Facial constituyen el nervio intermediario.

El Núcleo Motor del nervio Facial está situado en la parte lateral de la protuberancia, de donde sus fibras se dirigen hacia atrás formando un asa que rodea al núcleo del VI par y vuelven hacia delante para salir por la parte inferior y externa de la protuberancia. Cruza el ángulo pontocerebeloso junto al nervio intermediario de Wrisberg y al VIII par. Esta íntima relación del VII y VIII par se mantiene en todo su trayecto intrapetroso, después del conducto auditivo interno, forma un ángulo o rodilla y en la proximidad del oído medio se sitúa el ganglio geniculado. Posteriormente produce una pequeña rama que inerva al músculo estapedio. A nivel del estribo, el VII par se doble de nuevo hacia atrás y pasa por debajo de la prominencia del conducto semicircular externo (porción piramidal) lo que hace que el nervio penetre profundamente en la porción ósea del conducto auditivo externo, desde donde se continúa verticalmente hacia abajo (porción vertical) para emerger del cráneo a través del agujero estilomastoideo, cruza la glándula parótida y se distribuye en ramas para los músculos faciales, el vientre posterior del digástrico y el estilohioideo.(5, 6)

FISIOPATOLOGIA

A partir de una lesión sea cual fuere la causa, el nervio va a reaccionar con edema, cuando el nivel del daño se encuentra en la porción petrosa va a producir compromiso de espacio entre el nervio y el estrecho conducto por el que discurre; ésta situación producirá una compresión vascular que aumentará el edema. Este es el lugar más frecuente de lesión debido al mecanismo descrito. Si la compresión persiste en la etapa aguda, ocurrirá degeneración walleriana. La vaina de mielina se fragmentará y la desintegración axonal es seguida de una fase de regeneración con reinervación. La reinervación de los músculos puede tomar 2 días. La compresión nerviosa causará diferentes grados de lesión, desde leve a severa. (6)

ETIOLOGIA

Es considerada la mononeuropatía craneal más común del sistema nervioso y más frecuentemente de origen viral, aunque existen múltiples teorías sobre su etiología. Se trata de un síndrome complejo en su etiopatogenia y controvertido en su tratamiento.

- Idiopáticas: "Parálisis de Bell" Síndrome de Melkersson-Rosenthal
- Congénita: las asociadas a afectación del VI par constituyen el Síndrome de Moebius. Ausencia de los núcleos del VII par craneal
- Traumática: Fractura compresión por fórceps, lesiones faciales, barotrauma (buceo, altitud, relámpago o trueno)
- Neurológicas: Síndrome Opercular y Síndrome de Millar Gubler
- Infecciones: Otitis, Mastoiditis, Varicela, Herpes Zoster (Síndrome de Ramsay Hunt), Encefalitis, Poliomiелitis, Parotiditis, Mononucleosis, Lepra, Influenza, Virus Coxsackie, Paludismo, Sífilis, Escleroma, Tuberculosis, Botulismo, Osteomielitis, Síndrome de Guillain-Barré, Enfermedad de Lyme, SIDA
- Metabólicas: Diabetes Sacarina, Hipotiroidismo, Hipercalcemia Infantil idiopática, Osteoporosis, Hipertensión Arterial, Embarazo
- Neoplásicas: Tumores de Tallo Cerebral, Neurofibromatosis, tumores locales
- Vascular: Malformaciones del Tallo Cerebral
- Enfermedad del Tejido conjuntivo Mixto.

(3, 5)

PATOLOGIAS QUE CURSAN CON PARALISIS FACIAL

PARALISIS FACIAL PERIFERICA IDIOPATICA (PARALISIS DE BELL)

Es la causa más frecuente de parálisis facial periférica. Su fisiopatología sigue siendo desconocida; cualquiera que sea su origen daría lugar a la compresión e isquemia produciendo primero desmielinización y degeneración axonal. El dolor retroauricular ipsilateral ocurre en un 20% de los pacientes con parálisis de Bell y el entumecimiento facial se observa en un 20% de éstos aproximadamente, ambos signos preceden a menudo a la parálisis. (7)

PARALISIS FACIAL Y ESCLEROSIS MULTIPLE

La frecuencia de Parálisis facial oscila entre el 1.4% y el 5% como manifestación de inicio de la Esclerosis Múltiple, entre el 2.6% y el 14.4% en el curso de la enfermedad y llega al 52% de los casos confirmados en la autopsia. Se señala la ausencia de dolor, la preservación del gusto y una rápida recuperación, pero no son datos distintivos. (8)

PARALISIS FACIAL Y ENFERMEDAD DE LYME

Entre la etiología de parálisis facial periférica aislada figura la infección por *Borrelia burgdoferi*, organismo responsable de la enfermedad de Lyme, transmitida por mordedura de garrapata y que origina tres estadios:

* En el primer estadio origina eritema crónico migratorio, las lesiones son usualmente calientes y pueden ser dolorosas o tener sensación quemante. Otros signos y síntomas son generalmente inespecíficos.

* En el segundo estadio del 15 al 20% de los pacientes presentan manifestaciones neurológicas y a veces, también, cardiovasculares. La presentación de la parálisis facial aislada como manifestación de la neuroborreliosis es una causa muy común de visita al otorrinolaringólogo.

* En el tercer estadio usualmente ocurre semanas o años después de la exposición a mordeduras de garrapata, los pacientes pueden ver al otorrinolaringólogo por presentar dolor a nivel de la articulación temporomandibular ya que es esta la articulación que primero se afecta. (9, 10)

PARALISIS FACIAL E INFECCION POR VIH

Una parálisis facial periférica aislada puede ocurrir en varios estadios de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). En algún caso es la primera manifestación. (11)

PARALISIS FACIAL Y DIABETES

La incidencia de la parálisis facial en diabéticos es significativamente más alta que en no diabéticos. Sin embargo guarda menos relación con otras complicaciones de la diabetes que en la que tiene la oftalmoplejía diabética. (5,6).

PARALISIS FACIAL Y TUMOR DEL NERVIO

Los tumores del facial son raros y todos los que se conocen son neurinomas benignos (schwannomas) o neurofibromas. La mayoría se presenta en el conducto de Falopio; en esta localización, la única prueba de su presencia es la parálisis facial lentamente progresiva. (12)

PARALISIS FACIAL Y SINDROME DE RAMSAY HUNT

El síndrome de Ramsay Hunt es una polineuropatía craneal infecciosa causada por el virus de la varicela-zoster. Los síntomas incluyen parálisis facial, dolor de oído y rash auricular. Turner et al hicieron el reporte de un caso de este síndrome, donde el reporte de síntomas de la parálisis facial unilateral izquierda, dolor de oído e hiperestesia trigeminal fueron confirmadas por el examen clínico y reportan tratamiento con prednisona a dosis de 50mg teniendo éxito a los 21 días. (13)

PARALISIS FACIAL Y ENFERMEDAD DE TEJIDO CONECTIVO MIXTO

La enfermedad de tejido conectivo mixto es un desorden multisistémico con características de otras patologías pero es diferenciado de ellas por un alto título de anticuerpos para ribonucleoproteínas. Las manifestaciones orofaciales de enfermedad de tejido conectivo incluyen neuralgia del Trigémino caracterizado como dolor, neuropatía, cuadro sugestivo de Síndrome de Sjogren y linfadenopatía. Alfaro-Giner y et al reportaron un caso de enfermedad de tejido conectivo mixto con neuropatía trigeminal bilateral y parálisis facial periférica en una meningitis aséptica y síndrome de Sjogren. Los anticuerpos para ribonucleoproteínas fueron inicialmente negativas pero llegaron a ser positivas después de dos meses de tratamiento con corticoesteroides, tuberculostáticas y carbamazepina. (14)

CUADRO CLINICO

El dolor de oído puede ser la principal manifestación de una Parálisis Facial inminente, acompañada de plenitud ótica, acúfenos y vértigo, otras manifestaciones como entumecimiento de la mitad de la cara, la lengua, epifora y alteraciones del gusto pueden estar presentes. A menudo la Parálisis Facial comienza muy rápidamente (cuestión de horas), comúnmente se reporta antecedente de infección de las vías respiratorias altas antes de la Parálisis facial, por lo que podría deberse a una desmielinización postinfecciosa. Los primeros indicios de afectación motora, son la incapacidad para contraer los músculos de un lado de la cara y la imposibilidad de cerrar el párpado. El paciente tiene problemas para comer y beber debido a que no puede cerrar la boca por el lado afectado. Las referencias de la literatura al dolor presente en estos pacientes casi siempre se refieren al área otológica, solamente. (1, 5, 6, 15)

DIAGNOSTICO TOPOGRAFICO

Los datos anatomofisiológicos mencionados permiten, en teoría, localizar con precisión el lugar donde ocurren las lesiones del nervio facial. Se describen los siguientes sitios de afección, de acuerdo a las características clínicas o a las pruebas topodiagnósticas:

- Supranuclear o de neurona motora superior
- Nuclear
- Infranuclear o de neurona motora inferior (periférica)
 - Suprageniculado
 - Genuculada
 - Supraestapedia
 - Infraestapedia
 - Infracordal
 - Infraestiloidea.

(1, 2)

DIAGNOSTICO

La parálisis facial es un trastorno muy frecuente, de diagnóstico a primera vista por clínica, y auxiliada por evaluación electrofisiológica, la cual fue empleada por primera vez por Duchenne en 1872. Desde entonces se han desarrollado diversas técnicas con el fin de demostrar y cuantificar el grado de afectación del nervio facial, como son el test de excitabilidad nerviosa, la electromiografía convencional, el reflejo trigemino-facial, la electroneurografía y la estimulación magnética transcraneal. La imagen de resonancia magnética en parálisis facial se reserva para casos atípicos. Ofrece pocas opciones de anormalidad, mayor o menor intensidad y aumento o disminución de volumen, por lo que no puede interpretarse sin tener en cuenta el cuadro clínico (16).

PRONOSTICO

Aunque la en la mayoría de los casos su pronóstico es benigno, puede tener secuelas graves especialmente por la importancia psicológica y social de la alteración de la expresividad de la cara, con frecuencia infravalorada por los clínicos. (3).

TRATAMIENTO

Múltiples tratamientos se han usado para la parálisis facial el cual debe de ser multidisciplinario , en donde podemos utilizar AINES, esteroides, antineuríticos, según sea la etiología de la parálisis , teniendo en cuenta que el 60 al 75% de los casos de parálisis aguda no se llega a conocer su etiología , por lo que se denomina idiopática o de Bell. El tratamiento rehabilitatorio que consiste en calor local el cual debe de usarse en hemicara afectada lo cual nos ayuda a dar mayor simetría facial, masaje, que es la manipulación de tejidos blandos con fines de aumentar la irrigación sanguínea y mejor nutrición del músculo ,el cual debe de utilizarse en la hemicara afectada utilizando la técnica de pretisage ya que manipulamos todo el músculo y con esto logramos aumentar el tono, la estimulación eléctrica y repetición de expresiones facial común dentro de un régimen de ejercicio general. Varios autores sugieren que algunas intervenciones pueden afectar adversamente la recuperación de la función neuromotora facial, incluyendo reinervación aberrante o resultando en una contracción generalizada de todos o muchos de los músculos faciales cuando se intenta la expresión facial voluntaria.

La reeducación neuromuscular facial usando electromiografía de superficie (EMG) biofeedback o feedback con espejo es una técnica de rehabilitación que ha sido demostrada para mejorar el movimiento facial. La reeducación neuromuscular facial es un proceso de reaprendizaje, usando movimientos faciales específicos y feedback. Para mejorar la actividad muscular facial, en un patrón funcional de movimientos faciales y expresión y suprimir la actividad anormal muscular que interfiere con la actividad normal. El programa de ejercicio es individualizado para cada paciente y es basado en los signos de deterioro identificados y síntomas reportados en la evaluación clínica. (17, 18)

DOLOR

Es una experiencia sensorial y emotiva desagradable, relacionada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal lenguaje. En los últimos años se han desarrollado diferentes teorías con la pretensión de explicar e integrar en un modelo lógico los mecanismos de transmisión y modulación dolorosa .

De entre todas ellas, la teoría de la "puerta de entrada" ha sido la mas debatida pero también la mas ampliamente aceptada. Según esta teoría, propuesta por Melzack y Wall en 1965, las fibras aferentes llegan al asta posterior medular y se proyectan sobre las células de la sustancia gelatinosa y células ectoras. Las fibras A beta inhibitorias, el sistema de interneuronas y los sistemas activador e inhibidor descendentes, pueden inhibir/facilitar está transmisión según su grado de activación actuando de " puerta de entrada " medular. Así, si existe una hipertonicidad de las fibras gruesas A beta sobre las fibras A delta y C o fibras transmisoras del dolor, aquellas inhibirán la sinapsis espinal, de manera directa y mediante la estimulación de las

interneuronas inhibitoras "cerrando" la puerta medular. Del mismo modo, si por un estímulo periférico se produce una estimulación central de los sistemas inhibitorios, éstos actuarán mediante la liberación de NT inhibidores en el lugar de la sinapsis, bloqueando también la transmisión en este punto. Por último, en caso de que el estímulo algóico periférico estimule más las fibras A delta y C que las gruesas y no active los sistemas inhibitorios centrales, la "puerta de entrada medular" permanecerá "abierta" con la consiguiente transmisión del estímulo doloroso.

El dolor es una experiencia personal que tiene componentes físicos y psicológicos, siempre es subjetivo y no puede medirse de manera precisa. Puede verse influido por factores psicológicos y culturales. (19)

En el caso de la parálisis facial periférica se atribuye la presencia de dolor a algún proceso inflamatorio concomitante de algún otro nervio craneal como el V o al mismo nervio facial.

El dolor es una manifestación clínica, que habitualmente puede acompañar a una infinidad de enfermedades, entre ellas, la parálisis facial. Particularmente, hemos observado en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI, que muchos de los pacientes con Parálisis Facial refieren dolor, que está presente al inicio durante todo el curso, e incluso, persiste al desaparecer la enfermedad; sin embargo, no es un dato que tenga o que lleve tratamiento intencionado ni seguimiento, presuponiendo que se trata de un síntoma relacionado con el mismo proceso inflamatorio del nervio. En dos trabajos previos realizados en nuestra unidad, se encontró que el 70% de los pacientes estudiados reportó dolor como el segundo síntoma en importancia después de la parálisis facial misma. También se observó que de éstos el 60% presentaron datos de disfunción temporomandibular como causa de dolor. Estos mismos trabajos explican que posiblemente la Disfunción Temporomandibular esté presente previamente en el paciente, y que llega a "descompensarse" debido a la asimetría motora facial relacionada con la parálisis. Sin embargo, el desconocimiento de la existencia de esta patología no permite su identificación y, por tanto, su manejo. (20, 21)

JUSTIFICACION

Dado que la parálisis facial periférica es la mononeuropatía más común que afecta al VII par craneal, y que se acompaña de dolor en la mayoría de los pacientes que la presentan, es conveniente realizar un diagnóstico correcto así como diferencial del mismo ya que además de establecer una etiología del dolor, se podría establecer un tratamiento específico y por lo tanto una mejor evolución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Evolucionará mejor el dolor que acompaña la parálisis facial periférica si se identifica su etiología y se da tratamiento intencionado?

VARIABLES

1. Independiente: PARALISIS FACIAL PERIFERICA.

TRATAMIENTO REHABILITATORIO DE LA PARALISIS
FACIAL

2. Dependiente: DOLOR

DEFINICION OPERACIONAL DE VARIABLES

PARALISIS FACIAL PERIFERICA:

Es la mononeuropatía craneal más frecuente del sistema nervioso, que afecta al VII nervio, que se caracteriza por paresia o parálisis de los músculos de la expresión facial, acompañándose también de sintomatología secretomotora y algunas manifestaciones otológicas, entre ellas dolor.

TRATAMIENTO REHABILITATORIO:

Es el manejo fisiátrico que se prescribe a los pacientes que cursan con parálisis, que tiene el objetivo de ayudar a dar mayor simetría facial, manipulando los tejidos blandos con fines de aumentar la irrigación sanguínea y dar mejor nutrición al músculo, aumentar el tono y, por último, la recuperación de la función neuromotora facial. El tratamiento consistirá en:

- Aplicación de calor superficial: compresas húmedo calientes en hemicara afectada por 10 minutos
- Masaje: en hemicara afectada por 10 minutos, utilizando la técnica de petrissage, con aceite de olivo.
- Reeducación muscular: sentando al paciente frente a un espejo e indicándole que con su mano dominante se ayude a aumentar el movimiento iniciado en músculos afectados, imitando así los movimientos de músculos de hemicara sana
- Electroestimulaciones: con corrientes exponenciales a puntos motores de músculos calificados en cero en el examen manual muscular.

DOLOR:

Es una experiencia sensorial y emotiva desagradable, relacionada con un daño tisular real o potencial, o descrita en términos de tal lenguaje. El dolor es una experiencia personal que tiene componentes físicos y psicológicos, siempre es subjetivo y no puede medirse de manera precisa. En el caso de la Parálisis Facial Periférica se atribuye la presencia de dolor a algún proceso inflamatorio concomitante de algún otro nervio craneal como el V o al mismo nervio Facial (VII NC).

ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES

PARALISIS FACIAL: continua, escalar y aleatoria.

Examen manual muscular con la Escala de Lovett modificada para músculos de la cara:

Escala de fuerza muscular del 0 al 4, en donde 0 = contracción no visible a simple vista ni con luz rasante; 1 = durante la contracción se observa una ligera movilidad de la zona de la piel; 2 = la piel se moviliza más; 3 = la piel se moviliza más netamente; 4 = la piel se moviliza armoniosamente.

Dolor: continua, escalar, aleatoria.

Cuestionario de Dolor de Mc Gill:

Escala del dolor de 0 al 10, en donde 0=ausencia de dolor y 10=máximo dolor imaginable.

HIPOTESIS

- 1. El dolor es una manifestación clínica que se presenta con frecuencia en los pacientes con parálisis facial periférica**
- 2. Es posible determinar, en base a sus características clínicas, la causa del dolor en pacientes con parálisis facial periférica**
- 3. Si se trata intencionadamente el dolor, de acuerdo a su etiología, éste evolucionará mejor**

TIPO DE ESTUDIO

Prospectivo

Longitudinal.

Descriptivo.

CRITERIOS DE SELECCION

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1. Pacientes con diagnóstico de parálisis facial periférica que refieran dolor**
- 2. Pacientes del sexo Masculino o Femenino**
- 3. Pacientes de 15 a 75 años**
- 4. Pacientes con parálisis facial periférica en etapa aguda**

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1. Pacientes que falten al control del tratamiento**
- 2. Pacientes que no acepten continuar con el tratamiento**
- 3. Pacientes a quienes durante el manejo se les detecte otra patología que amerite un manejo diferente al farmacológico o rehabilitatorio**

MATERIAL Y METODOS

SUJETOS:

De la consulta externa de la Unidad de medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI, se captaron pacientes con diagnóstico de parálisis facial si referían dolor, que cumplieran con los criterios de inclusión y que aceptaran participar en el estudio.

METODOLOGIA:

Se recibió al paciente de primera vez y al ingreso se registraron todos los datos comprendidos en la historia clínica inicial (anexo 1). Se realizó valoración clínica que incluyó examen manual muscular facial y a todos se les prescribió un programa homogéneo de terapia física para rehabilitación facial. Se interrogaron las características específicas del dolor clasificándolo de acuerdo a su posible etiología; se pidió al paciente cuantificarlo de acuerdo a la escala Mc Gill del dolor y se prescribió tratamiento específico.

Se valoró el tratamiento con el que llegaron los pacientes para ver si era adecuado al tipo de dolor que se refería, así como la respuesta que hubiera presentado, en caso de mala evolución se modificó.

Se realizaron 3 revaloraciones para observar la evolución del dolor.

RESULTADOS

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION. Se investigaron un total de 60 pacientes, de los cuales 30 (50%) fueron hombres y 30 (50 %) fueron mujeres (gráfica). Los pacientes presentaron edades entre 15 y 75 años de edad, con una media de 39 años (gráficas). Todos con diagnóstico de parálisis facial periférica y dolor. La hemicara derecha fue la más afectada con un total de 32 pacientes (53%) (gráfica).

ETIOLOGIAS DE DOLOR. Se clasificaron 5 grupos de acuerdo a la etiología del dolor incluyendo, por orden de frecuencia: disfunción temporomandibular, afectación del VII nervio craneal y afectación del V nervio craneal (tabla).

TIPOS DE DOLOR. Se identificaron, de acuerdo a las características clínicas del dolor, los siguientes tipos: muscular, neurítico, tensional, ótico odontopático y mixtos.

TRATAMIENTO DEL DOLOR. En 30 (50%) pacientes no se pudo obtener información confiable sobre el tratamiento previo recibido, pero se les prescribió de acuerdo a las características del dolor. De los restantes 30 que sí precisaron su tratamiento previo, a 19 pacientes (32%) se les cambio el manejo debido a mala evolución del dolor a la fecha de su captación de primera vez. El tratamiento farmacológico incluyó: analgésicos y/o antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, antineuríticos y relajantes musculares. Manejo específico: A los pacientes con datos de disfunción temporomandibular (34%) se les agregó dieta blanda, reposo de articulación y calor local. Dos pacientes (3.3%) requirieron envío a apoyo psicológico. El número de consultas que recibieron los pacientes fue de 1 a 3.

EVOLUCION DEL DOLOR. El dolor aumentó en la segunda revisión en 2 pacientes (3.3%), modificando el tratamiento y obteniendo excelente evolución en la tercera revisión (dolor en 0 y 1, respectivamente). El resto de los pacientes (96.7%) presentó evolución siempre hacia la mejoría (dolor de 0 a 2). Fueron solamente 2 (3.3%) los pacientes que terminaron con dolor cuantificado en 2, pero habían iniciado con dolor intenso (10 y 8, respectivamente).

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó la prueba de la T de Student para correlacionar el tratamiento otorgado y la evolución del dolor en los diferentes grupos.

GRUPO I. Parálisis de Bell más disfunción temporomandibular: se concluye que con el tratamiento establecido se obtiene una mejoría estadísticamente significativa entre la evolución del dolor, cuantificación inicial y final, con $t_{exp} > t_c$, es decir que $5.34 > 1.72$, con una $p < .0005$ (tabla)

GRUPO II. Parálisis de Bell: se concluye que con el tratamiento establecido se obtiene una mejoría estadísticamente significativo entre la evaluación del dolor, cuantificación inicial y final, con $t_{exp} > t_c$, es decir que $9.43 > 1.78$, con una $p < .0005$ (tabla)

GRUPO III. Parálisis de Bell más disfunción temporomandibular y afectación del V nervio craneal: se concluye que con el tratamiento utilizado no se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa entre la evolución del dolor, cuantificación inicial y final con $t_c > t_{exp}$, es decir que $1.86 > 0.0012$, con $p > 0.4$ (tabla)

GRUPO IV. Parálisis de Bell mas afectación del V nervio craneal: se concluye que con el tratamiento utilizado, no se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa entre la evolución del dolor, cuantificación inicial y final, con $t_c > t_{exp}$, es decir que $1.89 > 0.00069$, con $p > 0.4$ (tabla)

GRUPO V. Parálisis de Bell asociado a otras causas de dolor: se concluye que con el tratamiento utilizado no se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa entre la evolución del dolor, cuantificación inicial y final, con $t_c > t_{exp}$, es decir que $1.83 > 0.00088$, con una $p > 0.4$ (tabla)

DISCUSION

En los resultados obtenidos de este estudio se observa que la parálisis de Bell afecta por igual a ambos sexos como está referido en la literatura, aunque algunos autores mencionan un discreto predominio del sexo femenino. (3)

La edad promedio encontrada fue de 40.4 años, lo cual concuerda con el rango reportado en la bibliografía consultada. (3)

En la literatura se refieren pocas causas de dolor diferentes a la de la propia parálisis facial; en este estudio se encontró asociación de otras patologías que provocaban dolor además de la misma inflamación del VII nervio. Con mayor frecuencia se detectó disfunción temporomandibular seguido de afectación del V nervio craneal, patología otológica, espasmo cervical y patología odontológica. El dolor en cada una de éstas presentaba diferentes características clínicas, las cuales sugerían el tipo de manejo que deberían de recibir y la evolución en la gran mayoría de pacientes siempre fue a la mejoría (96.7%). Esto se refuerza con el ejemplo de los 19 (32%) pacientes que llegaron con tratamiento para el dolor y que a pesar de ello persistían con el mismo; al realizarse la semiología del dolor se encontraba que el tratamiento no correspondía y se modificaba la prescripción, encontrando evolución franca a la mejoría.

El siguiente dato nos parece interesante a pesar de no formar parte del análisis estadístico debido a detectarlo en la tercera evaluación; dos pacientes refirieron dolor con poco cambio durante las 3 primeras valoraciones, encontrándose con datos de espasmo cervical intenso, aparentemente de inicio tardío; se prescribió tratamiento específico con recuperación del mismo en una semana.

El análisis estadístico mostró significancia en la evolución del dolor con tratamiento correcto, en los 2 primeros grupos que era lo esperado, según nuestras hipótesis. Aparentemente, no hubo significancia estadística en los 3 grupos restantes, muy posiblemente debido a que el rango del dolor manejado fue menor, pues al analizar paciente por paciente la cuantificación inicial tuvo un promedio de 4 y la final fue menor a 1. Aún así, todos los pacientes refirieron evolución a la mejoría clínicamente refiriendo disminución del dolor a la tercera valoración.

CONCLUSIONES

1. Existen diferentes tipo de dolor en pacientes con parálisis facial, no relacionado con la inflamación del VII nervio craneal
2. Los diferentes tipos de dolor pueden corresponder, además de la Parálisis facial, a otras patologías asociadas
3. Cuando el dolor no lleva tratamiento específico basado en su etiología, la evolución no es satisfactoria
4. Cuando se identifica correctamente la etiología del dolor y se prescribe tratamiento específico, la evolución del mismo es siempre hacia la mejoría
5. Sabemos que el manejo rehabilitatorio tiene sus propias indicaciones respecto a los diferentes tipo de dolor o patologías que lo condicionan, y conocemos sus buenos resultados. Sin embargo, el propósito del presente estudio buscaba corroborar que existen diferentes tipos de dolor, desencadenado por patologías intercurrentes en los pacientes con parálisis facial (que a veces ignoramos cuando realizamos la evaluación clínica), y que requiere de manejo específico así como seguimiento para lograr su remisión. Quedaría como inquietud del autor realizar un trabajo comparativo entre el manejo médico y rahabilitatorio en cada uno de los grupos encontrados.

BIBLIOGRAFIA:

1. Goodhil V. El Oído. 1° ed. España: Salvat Editores, 1986: 571-589.
2. Montes C, García S. Minimonografía Parálisis: facial pruebas electrodiagnósticas. Rev Medicin Fis Rehab 1993; 51: 13-25.
3. Ward P, Berci G, Calcaterra T. Superior laryngeal nerve paralysis: of ten overlooked entity. Trans am acad ophalmo otolaryngol 1997; 84: 78-79.
4. Archivos epidemiológicos de la U.M.F.R.S.XXI
5. Fustinoni O, Fussknor J. Semiología del sistema nervioso. 12 ª ed. Buenos Aires-Lima: El Ateneo, 1991: 77-79.
6. Adams R, Maurice V. Principios de neurología. 2° ed. España: Editorial Reverté, 1982: 168,502,958.
7. Mc Cormick DP. Herpes-simplex virus as causa of Bell's palsy. Lancet 1972; 1: 937-939.
8. Mathewa WB. Symptoms and signs. 2° ed. Edimburgo: editores. Mc Alpine's, 1991; 79-105.
9. Biurrun O, Alvarez R, et al. Incidencia de la infección por Borrelia Burgdorferi en la parálisis facial aislada. Estudio prospectivo. Anales ORL Iber Amer 1992; 3: 209-215
10. Goldfarb D, Sataloff, et al. Lyme Disease: A Review for the otolaryngologist. Ent Journal 1994; 73: 824-829.
11. Kohler A, Burkhad P, Magistris Mr, Chofflon M. Isolated Peripheral facial paralysis and HIV Infection: 7 cases. Rev Neurol 1995; 151: 332-337.

12. Pulec JL. facial nerve neuroma. *Ear Nose Throat J* 1994; 73: 721-739.
13. James E, Paulm, et al. Cranial Polineuropathy Ramsay Hunt's Syndrome: case report and Discussion. *Oral surgery oral medicine oral pathology* 1997; 83: 354-357.
14. Giner A, Peñarrocha-Diago, et al. Orofacial manifestation of mixed connective tissue Disease with an uncommon serologic evolution. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1992; 73: 441-444.
15. Kenneth F, Swaiman MD. *Neurología pediátrica: principios y prácticas*. 2° ed. Madrid, 1996: 1452.
16. El-Ebiary T. Bell's palsy: Prognostic accuracy of case history, sialometry and taste impairment. *Clin Otolaryngol* 1979; 4: 183-196.
17. Adour kk. Medical management of idiopathic (Bell's palsy). *Otolaryngol Clin North Am* 1991; 24: 663-673.
18. Brach J, Van Swearingen J. Validation of a treatment-Based classifications system for individuals with facial neuromotor Disorders. *Physical therapy* 1998; 78: 678-689.
19. Moyá F, Grau C. Bases neurofisiológicas de la transmisión dolorosa: neurofisiología y neurobiología del dolor. *Mapfre Medicina* 1995; 6: 57-64.
20. Reyes HO, Rojas MC, et al. Relación del diagnóstico topográfico mediante pruebas electrofisiológicas, con la evolución temprana de pacientes portadores de parálisis hemifacial periférica en la UMFRRS del IMSS. Tesis de postgrado, 1997.
21. Rojas MC, et al. Disfunción temporomandibular como causa de dolor en pacientes con parálisis facial. Trabajo de investigación de la UMFR SXXI del IMSS, 1998.

SISTEMA DE CAPTACION DE LA INFORMACION

ANEXO I

Nombre: _____ Fecha: _____
Afilación: _____ Edad: _____
Fecha de inicio de la Terapia Física: _____
Antecedentes de importancia: _____ Hipertensión Arterial: _____ Diabetes: _____
Cardiopatía: _____
Alergia a Fármacos: _____
Manifestaciones clínicas: _____
Fecha de inicio de la Parálisis Facial: _____
Instalación en horas: _____
Epífora: _____ Algiacusia: _____ Hipoacusia: _____ Hiperacusia: _____
Disgeusia: _____ Dolor ótico: _____ Tipo: _____
Irradiación: _____ Aumenta: _____ Disminuye: _____
Manifestaciones acompañantes del dolor: _____
Dolor en otro sitio: _____
E.F: _____
VNC: _____ Comeal _____ Sensibilidad Facial _____
M..Masticadores: _____
Articulación Temporomandibular: _____
Musculatura Facial: _____
Frontal: _____
Supraciliar: _____
Orbicular de los párpados: _____
Elevador del párpado superior: _____
Piramidal: _____
Dilatador de los orificios nasales: _____
Mirtiforme: _____
Canino: _____
Cigomático: _____
Bucinador: _____
Risorio: _____
Triangular de los labios: _____
Orbicular de los labios: _____
Cuadrado y borla de la barba. _____
Cutáneo del cuello: _____

DX: _____

TX: _____

EVOLUCION: SEMANA 1 SEMANA 2 SEMANA 3

ESCALA DEL DOLOR (RANGO NUMERICO)

"ESCOGA DE 0 A 10, EL QUE INDIQUE QUE TAN FUERTE ES SU DOLOR"

AUSENCIA DE DOLOR 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MAXIMO DOLOR

ANEXOS

UNIVERSO DE TRABAJO

Todos los pacientes con diagnóstico de parálisis facial Periférica que cursen con dolor y que acudan a solicitar servicios a la Consulta externa de la UMFR SXXI.

CARACTERISTICAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

Ser pacientes con parálisis facial periférica que refieran dolor de ambos sexos, mayores de 15 años, que voluntariamente quieran participar en el estudio y que no falten al control o seguimiento.

PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA MUESTRA

Se realizará por muestreo simple sistematizado.

Se captarán pacientes de la Consulta Externa de la UMFR SXXI que sean enviados por parálisis facial periférica, se les interrogará para ver si cursan con dolor o no, incluyendo solamente a los primeros.

DETERMINACION ESTADISTICA DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

$$N = \frac{Z^2 pq}{d^2} \quad n = \frac{(1.96)^2 (0.05) (0.90)}{(0.05)^2} = \frac{0.172872}{(0.05)^2} = 69.14$$

AMBITO GEOGRAFICO

La Investigación se llevará a cabo en la Consulta Externa, en el área de Terapia Física y Comunicación Humana de la U.M.F.R. SXXI de la ciudad de México, D.F.

RECURSOS

RECURSOS HUMANOS QUE SE UTILIZARAN

Un Médico asesor de la Especialidad de Comunicación Humana.

Un Médico residente del tercer año de la Especialidad de Medicina física Y Rehabilitación.

Un terapeuta Físico.

RECURSOS MATERIALES

Un consultorio en el área de Consulta Externa de la UMFR SXXI

Papel, lápices, plumas.

Máquina de escribir.

Compresas Húmedo calientes.

Electroestimulador,

Toalla.

Audiómetro

FINANCIAMIENTO DEL PROYECTO

Es financiable con los recursos de la UMFR SXXI.

LIIMITE DE LA INVESTIGACION

Inicio del proyecto el mes de Julio de 1998.

Término del proyecto en el mes de Diciembre de 1998.

DESCRIPCION DEL PROGRAMA DE TRABAJO

Realización del protocolo de Investigación: durante ésta se elaborará el plan de trabajo de 33 puntos utilizado en la unidad, para revisión metodológica en el servicio de Enseñanza y correcciones necesarias.

Captación de muestra: se aceptarán los pacientes con Diagnóstico de Parálisis Facial Periférica que cursen con dolor, que acuden a la UMFR SXXI.

Valoraciones clínicas: Se realizarán al momento de captar a los pacientes y se citarán de nuevo a aquellos pacientes que por sus características entren al estudio. Siendo éstas cada 14 días, con registro de las nuevas evaluaciones y sus cambios.

Análisis de los resultados: Se vaciarán todos los datos obtenidos para su análisis correspondiente, mediante la aplicación de las fórmulas seleccionadas.

Elaboración de discusión y conclusiones: Se obtendrá la información necesaria para corroborar o rechazar las hipótesis propuestas, así como las sugerencias pertinentes de acuerdo a los hallazgos.

Redacción final del trabajo: Se realizará en forma de resumen para su presentación para la obtención del título en especialista de Rehabilitación.

CONSIDERACIONES ETICAS APLICABLES AL ESTUDIO

Los procedimientos que se les realizarán a los pacientes motivo del presente estudio, son los que habitualmente se realizan en forma rutinaria a cualquier paciente que acuda a la consulta de UMR SXXI, como parte de la valoración requerida para indicar tratamiento, por lo que no se incurren en ningún hecho antiético. Por otra parte, se le informa al paciente de que se trata el estudio y si están dispuestos a participar, con el conocimiento de que no les producirá ninguna alteración en sus problemas de fondo. En caso de que el paciente se negara a participar, se le expresará que ello de ninguna manera influirá en su manejo durante la estancia institucional

CONSIDERACIONES DE LAS NORMAS E INSTRUCTIVOS INSTITUCIONALES EN MATERIA DE INVESTIGACION CIENTIFICA.

El presente estudio está bajo la consideración que norma la investigación Nacional e Institucional, bajo el comité local y bajo la coordinación de investigación basada en la Ley General de Salud.

DIFUSION

Se difundirán los resultados del presente trabajo en la Tesis para la obtención del Título de Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación.

Se presentará en sesión general de la U.M.F.R. SXXI

Se pretende inscribir a los congresos de investigación de la institución

Se enviará para publicación en la revista del Instituto

Se enviarán copias para la biblioteca de las Unidades de Rehabilitación de las Regiones Centro y Norte

**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS
DE BELL MAS DISFUNCION
TEMPOROMANDIBULAR**

	Valoración Inicial	Valoración Final
n	20	20
- x	5.2	1.45
S	1.82	0.51
t STUDENT	$t_c = 1.72$ $t_{exp} = 5.34$ $p < .0005$	

**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS
DE BELL**

	Valoración Inicial	Valoración Final
n	13	13
- x	5.23	1.30
S	1.73	0.48
t STUDENT	$t_c = 1.78$ $t_{exp} = 9.43$ $p < .0005$	

**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
PARALISIS DE BELL MAS DISFUCIÓN
TEMPOROMANDIBULAR MAS AFECTACION
DEL V NERVIO CRANEAL**

	Valoración Inicial	Valoración Final
n	9	9
x	5.33	1.44
S	2.73	0.72
t STUDENT	$t_c = 1.86$ $t_{exp} = 0.0012$ $p > 0.4$	

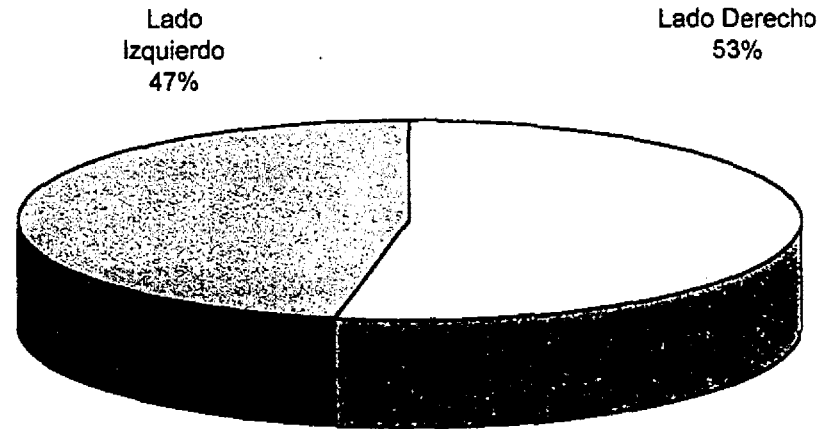
**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS
DE BELL MAS AFECTACION DEL V NERVIO
CRANEAL**

	Valoración Inicial	Valoración Final
N	8	8
- x	5.12	1.62
S	2.0	0.55
T STUDENT	$t_c = 1.89$ $t_{exp} = 0.00069$ $p > 0.4$	

**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS
DE BELL ASOCIADO A OTRAS CAUSAS**

	Valoración Inicial	Valoración Final
n	10	10
- x	4.8	1.4
S	2.48	0.69
t STUDENT	$t_c = 1.83$ $t_{exp} = 0.00088$ $p > 0.4$	

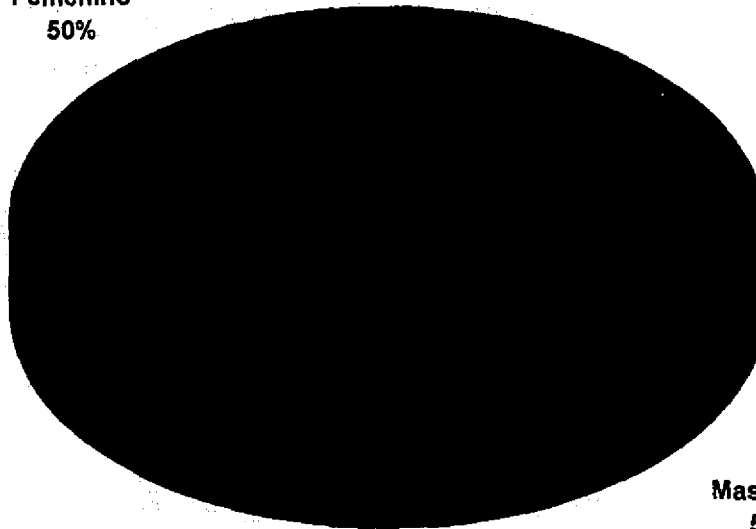
DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL LADO AFECTADO DE CARA EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL



Resultados Estudio
Diciembre 1998

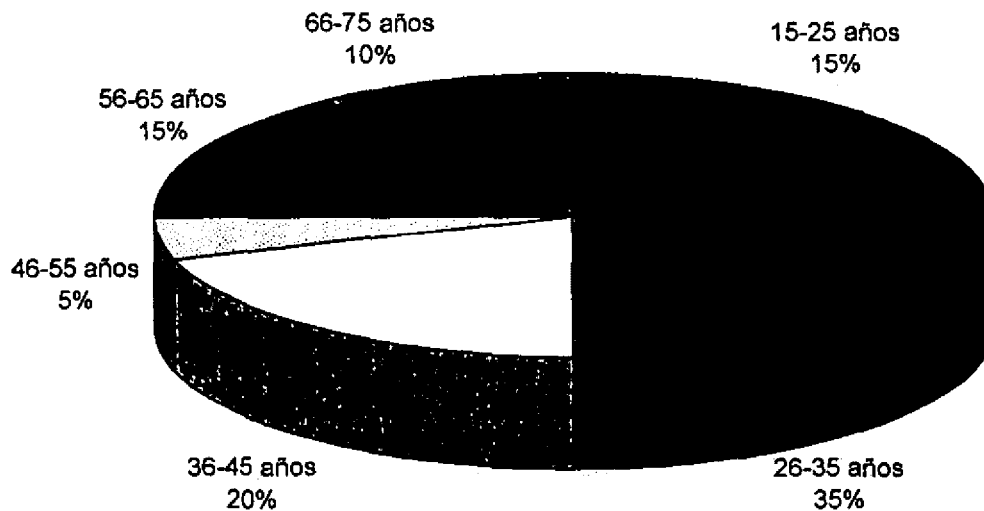
DISTRIBUCIÓN POR SEXO EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL

Femenino
50%

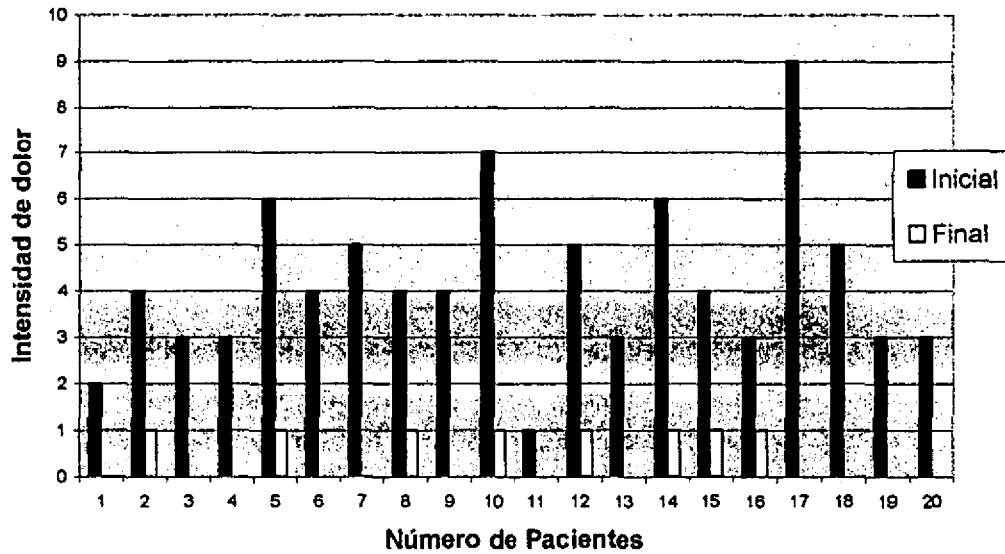


Masculino
50%

DISTRIBUCIÓN POR GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL



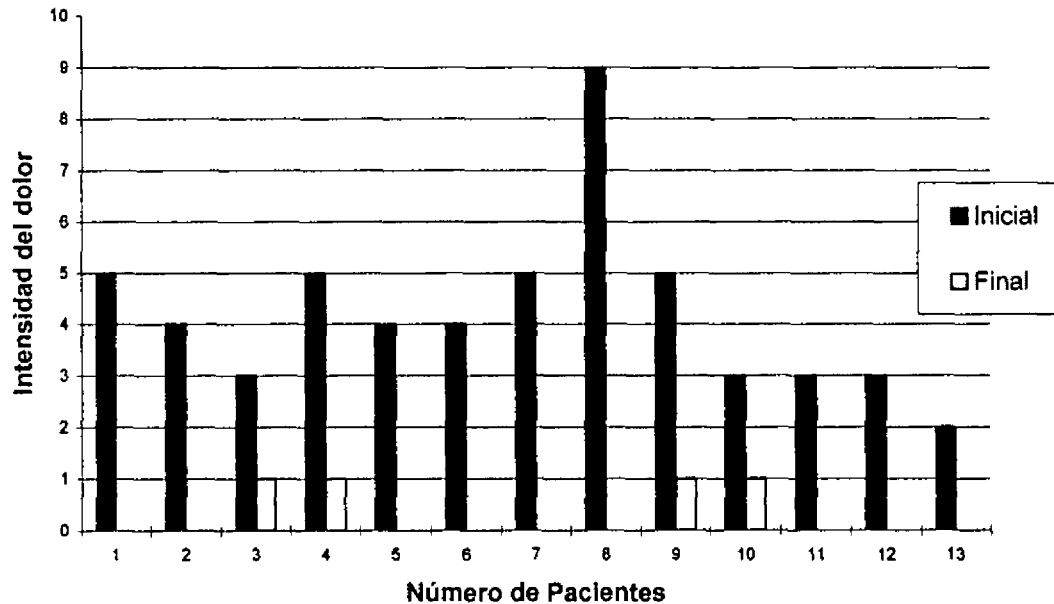
INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA MÁS DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR



INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS DE BELL MAS DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR

No DE PACIENTES	INICIAL	FINAL
1	2	0
2	4	1
3	3	0
4	3	0
5	6	1
6	4	0
7	5	0
8	4	1
9	4	0
10	7	1
11	1	0
12	5	1
13	3	0
14	6	1
15	4	1
16	3	1
17	9	0
18	5	0
19	3	0
20	3	0

INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA

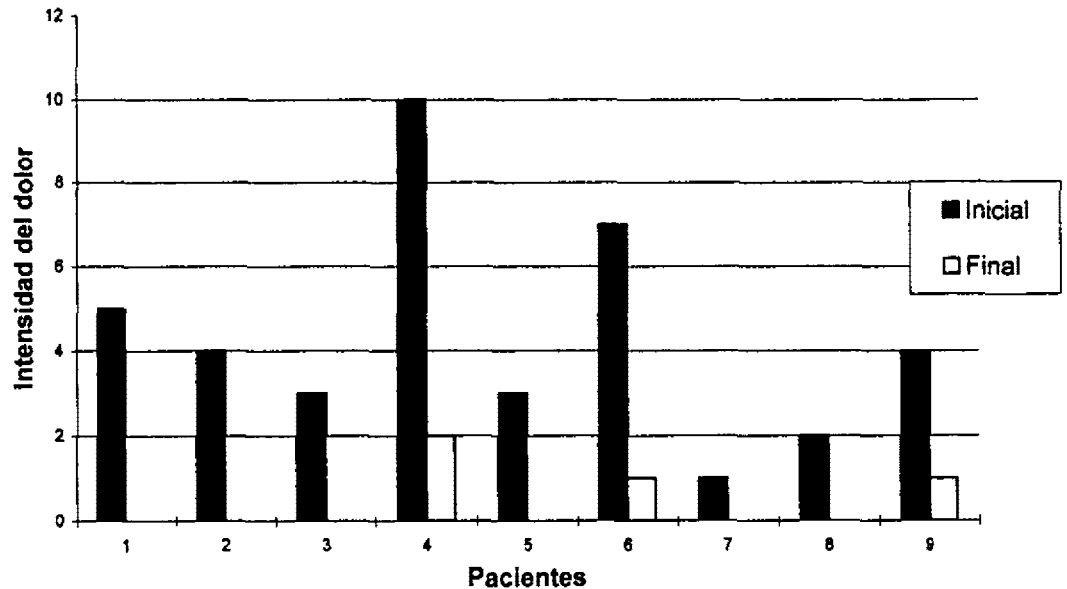


Resultados Estudio
Diciembre 1998

INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS DE BELL.

No DE PACIENTES	INICIAL	FINAL
1	5	0
2	4	0
3	3	1
4	5	1
5	4	0
6	4	0
7	5	0
8	9	0
9	5	1
10	3	1
11	3	0
12	3	0
13	2	0

INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA MÁS D.T.M. MÁS AFECTACIÓN DEL V PAR CRANEAL

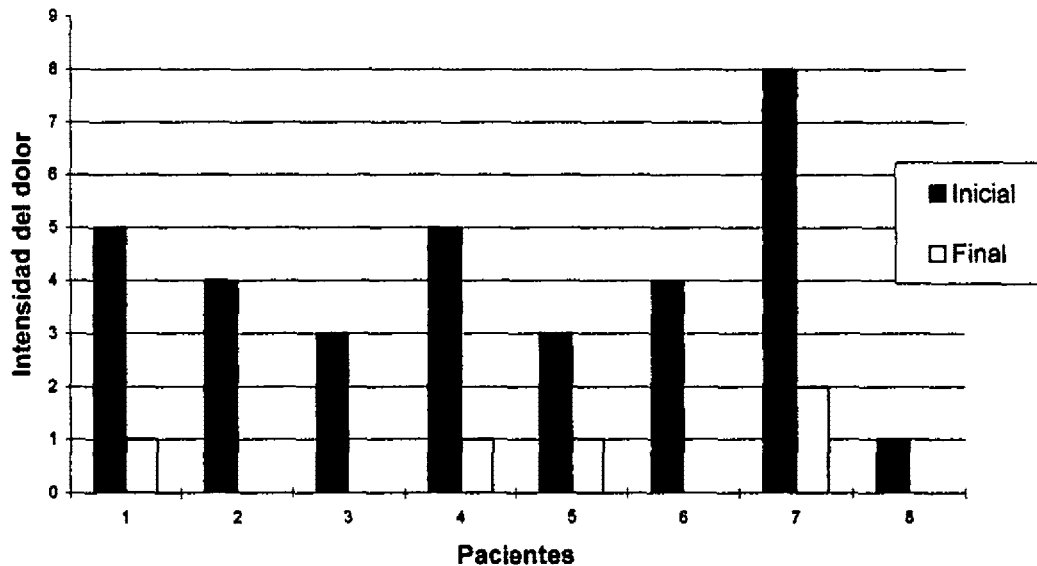


Resultados Estudio
Diciembre 1998

**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
PARALISIS DE BELL MAS DISFUNCION
TEMPOROMANDIBULAR MAS AFECTACION
DEL V NERVIO CRANEAL.**

No. DE PACIENTES	INICIAL	FINAL
1	5	0
2	4	0
3	3	0
4	10	2
5	3	0
6	7	1
7	1	0
8	2	0
9	4	1

INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARÁLISIS FACIAL IDIOPÁTICA MÁS AFECTACIÓN DEL V PAR CRANEAL



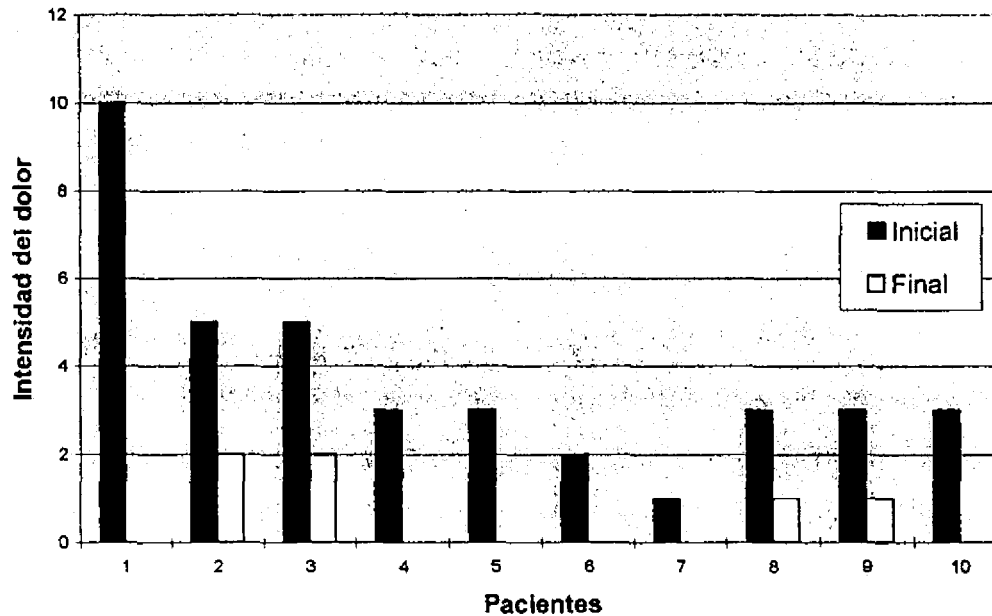
Resultados Estudio
Diciembre 1998

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

**INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES
DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON
PARALISIS DE BELL MAS AFECTACION DEL
V NERVIO CRANEAL.**

No DE PACIENTES	INICIAL	FINAL
1	5	1
2	4	0
3	3	0
4	5	1
5	3	1
6	4	0
7	8	2
8	1	0

INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARÁLISIS ASOCIADA A OTRAS PATOLOGÍAS



INTENSIDAD DEL DOLOR ANTES Y DESPUES DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON PARALISIS DE BELL ASOCIADO A OTRAS CAUSAS.

No DE PACIENTES	INICIAL	FINAL
1	10	0
2	5	2
3	5	2
4	3	0
5	3	0
6	2	0
7	1	0
8	3	1
9	3	1
10	3	0