



70-44.13

PARALISIS FACIAL

PARALISIS FACIAL



E.S.E HOSPITAL SANTA MARGARITA

La Cumbre - Valle

70-44.13

1. INTRODUCCIÓN: La parálisis facial es una condición neuromuscular caracterizada por la pérdida parcial o total del movimiento voluntario en los músculos de un lado de la cara, debido a una alteración en la función del nervio facial. Su origen puede ser central o periférico, con manifestaciones clínicas que incluyen la incapacidad para cerrar el ojo, levantar la ceja o sonreír, afectando la comunicación y la calidad de vida del paciente.

2. ETIOLOGÍA: La parálisis facial puede tener diversas causas, siendo la variante idiopática la más frecuente, representando aproximadamente el 80 % de los casos, de los cuales un 90 % logra una recuperación completa. De manera general, se clasifica en dos tipos principales:

- **Parálisis facial central (PFC):** Se asocia a patologías cerebrovasculares, tanto isquémicas como hemorrágicas, así como a la presencia de neoplasias cerebrales.
- **Parálisis facial periférica (PFP):** Puede ser de origen primario, como la parálisis facial idiopática o de Bell, o de origen secundario, vinculado a traumatismos, infecciones virales (como herpes simple o síndrome de Ramsay-Hunt, que se manifiesta con otalgia intensa, hipoacusia y vesículas en la zona auricular, paladar y faringe), trastornos neurológicos como el síndrome de Guillain-Barré, y procesos tumorales (como los que afectan la glándula parótida, el coleteatoma, el neurinoma del acústico o el meningioma). También puede estar relacionada con enfermedades sistémicas como diabetes mellitus, hipertiroidismo, porfiria, trastornos autoinmunes, sarcoidosis, enfermedad de Lyme, enfermedad de Paget ósea, vasculitis y leucemias.

3. DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES:

Definición: La parálisis facial consiste en la pérdida total o parcial de movimiento muscular voluntario en un lado de la cara. Se produce por un fallo en el nervio facial, que no lleva las órdenes nerviosas a los principales músculos de la cara.

Se manifiesta clínicamente por la imposibilidad para levantar la ceja, cerrar el ojo, incapacidad para sonreír y alteraciones en el habla.

Clasificación: Existen dos tipos de parálisis facial:

Parálisis facial central: Se produce por la lesión de haz corticobulbar. En este caso se observa parálisis de la mitad inferior de la cara, con relativa integridad de la mitad superior. El paciente presenta borramiento del surco nasogeniano homolateral, con desviación de la comisura bucal hacia el lado opuesto. A pesar de que la fuerza de los músculos de la mitad superior de la hemicara está conservada debido a la doble inervación, es frecuente que los

70-44.13

pacientes no puedan ocluir aisladamente el ojo del lado enfermo sin hacerlo en conjunto con el sano (signo de Revilliod). Los movimientos mímicos emocionales (risa o llanto) en la hemicara inferior suelen estar preservados.

Parálisis facial periférica: Es producida por la lesión del núcleo o de cualquier parte de su trayecto periférico.

CUADRO 71-2-1. Trayecto del nervio facial y sus lesiones

A partir del agujero estilomastoideo	Parálisis facial del mismo lado de la lesión con indemnidad de las funciones secretoras, del músculo del estribo y del gusto
En el conducto antes de su unión con la cuerda del timpano	Parálisis facial homolateral y alteraciones del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua
Previo al origen del nervio del músculo del estribo	Parálisis facial asociada con alteraciones gustativas de los dos tercios anteriores de la lengua e hiperacusia
Previo al ganglio geniculado	Parálisis facial homolateral con alteraciones gustativas, hiperacusia y falta de lagrimeo de ese lado
Lesión protuberancial	Suele asociarse con el compromiso del VI nervio craneal

Imagen tomada de Argente HA, Álvarez ME. Semiología Médica: Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. 3^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2021.

El paciente presenta aplanamiento de las arrugas frontales, descenso de la ceja, imposibilidad de ocluir el párpado, con epifora o lagrimeo. Cuando se le pide que cierre los ojos, el globo ocular del lado paralizado se dirige hacia arriba y queda a la vista la esclerótica (signo de Bell). Si se le solicita que dirija la mirada hacia arriba, el ojo del lado paralizado excursiona más que el contralateral (signo de Negro). El surco nasogeniano se encuentra borrado, con desviación de la comisura labial hacia el lado opuesto. Puede verse también una pequeña área de hipoestesia alrededor del conducto auditivo externo, así como alteraciones de la sudoración (trastornos vasomotores).



La **parálisis facial central**, debido a la decusación de las fibras antes mencionadas, siempre es contralateral a la lesión. Suele observarse como consecuencia de lesiones vasculares (isquémicas, hemorrágicas), tumores primarios o secundarios, infecciones (abscesos) y, en general, en cualquier proceso que afecte las vías corticobulbares. En estos casos, igualmente está acompañada por la parálisis braquiorcural correspondiente.

Parálisis facial periférica: es producida por la lesión del núcleo o de cualquier parte de su trayecto periférico (**cuadro 71-2-1**).



La **parálisis facial periférica** es siempre homolateral con respecto a la lesión y compromete los músculos tanto del sector facial superior como del inferior con igual intensidad. Su causa más común es la estacional, viral, a frigore o de Bell (**Epónimos**); la causa más frecuente de esta **parálisis facial periférica unilateral** es una reactivación de los virus del herpes simple de tipo I o de la varicela zóster (**caso clínico 71-2-6**).

Imagen tomada de Argente HA, Álvarez ME. Semiología Médica: Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. 3^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2021.



70-44.13

4. DESCRIPCIÓN CLÍNICA: Los signos, síntomas y manifestaciones clínicas principales son:

- Debilidad o parálisis de los músculos faciales de un lado (o en casos raros, de ambos).
- Asimetría facial evidente al hablar, sonreír o cerrar los ojos.
- Dificultad para fruncir el ceño, levantar la ceja o silbar.
- Caída del párpado y/o de la comisura labial.
- Dificultad para la pronunciación de ciertos fonemas debido a la afectación muscular.
- Hipersensibilidad al sonido (hiperacusia) si el nervio facial está afectado cerca del oído.
- Disminución de la secreción lagrimal y salival si hay compromiso de fibras autónomas.
- Alteración del gusto en los dos tercios anteriores de la lengua si hay afectación del nervio cuerda del timpano.
- Parálisis facial periférica (parálisis de la mitad inferior de la cara con relativa integridad de la mitad superior - borramiento del surco nasogeniano homolateral - desviación de la comisura bucal hacia el lado opuesto - es frecuente que los pacientes no puedan ocluir aisladamente el ojo del lado enfermo sin hacerlo en conjunto con el sano (signo de Revilliod) - los movimientos mímicos emocionales (risa o llanto) en la hemicara inferior suelen estar preservados).
- Parálisis facial central (aplanamiento de las arrugas frontales - descenso de la ceja - imposibilidad de ocluir el párpado con epifora o lagrimeo - cuando se le pide al paciente que cierre los ojos, el globo ocular del lado paralizado se dirige hacia arriba y queda a la vista la esclerótica (signo de Bell) - si se le solicita al paciente que dirija la mirada hacia arriba, el ojo del lado paralizado excursiona más que el contralateral (signo de Negro) - el surco nasogeniano se encuentra borrado - desviación de la comisura labial hacia el lado opuesto - puede verse



70-44.13

también una pequeña área de hipoestesia alrededor del conducto auditivo externo, así como alteraciones de la sudoración (trastornos vasomotores).

5. FACTORES DE RIESGO:

Por otra parte, la academia americana de otorrinolaringología describe factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad, como: diabetes, obesidad, hipertensión arterial, infecciones de vías aéreas superiores, inmunocomprometidos y embarazo.

6. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN:

Características clínicas generales:

Debilidad o parálisis unilateral:

Este es el síntoma más distintivo, afectando un lado de la cara. La intensidad puede variar desde una leve debilidad hasta una parálisis total.

Dificultad con las expresiones faciales:

Esto incluye problemas para sonreír, fruncir el ceño, cerrar el ojo o levantar la ceja.

Caída facial:

La comisura de la boca puede caerse, y el párpado puede tener dificultad para cerrarse.

Problemas con el habla y la alimentación:

Puede haber dificultad para articular palabras (disartria) y para controlar la saliva, lo que lleva a babeo.

Dificultad para masticar.

Dolor:

Algunas personas experimentan dolor detrás de la oreja o en la mandíbula antes o durante la parálisis.

Sensibilidad alterada:

Entumecimiento o una sensación de pesadez en el lado afectado de la cara.

Problemas oculares:

Dificultad para cerrar el ojo, lo que puede causar sequedad ocular y requerir el uso de lágrimas artificiales o un parche ocular.

Cambios en el gusto:

Algunas personas pueden experimentar una alteración en el sentido del gusto.

Aumento de la sensibilidad al sonido:

Carrera 7^a No. 5 – 24

La Cumbre - Valle del Cauca

Teléfono: +57 312 286 7934

contactenos@hospitalsantamargarita.gov.co

<https://hospitalsantamargarita.gov.co/>



modelo integrado
de planeación
y gestión



Miembro de la
Red GLOBAL de HOSPITALES
VERDES y SALUDABLES
www.hospitalesporlasaludambiental.net



70-44.13

Hiperacusia, o sensibilidad incrementada a los sonidos en el oído afectado.

7. TRATAMIENTO:

Cirugías de Reanimación Facial

En parálisis facial aguda:

- Reparación nerviosa directa
- Injertos nerviosos cruzados (Cross-face nerve grafts)
- Transferencias nerviosas

Procedimientos Mínimamente Invasivos

Neuromodulación con Toxina Botulínica (Botox)

Fillers Faciales

Los rellenos de ácido hialurónico y las lipoinyecciones

Cirugías de Simetrización Facial

- Re-suspensión facial con o sin injertos de fascia
- Re-suspensión del párpado inferior (tarsorrafia)
- Neurectomía selectiva (en sincinesias)
- Colocación de pesas de oro/platino en el párpado superior

Facilitación Neuromuscular propioceptiva.

Vendaje neuromuscular

8. FARMACOLOGÍA:

No aplica.

9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Clínica Universidad de Navarra. Parálisis facial [Internet]. Pamplona: Clínica Universidad de Navarra; [fecha de consulta: 22 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/paralisis-facial>
2. León E, León S, Gutiérrez F, Torres-Criollo L. Parálisis facial. En: Medicina de Urgencias. Tomo 2. 1.^a ed. 2022. p. 173-183. ISBN: 978-987-88-4848-8.
3. Argente HA, Álvarez ME. Semiología Médica: Fisiopatología, Semiotecnia y Propedéutica. 3^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2021.
4. Molina MAG. Beneficios Terapéuticos del Vendaje Neuromuscular como Tratamiento Terapéutico para la Activación Muscular en Pacientes Femeninos con Parálisis Facial de Bell de 35 a 40 [Internet]. Galileo.edu. [cited 2025 Feb 24]. Available from: http://biblioteca.galileo.edu/xmlui/bitstream/handle/123456789/1484/2021-T-If-075_gudiel_molina_manuel_alejandro.pdf?sequence=1



70-44.13

5. Recuperado el 23 de marzo de 2025, de
[http://file:///D:/Downloads/separar+TOMO+2+MEDICINA+DE+URGENCIAS-173-183%20\(1\).pdf](http://file:///D:/Downloads/separar+TOMO+2+MEDICINA+DE+URGENCIAS-173-183%20(1).pdf)
6. Lassaletta, L., Morales-Puebla, J. M., Altuna, X., Arbizu, Á., Arístegui, M., Batuecas, Á., Cenjor, C., Espinosa-Sánchez, J. M., García-Iza, L., García-Raya, P., González-Otero, T., Mañós, M., Martín, C., Moraleda, S., Roda, J. M., Santiago, S., Benítez, J., Cavallé, L., Correia, V., ... Gavilán, J. (2020). Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. Acta Otorrinolaringológica Española, 71(2), 99–118.
<https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.12.004>
7. Gob.mx. Recuperado el 23 de marzo de 2025, de
<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/066GER.pdf>

10. CONTROL DE CAMBIOS

ELABORADO POR	REVISADO POR	APROBADO POR
Fisioterapeuta	Coordinador Medico	Gerente

REGISTRO DE CAMBIOS Y REVISIONES				
VERSION	FECHA	PÁGINAS	SOLICITANTE	OBSERVACIONES
1	20/06/2025	7	Fisioterapeuta	Creación del documento por: Sandra Katherine Cárdenas – Fisioterapeuta Revisado por: Hugo Armando Peña – Coordinador Medico Aprobado por: Aicardo Solís - Gerente