

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización  
2017

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL  
ADULTO CON  
PARÁLISIS DE BELL  
EN EL PRIMER Y SEGUNDO NIVEL DE  
ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-066-08

Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, México D. F.  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, “Derechos Reservados”. Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General

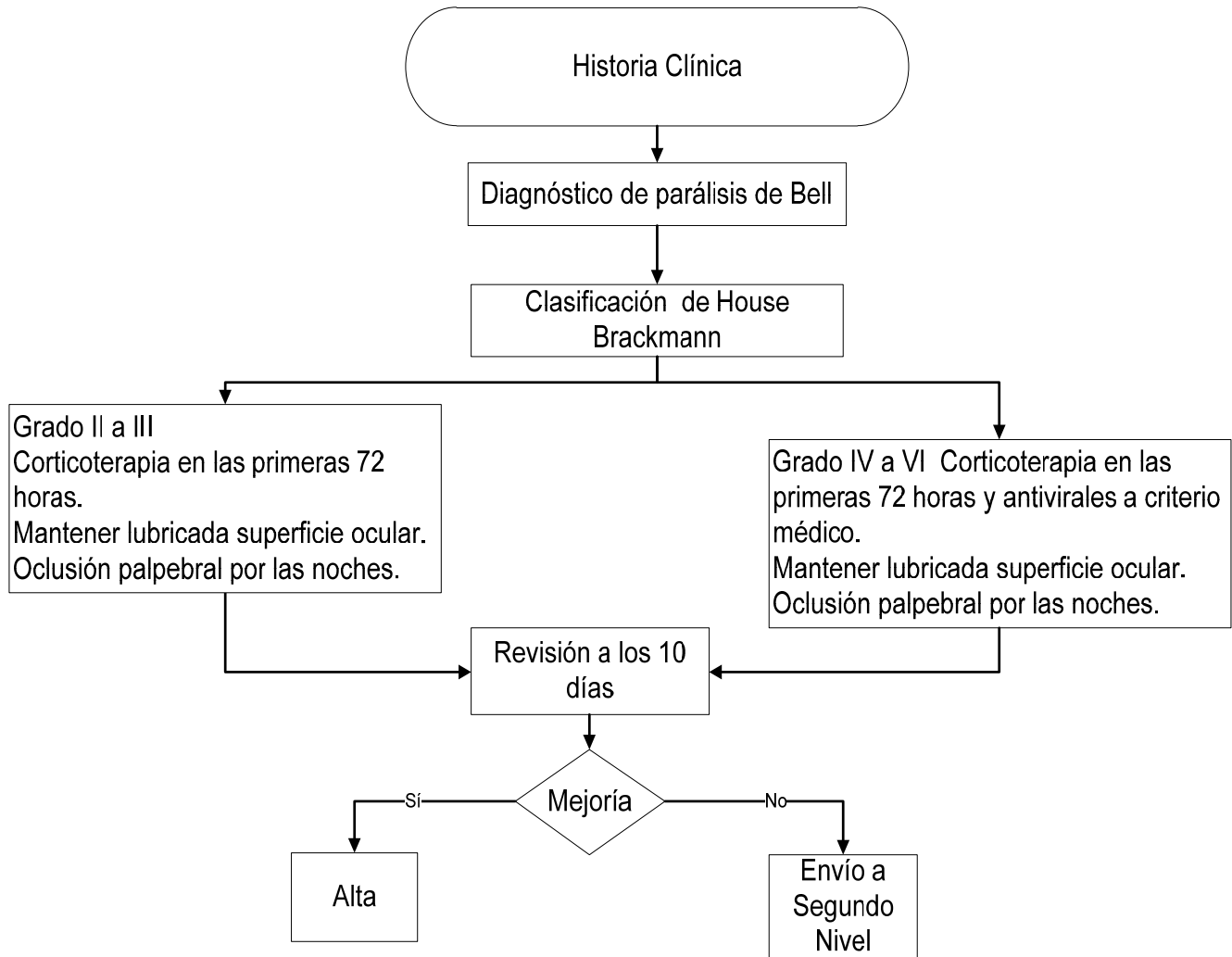
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud  
2017

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Diagnóstico y tratamiento del adulto con parálisis de Bell en el primer y segundo nivel de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de **“Evidencias y Recomendaciones”** en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

ISBN en trámite

## 1. DIAGRAMAS DE FLUJO



## 2. DIAGNÓSTICO

### INTERROGATORIO

| Recomendación Clave   | GR* |
|---|-----|
| Al interrogatorio dirigido se deberá investigar acerca de antecedentes como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, hipercolesterolemia o estado de gravidez  | D   |
| Al interrogatorio dirigido se deberá averiguar específicamente sobre el tiempo de inicio, localización de síntomas, hiperacusia, dolor periauricular o retroauricular, irritación y/o resequeidad ocular, fotofobia, cambios en la visión, alteración del gusto | D   |

### EXPLORACIÓN FÍSICA

| Recomendación Clave   | GR*                            |
|---|--------------------------------|
| A la exploración física se deberá realizar inspección con paciente en reposo y durante la actividad de la motilidad facial haciendo énfasis en la búsqueda de pliegues faciales indefinidos o ausentes, ptosis palpebral, epifora, desviación de la comisura bucal, ausencia o disminución de movimientos de la expresión facial, goteo salival, hiperemia conjuntival, lagofthalmos, signo de Bell | D                              |
| Los médicos deben de evaluar al paciente mediante el interrogatorio y la exploración física para excluir otras posibles causas de parálisis o paresia facial unilateral aguda   | <b>Fuerte recomendación</b>    |
| La escala de House-Brackmann se puede utilizar para graduar la severidad a lo largo de la evolución con fines comparativos  | <b>Punto de buena practica</b> |

### VALORACIÓN OFTALMOLÓGICA

| Recomendación Clave   | GR* |
|---|-----|
| La evaluación oftalmológica de parálisis de Bell debe incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Función elevadora del párpado superior</li> <li>• Cierre del párpado superior</li> <li>• Fenómeno de Bell</li> <li>• Lagofthalmos</li> <li>• Presencia de ectropión</li> <li>• Retracción del párpado inferior</li> </ul> | D   |

- Inyección conjuntival
- Sensibilidad corneal
- Desepitelización puntiforme de la córnea

Resulta de primordial importancia mantener vigilancia continua del embarazo y prestar atención a cualquier dato clínico que pueda sugerir la presencia de una parálisis facial; además, realizar evaluación constante de presión arterial dada su posible relación con casos de preeclampsia

**D**

## ESTUDIOS DIAGNÓSTICOS

### Recomendación Clave

**GR\***

No se deben de solicitar exámenes de laboratorio de forma rutinaria en pacientes diagnosticados con parálisis de Bell

**Recomendación en contra**

La resonancia magnética no se realiza de manera rutinaria y se realiza para investigar otras posibles causas de parálisis facial, en especial si se ha presentado poca o nula recuperación

**Recomendación en contra**

## TRATAMIENTO SISTÉMICO

### Recomendación Clave

**GR\***

Se debe prescribir corticoesteroides orales en las primeras 48 a 72 horas de iniciada la enfermedad en pacientes de 16 años o más. La dosis recomendada es Prednisona 60 mg por día, durante 5 días con dosis reducción de 10 mg por día hasta llegar a 10 mg y suspender

**Recomendación fuerte**

No se recomienda el uso de antivirales como monoterapia en pacientes con parálisis de Bell, ya que no ha demostrado ser más efectiva que el placebo para incrementar la tasa de recuperación

**Fuerte recomendación**

## TRATAMIENTO LOCAL

### Recomendación Clave

**GR**

Los médicos deben aplicar protección para los ojos de los pacientes con parálisis de Bell que tiene alteración del cierre palpebral. Entre las estrategias a considerar se encuentran uso de lentes de protección solar, administración frecuente de gotas y ungüentos lubricantes, uso de lentes de contacto o parche oclusivo ocular

**Recomendación fuerte**

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Se recomienda el uso rutinario de las medidas de protección de los ojos para los pacientes con el cierre del ojo incompleta  | <b>Recomendación fuerte</b>    |
| Se recomienda el uso de lágrimas artificiales (lubricantes) en gotas durante el día, y la presentación en ungüento durante la noche  | <b>Recomendación fuerte</b>    |
| Se sugiere el uso de hipromelosa al 0.5% durante el día y por las noches hipromelosa al 2%.  | <b>Buena práctica clínica</b>  |
| Medidas generales que ayudan a mejorar las molestias oculares<br><b>Tratamiento conservador</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cierre palpebral con cinta adhesiva suave (micropore) durante las noches (y durante el día si la desecación de la córnea es muy importante)</li> <li>• Gafas de sol para la fotofobia y la protección general durante el día</li> <li>• Lente de contacto terapéutica (si no responde al uso frecuente de lubricantes oculares)</li> </ul> Lente de contacto de hidrogel de silicona o lente escleral | <b>Recomendación fuerte</b>    |
| En casos de queratitis neurotrófica está contraindicado el uso de lente de contacto por la pérdida de la sensibilidad corneal (V par craneal). Estos pacientes están en alto riesgo de infección, que puede aumentarse más aún por el uso de lentes de contacto  | <b>Recomendación débil</b>     |
| En diversos reportes sugieren el uso de toxina botulínica; sin embargo, la evidencia obtenida hasta el momento no constituye una prueba real de beneficio para estos pacientes, y tampoco se han establecido los criterios específicos para su aplicación por lo que en este momento no se considera un tratamiento de rutina para estos pacientes   | <b>Punto de buena práctica</b> |
| Queda a criterio del médico especialista realizar tratamiento más especializado dependiendo del daño en la superficie ocular. En casos de lagofthalmos severo se puede realizar tarsorrafia temporal para evitar el daño corneal   | <b>Punto de buena práctica</b> |

## TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN

| <b>Recomendación Clave</b>   | <b>GR*</b>                 |
|--|----------------------------|
| Evidencia de muy baja calidad ofrece poco apoyo para el uso de electroestimulación; además, no ha demostrado ser seguro y tiene un costo adicional.  | <b>Recomendación débil</b> |
| La evidencia en relación al tratamiento de la parálisis de Bell con acupuntura, es de baja calidad y no logra establecer beneficios claros respecto a la recuperación de la función facial, por lo que no se considera dentro de los esquemas de rehabilitación rutinaria para estos pacientes | <b>A</b>                   |

Hasta la fecha, la evidencia es contradictoria, respecto al uso de fisioterapia, en la recuperación de la debilidad facial. Sin embargo, muchos autores recomiendan su instauración, lo más pronto posible, en cualquiera de sus modalidades principalmente en la reeducación neuromuscular y ejercicios de mímica facial (ver cuadro 2 )

\*Algunos autores prefieren abstenerse de emitir recomendaciones, mientras que otros sugieren iniciar la terapia física lo más pronto posible.

El medico deberá especificar el grado de afectación de la parálisis de acuerdo a la Clasificación de House- Brackmann y Sistema Convencional de Calificación de la Parálisis Facial (Cuadro 1)

**A/D**

**Punto de buena práctica**

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### Recomendación Clave

En contra del uso rutinario de la descompresión del nervio facial. Los pacientes deben considerar esta opción sólo si tienen severa degeneración del nervio facial en electroneuromiografía, si están dispuestos a aceptar los riesgos quirúrgicos y si la cirugía se va a realizar en una instalación de tratamiento avanzado.

**GR\***

**Recomendación débil**

## REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

### Recomendación Clave

Se recomienda el envío al especialista en otorrinolaringología para pacientes que no muestran mejoría o presentan debilidad progresiva

La alteración en el resto de los pares craneales es indicativa de valoración en el segundo nivel de atención

Se recomienda considerar diferentes áreas médicas de acuerdo a su situación clínica específica del paciente; para decidir su envío al segundo nivel de atención cuando no respondan de manera efectiva al tratamiento, o aquellos que presenten datos clínicos agregados a la falta de respuesta al tratamiento.

Las áreas clínicas de apoyo pueden ser:

- Neurología
- Otorrinolaringología
- Oftalmología
- Psicología
- Rehabilitación

**GR\***

**Recomendación fuerte**

**D**

**Punto de buena práctica**

\*Grado de Recomendación


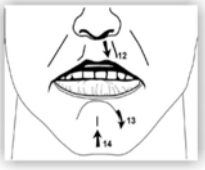
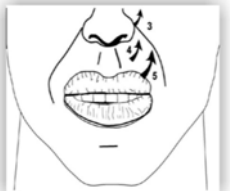


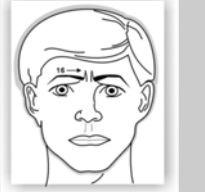
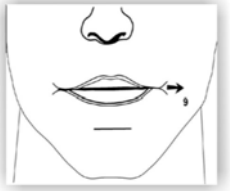
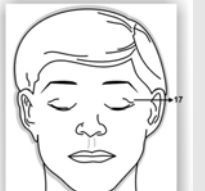

### 3. CUADROS O FIGURAS

**Cuadro 1. Clasificación de House Brackmann y sistema convencional de calificación de la parálisis facial**

| Grado | Sistema de House Brackmann   | Sistema convencional | Descripción  |
|-------|--|----------------------|--|
| I     | <b>Función facial normal en todas sus áreas</b>  | <b>3</b>             | <b>Normal</b>  |
| II    | <b>Disfunción leve</b><br>Global. Debilidad superficial notable a la inspección cercana. Puede haber sincinesias mínimas. Al reposo, tono y simetría normal.<br>Movimiento de frente: función de buena a moderada.<br>Ojo: cierre completo con esfuerzo<br>Boca: asimetría mínima al movimiento  | 2                    | <b>Paresia leve</b><br>Asimetría al movimiento, y simetría en reposo |
| III   | <b>Disfunción leve a moderada</b><br>Asimetría al movimiento<br>Global: obvia pero no desfigurativa, asimetría al reposo y a la actividad. Existencia de sincinesias y/o aumento del tono de músculos faciales.<br>Movimiento de frente: movimientos moderados a ligeros.<br>Ojo: cierre completo con esfuerzo<br>Boca : ligera debilidad con el máximo esfuerzo | <b>2</b>             | <b>Paresia leve</b><br>Asimetría al movimiento, y simetría en reposo |
| IV    | <b>Disfunción moderada a severa paresia moderada</b><br>Global: debilidad obvia y/o asimetría desfigurativa<br>Asimetría al reposo y actividad<br>Al reposo asimetría<br>Movimiento de frente: ninguno<br>Ojo: cierre incompleto<br>Boca: asimetría al esfuerzo  | 1                    | <b>Paresia moderada</b><br>asimetría al reposo y al movimiento       |
| V     | <b>Disfunción severa</b><br>Global: solamente movimientos apenas perceptibles<br>Asimetría al reposo.<br>Movimiento de frente: ninguno<br>Ojo; cierre incompleto<br>Boca: movimientos ligeros  | 0                    | <b>Parálisis total</b><br>Asimetría al reposo y al movimiento        |
| VI    | <b>Parálisis total</b><br>Ningún movimiento  | <b>0</b>             | <b>Parálisis total</b><br>Asimetría al reposo y al movimiento        |



## Cuadro 2. Ejercicios de reeducación muscular facial

| Actividad y músculos participantes  | Imagen  | Actividad y músculos participantes   | Imagen  |
|---|---|--|---|
| Contraer los labios como si se fuera a dar un beso<br>(1.Orbicular de los labios<br>2.Compresor)  |    | Arrugar el mentón<br>(12. Mirtiforme<br>13. Cuadrado de la barba<br>14. Borla de la barba) |    |
| Dilatar el ala de la nariz hasta levantar el labio superior y enseñar los dientes<br>(3.Dilatador de la nariz<br>4.Canino<br>5.Elevador del labio superior) |    | Elevar las cejas<br>(15. Occipitofrontal)  |    |
| Expulsar aire lentamente como si se soplara a través de un popote<br>(6. Buccinador<br>7.Cigomáticomayor<br>8.Cigomático menor)                             |   | Juntar las cejas<br>(16. Ciliar)   |   |
| Sonrisa amplia dirigiendo la comisura labial hacia afuera y atrás<br>(9. Risorio)   |  | Cerrar los ojos<br>(17. Orbicular de los párpados)   |  |
| Apretar los dientes lo más fuerte posible<br>(10. Cutáneo del cuello<br>11. Triangular de los labios)   |  |  |   |

Pérez-Chavez E, Gámez MC, Guzmán GJM, Escobar RD, López RVM, Montes D, Mora CJR, Ramírez CJ. Guía Clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. Perez Ch. Rev Med Inst Mex Seguro Soc.2004; 42(5)425-436