
Publicación : 02-03-2021
Categoría : Oído » Nervio facial
Autor : Ana Maria García Arumí
Hospital : Hospital de la Vall d'Hebrón Campus (Barcelona)
Colaboradores : J. Lorente Guerrero
D. Bonilla
Dr. Felipe Ahumada Mira
ISBN : 978-84-09-18204-6

Evaluación del nervio facial

Introducción / Definición

El **nervio facial** es el **nervio de la emoción y de la comunicación no verbal**. Presenta el **recorrido óseo más largo del organismo** y por ello, es el par craneal que más frecuentemente se paraliza.

Su lesión es fuente de **problemas funcionales y psicológicos graves** que van más allá de una simple discapacidad motora.

Por todo ello, el abordaje diagnóstico y terapéutico de la parálisis del nervio facial (PFP) requiere a menudo del **trabajo conjunto y coordinado de especialistas de diversos ámbitos**.

El presente capítulo lo hemos subdividido en diferentes apartados, tal como sigue:

- Evaluación del nervio facial.
- Parálisis de Bell.
- Parálisis facial periférica otológica.
- Parálisis facial periférica traumática y parotídea.
- Parálisis facial en el niño.
- Evaluación neurofisiológica del nervio facial.
- Evaluación por la imagen del nervio facial.
- Evaluación oftalmológica del lagofthalmos y su tratamiento.
- Evaluación rehabilitadora de la parálisis del nervio facial y terapia física.
- Evaluación plástica y tratamiento quirúrgico de la mímica facial.

A continuación, realizamos un breve recordatorio de la anatomía del nervio facial para explicar la semiología y exploración básica que posteriormente se expone.

Para finalizar este apartado se comenta como se realiza el abordaje y tratamiento multidisciplinar de la parálisis del nervio facial a través de la Unidad y Comité de Gestión de Casos de Parálisis Facial de nuestro hospital.

Recuerdo anatómico

El nervio facial o VII par craneal es un **nervio mixto** (componentes aferentes y eferentes). En la tabla 1 se resumen sus principales funciones.

Motora

- *Musculatura derivada del 2º arco branquial (m. estapedial, m. del vientre posterior del digástrico, m. estiloideo, m. cutáneo del cuello).*
- *Platisma facial (musculatura de la expresión facial).*

Sensitiva

- *Del gusto, de los 2/3 anteriores de la lengua.*
- *De los receptores del conducto auditivo externo y área de Ramsay-Hunt y en su trayecto hacia el tronco encefálico, se unen a ramos del nervio trigémino.*

Visceral

- *Secretoras y vasodilatadoras, a los ganglios submandibular y esfenopalatino (pterigopalatino) e inervan a las glándulas submandibular, sublingual, lagrimal, sudoríparas de la cara, arteria auditiva y sus ramas y vasos de la mucosa de la cavidad nasal y del paladar.*

Tabla 1.- Funciones del nervio facial.

1. Núcleos del nervio facial

El **origen aparente** del nervio facial se encuentra en la **fosita lateral de la parte lateral del surco bulbopontino** medialmente al origen aparente del nervio cocleovestibular.

Presenta dos raíces, una **motora** (nervio facial motor) y otra **sensitiva/parasimpática** (nervio intermedio).

- Las **fibras motoras** se originan en el **núcleo motor del nervio facial**.
- Las **fibras secretoras parasimpáticas** en el **núcleo salivatorio superior y lacrimal**,
- y las **sensitivas** en el **ganglio geniculado**.

1.1. NÚCLEO MOTOR

El núcleo motor de la mímica facial se muestra como una **masa gris en la formación reticular (FR) de la protuberancia, anterior y lateral al núcleo del VI par craneal** (figura 1).

NERVIO FACIAL (PAR CRANEAL VII)

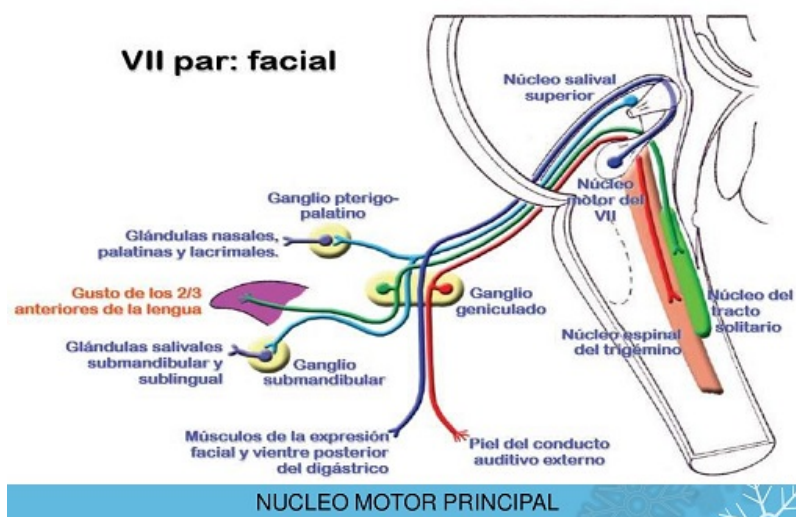


Figura 1.- Núcleos del nervio facial. Tomado de Cátedra Anatomía. Escuela Técnica superior Chimborazo. Escuela de Medicina. Dra. A. Cáceres

La información que recibe proviene del **área 4 de Brodman, circunvolución frontal ascendente del lóbulo temporal**, (figura 2).

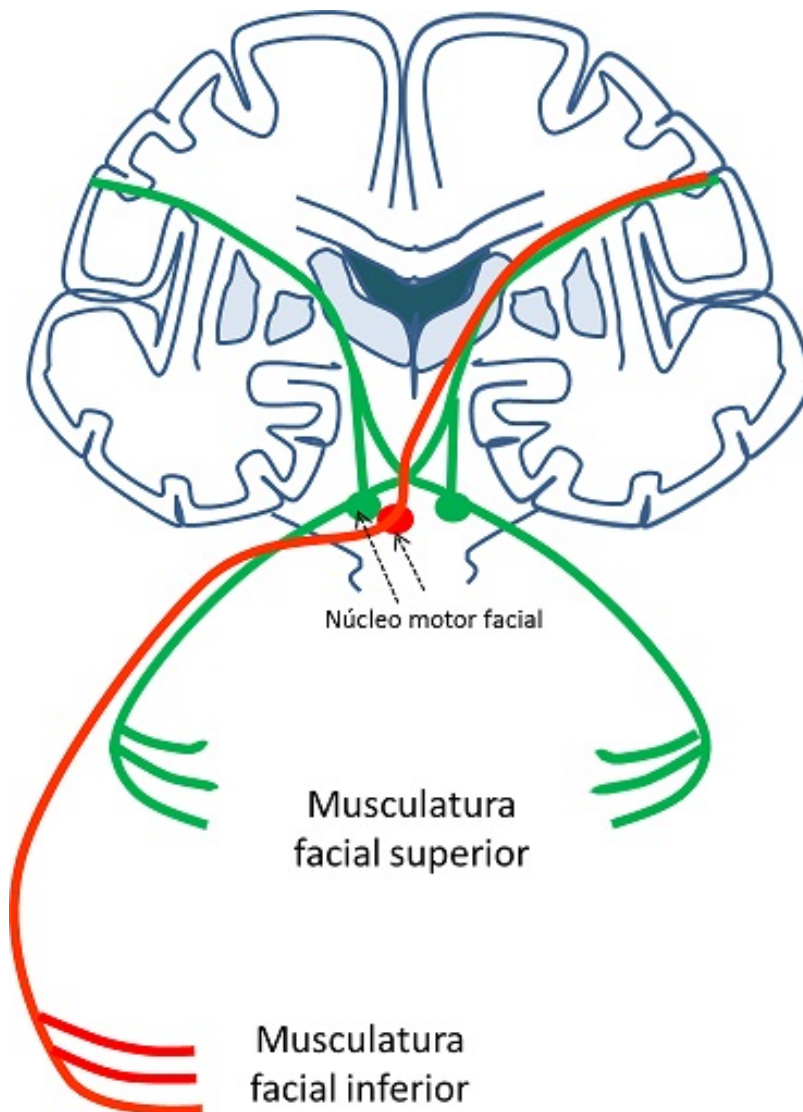


Figura 2.- El núcleo facial motor recibe proyección descendente desde neuronas de la capa V del área de representación facial de la corteza motora, desciende por la rodilla de la cápsula interna y el pie peduncular.

Las fibras se proyectan **bilateralmente en la parte superior** del núcleo (controlando los músculos de la parte superior de la cara) y contralateralmente en la **parte inferior del núcleo** para la parte inferior de la cara.

Antes de emerger de la protuberancia las fibras rodean al núcleo del VI par (**rodilla del facial**).

Las **motoneuronas** que inervan los **músculos faciales inferiores** reciben abundantes conexiones directas bilateralmente con franco predominio contralateral. Si existe lesión de esta proyección, los movimientos faciales inferiores más finos y discriminativos se verán afectados bilateralmente aunque

mayoritariamente del lado contralateral a la lesión.

Las **motoneuronas** que inervan los **músculos faciales superiores** reciben escasa proyección directa en ambos lados. Esta organización hace que en lesiones de esta proyección los movimientos faciales superiores menos precisos queden conservados, y cuyo control cortical se realizaría de modo indirecto a través de la formación reticular adyacente al núcleo facial.

El núcleo motor del facial recibe terminales de muchas fuentes, entre ellas se encuentran las que se muestran en la tabla 2.

Fibras terminales nucleares	Funcionalidad
Fibras trigeminales secundarias, quedan también colaterales directas del V.	Para los <u>reflejos corneal</u> y otros reflejos trigéminos faciales.
Fibras secundarias y terciarias de la sílva superior y núcleos oculales	Para <u>reflejos sensitivos faciales</u> , tales como el cierre de los ojos ante ruidos intensos y el reflejo estapedial...
Fibras de los músculos superiores	<u>Reflejos del parpadeo.</u>
Fibras indoléticas	A través de neuronas reticulares intermedias.
Fibras directas	Que pasan en su mayor parte al <u>núcleo facial contralateral</u> .
Formículos o colaterales de los sistemas extrapiramidales	<u>Parte motora</u> de la musculatura facial. Las últimas fibras pueden originarse en el globo pálido y llegar al núcleo facial a través de neuronas intermedias de la FR.

Tabla 2.- Fibras terminales nucleares y su funcionalidad.

1.2. NÚCLEOS PARASIMPÁTICOS

Los **núcleos salivatorio superior y lacrimal**, están representados por un grupo de células dispersas en la formación reticular de la protuberancia, dorsalmente al núcleo motor del nervio facial. Forman parte del parasimpático craneal (figura 1).

El **núcleo salivatorio superior** recibe **aferencias hipotalámicas** por vías autónomas descendentes.

El **núcleo lagrimal** recibe **aferencias hipotalámicas** para respuestas emocionales y de los **núcleos sensitivos trigeminales**.

1.3. NÚCLEOS VISCERALES

Las fibras viscerales aferentes del nervio facial se originan en neuronas del **ganglio geniculado**.

El ganglio geniculado recibe aferencias gustativas de los 2/3 anteriores de la lengua y hace sinapsis con las neuronas del **núcleo sensitivo en la parte superior del tracto solitario próximo** al núcleo motor (figura 1).

Este núcleo recibe aferencias de **fibras sensitivas gustativas** y de la sensibilidad visceral (cardiorrespiratoria) de los nervios VII, IX Y X (figura 3).

Núcleo del tracto solitario

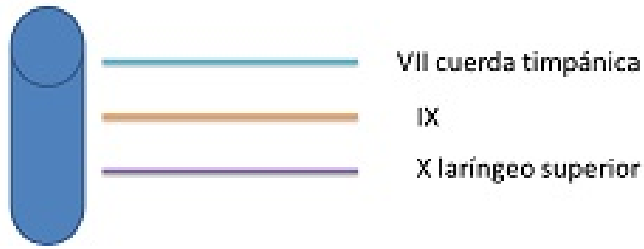


Figura 3.- Núcleo del tracto solitario

Las fibras eferentes cruzan la línea media ascendiendo hacia el **núcleo talámico ventroposteromedial opuesto**. Los axones talámicos atraviesan la **cápsula interna y corona radiada** finalizando en el área gustativa cortical en la parte inferior de la **circunvolución post central** (área 43 de Brodman).

2. Trayecto en el ángulo pontocerebeloso

Tiene desde su origen aparente, en el **ángulo bulboprotuberancial**, hasta el orificio del conducto auditivo interno, un trayecto de **23-24 mm** en el **ángulo pontocerebeloso (APC)** estando acompañado en este recorrido por el octavo par craneal (**paquete acústico-facial**).

Con cobertura pial sus dos componentes: el **nervio facial motor** y el **nervio intermedio o de Wrisberg**, que emergen independientemente, pero en estrecho contacto entre ellos, se dirigen lateralmente y hacia arriba en el seno de la cisterna subaracnoidea del APC.

El **nervio intermedio**, más delgado, se sitúa posteroinferior al facial motor y anterosuperior al VIII par craneal.

En este recorrido se une la arteria cerebelosa anteroinferior que incluso puede introducirse en el conducto auditivo interno, pasando entre ellos o haciendo un bucle a su alrededor. Desde ella o del tronco basilar la **arteria auditiva interna** se dividirá en dos ramas una que acompañará al nervio vestibular e irrigará ambos laberintos y la otra al nervio facial e intermedio en su trayecto intrameatal.

3. Trayecto en el conducto auditivo interno

Desde el tronco cerebral el nervio facial se dirige hacia el orificio de entrada del CAI, por donde penetra al **hueso temporal** junto con los **nervios vestibulares y coclear**. Tras un trayecto de unos 10 mm en el CAI **alcanza el fondo del CAI en su porción anterosuperior**.

El conducto auditivo interno (CAI) es una estructura tubular más o menos cilíndrica situado en el peñasco, que pone en comunicación el laberinto con la fosa cerebral posterior. Ambos CAIs están situados en el plano frontal biauricular, coincidiendo casi con el eje transversal biauricular, **orientados ligeramente hacia delante y hacia afuera**. Su eje forma con el eje longitudinal de la pirámide petrosa un ángulo de unos 45°.

En el fondo del CAI es el lugar donde mejor se identifican los cuatro nervios dado que están separados por unas crestas óseas (figura 4).

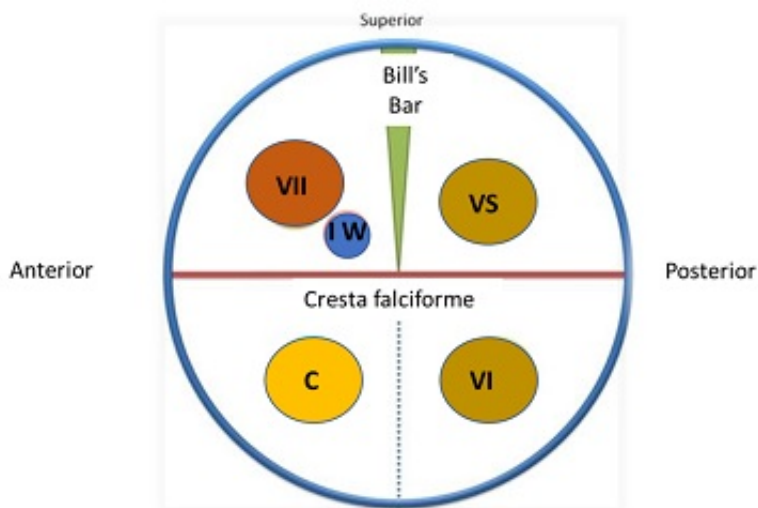


Figura 4.- Situación del nervio facial en el fondo del conducto auditivo interno.

4. Recorrido intrapetroso

Entre el fondo del CAI y la salida del hueso temporal por el agujero estilomastoideo el nervio facial discurre por el **Acueducto de Falopio**. Este canal óseo se suele dividir en 3 porciones rectas unidas por 2 codos de diferente angulación (figura 5).

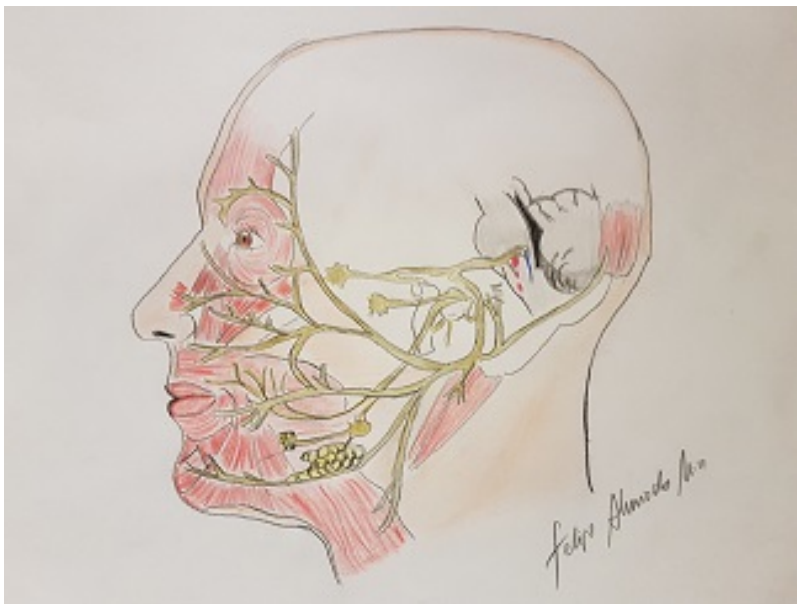


Figura 5.- Trayecto del nervio facial desde su origen aparente y distribución de sus ramas terminales.

La PRIMERA PORCIÓN O LABERÍNTICA, de 3-5 mm de longitud, discurre entre la cóclea y el laberinto vestibular de forma horizontal transversal algo hacia adelante y abajo, y contiene el facial motor y el nervio intermedio.

Al final de esta porción el conducto óseo sufre un ensanchamiento de forma cuadrangular y el nervio facial se engruesa en forma de bulbo formando el **ganglio geniculado** (GG) del que parten anteriormente el **nervio petroso mayor** y el nervio petroso menor. Desde esta zona el trayecto óseo se incurva unos 80° hacia atrás para formar la segunda porción o timpánica. La arteria petrosa nutre

la primera rodilla, el ganglio geniculado y la segunda porción.

La SEGUNDA PORCIÓN O TIMPÁNICA de 10 a 12 mm transcurre horizontalmente en la pared medial de la **cavidad timpánica craneal** por encima del **músculo tensor del tímpano** y la **ventana oval**, y por debajo y adelante del **conducto semicircular lateral**, donde se forma el 2º codo del nervio facial. Forma el límite inferior del aditus at antrum.

La TERCERA PORCIÓN O MASTOIDEA de unos 13 mm comienza en la porción final del codo del canal del facial, lugar en el que se vuelve vertical, y finaliza en el foramen estilomastoideo donde finalmente emerge hacia el exterior del cráneo.

Durante su recorrido en el hueso temporal el nervio facial emite una serie de ramas colaterales (tabla 3).

NERVIO PETROSO SUPERFICIAL MAYOR	Desde el GG lleva fibras motoras secretoras parasimpáticas al <u>ganglio pterinopalatina</u> (ganglio de Meckel) para la glándula lagrimal. Se introduce en el hiatus de Falopio al que recorre hasta el agujero rasgado anterior. Se anastomosa con el n. petroso profundo mayor rama del glossofaríngeo. • <u>Inerva con fibras parasimpáticas la glándula lagrimal, los senos y fosas paranasales.</u> • <u>Fibras especiales gustativas del paladar por medio del nervio vidiano.</u>
NERVIO PETROSO SUPERFICIAL MENOR	Desde la parte inferior del GG se dirige al <u>ganglio ótico.</u>
NERVIO DEL MÚSCULO DEL ESTRIBO	Inerva al músculo del estribo.
CUERDA DEL TÍMPANO	Desde unos 2 mm del orificio estilomastoideo se dirige por un canal propio en sentido ascendente hacia la caja timpánica discuriendo entre los huesecillos, atraviesa la fisura esfenopetrosa, y en la fosa infratemporal acompaña al <u>nervio lingual.</u> • <u>fibras gustativas para los 2/3 anteriores linguales.</u> • <u>y fibras parasimpáticas secretoras para la glándula submandibular y sublingual (la 2ª neurona parasimpática están el ganglio submandibular)</u>
Ramo anastomótico del X par	Desde la cuerda timpánica se dirige al ganglio superior del X par.

Tabla 3.- Ramas colaterales del nervio facial intrapetroso.

5. Recorrido extrapetroso

El tronco del nervio facial emerge del agujero estilomastoideo medial al proceso mastoideo y lateral al proceso estilohioideo. Del segmento del nervio facial entre el agujero estilomastoideo y su penetración en la glándula parótida se originan ramos nerviosos que son responsables de la inervación motora del **músculo auricular posterior**, vientre posterior del **músculo digástrico** y del **músculo estilohioideo** (tabla 4).

RAMO ANASTOMÓTICO DEL GLOsofaríngeo	Rodea a la yugular interna, formando el asa de Haller.
RAMO AURICULAR POSTERIOR	Se anastomosa con el ramo auricular del plexo cervical superficial. La <u>rama auricular</u> , inerva los músculos intrínsecos de superficie craneal de la oreja y el músculo auricular posterior; y la <u>rama occipital</u> , inerva el vientre posterior u occipital del músculo occipitofrontal.
RAMO DEL MÚSCULO DIGÁSTRICO	Se origina en un tronco común con el ramo del músculo estilohioideo e inerva al vientre posterior del músculo digástrico.
RAMO DEL MÚSCULO ESTILOHIOIDEO	Inerva el músculo estilohioideo

Tabla 4.- Ramas colaterales del nervio facial extrapetroso.

El **conocimiento anatómico es indispensable** al realizar procedimientos quirúrgicos dado las graves consecuencias derivadas de la lesión del nervio.

En el interior de la parótida el tronco del nervio facial se divide en 2 ramas terminales: el **tronco temporofacial** y el **tronco cervicofacial**.

PLEXO PAROTÍDEO

De la anastomosis de los 2 ramos terminales se forma el plexo parotídeo con una serie de ramas destinadas a inervar la musculatura de la mímica de la cara (tabla 5).

RAMOS TÉMPOROFACIALES	
FRONTAL Y PARTE DE LOS CIGOMÁTICOS	Inervan los músculos frontal, superciliar, depresor de la ceja, piramidal, orbicular del ojo.
PARTE INFERIOR DE LOS CIGOMÁTICOS O INFRAORBITARIOS	Inervan los m. nasal, depresor del tabique, elevadores del labio superior y el ala de la nariz, elevador del ángulo de la boca, y cigomático mayor y menor.
TEMPORAL	Inerva al músculo temporal, para los músculos intrínsecos anteriores y externos de la oreja y los el músculo auricular anterior.
PARTE SUPERIOR DE RAMOS BUCALES	Inerva el m. buccinador. La mitad superior del orbicular de la boca está inervada por ramas cigomáticas y bucales.
RAMAS CERVICOFACIALES	
PARTE INFERIOR DE RAMOS BUCALES	Inerva el músculo risorio, mitad inferior del orbicular de la boca.
MARGINAL DE LA MANDÍBULA	Depresor del ángulo de la boca (m. triangular), depresor del labio inferior y mentoniano
CERVICAL	Inerva al músculo cutáneo del cuello

Tabla 5.- Plexo parotídeo terminal.

De los márgenes superior, anterior e inferior de la **glándula parótida** emergen 5 ramas clásicamente divididas en: **temporal, cigomática, bucal, marginal de la mandíbula y cervical**, pero más que ramas independientes son áreas de distribución.

Clínica

Parálisis facial central (PFC) vs parálisis facial periférica (PFP)

Se define como parálisis facial a la ausencia o reducción en la función de los músculos faciales.

En la tabla 9 se definen las características clínicas principales y posibles causas de la PARÁLISIS FACIAL CENTRAL, supranuclear o de la motoneurona superior, en la cual **se conserva la funcionalidad mímica de la parte superior y de la respuesta mímica facial emotiva**.

Tabla 9.- Parálisis facial central

CLÍNICA
▪ Frecuentemente acompañada de <u>hemiplejía del mismo lado</u>. ▪ Afecta al movimiento voluntario de la parte inferior de la cara, <u>pero no a los músculos frontal y orbicular de los párpados, por su control bilateral</u>. ▪ Normales los movimientos faciales reactivos a emociones.
CAUSAS
<i>Lesiones hemorrágicas, isquémicas, tumorales e infecciosas.</i>

Se define como PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA a la debilidad (parcial o paresia) o parálisis (afectación completa) de la musculatura inervada por el nervio facial (VII par craneal) debida a lesiones en cualquier lugar de su recorrido desde el núcleo de origen a las estructuras que inerva (tablas 10 y 11). **Afecta a la funcionalidad de toda la mímica facial**.

SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

- Nistagmo
- Parálisis de VI par
- Hemiparesia contralateral
- Hipoestesia termoalgésica contralateral

CAUSAS

- Congénita (enfermedad de Möbius)
- Isquémica o hemorrágica.
- Tumoral (gliomas infiltrantes del tronco cerebral, metástasis)
- Siringobulbia
- Esclerosis múltiple
- Esclerosis lateral amiotrófica.

Tabla 10.- Parálisis facial periférica por lesión a nivel de la protuberancia. Clínica y causas.

SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

- Afectación del VII, V, IX, X, XI par
- Pérdida de gusto y salivación
- Pérdida del lagrimeo
- Hiperacusia

CAUSAS

- Neurinoma del acústico (afectación del VII, VIII y V par)
- Meningiomas
- Colesteatoma (afectación precoz)
- Tumor del glomus
- Carcinomatosis meníngea
- Aracnoiditis
- Dolicomegabasilar

Tabla 11.- Parálisis facial por lesión a nivel del ángulo pontocerebeloso (APC) y meato auditivo interno. Clínica y causas.

Diagnóstico / Pruebas

Exploración física

El diagnóstico de parálisis facial periférica es fundamentalmente clínico por lo que será necesaria una **historia clínica detallada**.

La historia clínica debe recoger síntomas prodrómicos, instauración, duración, antecedentes de parálisis, síntomas asociados y antecedentes personales y familiares

1. EXPLORACIÓN DEL FACIAL MOTOR

En la exploración del nervio facial, las principales pruebas clínicas se relacionan con los **músculos de la expresión facial** (tabla 12)

Tabla 12.- Semiología motora facial de la Parálisis Facial Periférica

• Asimetría de la cara e inmovilidad homolateral
• Incapacidad para fruncir el ceño, arrugar la frente, elevar la ceja, parpadear, guiñar y cerrar el ojo
• Incapacidad para silbar, hinchar las mejillas o soplar
• desaparición del surco nasogeniano
• caída del ángulo de la boca hacia el lado opuesto
• desviación de comisura bucal hacia el lado sano

Tabla 12.- Semiología motora facial de la Parálisis Facial Periférica

El examen comienza con la observación inicial del paciente, si está dañado el nervio se puede observar asimetría facial tanto en reposo como en movimiento. Las arrugas de la frente están borradas, la hendidura palpebral está ampliada. No se puede cerrar el ojo del lado de la parálisis.

Al intentar cerrar el ojo, la contracción sinérgica del músculo resto superior gira el globo ocular hacia arriba y se descubre la esclerótica (signo de Bell) (foto 1).



Foto 1.- Signo de Bell.

El descenso del párpado inferior separa el punto lacrimal del saco conjuntival rebosando las lágrimas (**epífora**). La respuesta motora del **reflejo corneal** está abolida.

Desaparece el surco nasogeniano del lado parálítico así como existe caída de la comisura labial ipsilateral (foto 2).



Foto 2.- Asimetría labial y del surco nasogeniano.

Hay retracción de la boca hacia el lado sano e **imposibilidad de silbar, soplar y sonreír.**

Hay **dificultad para articular la palabra y comer**, y **no se contrae el platismo cervical** al abrir la boca contra oposición.

Por lo que se pide al paciente **que mire hacia el techo, que arrugue la frente, sonría y eleve los párpados y los intente cerrar.**

Además, **los sonidos del lado afectado le resultan muy fuertes**, por parálisis del músculo del estribo innervado por el nervio facial.

En paresias ligeras, al cerrar con fuerza los ojos puede observarse el **signo de la pestaña**, protruye más la pestaña del lado afecto.

Tabla 12.- Semiología motora facial de la Parálisis Facial Periférica

• Asimetría de la cara e inmovilidad homolateral
• incapacidad para fruncir el ceño, arrugar la frente, elevar la ceja, parpadear, guiñar y cerrar el ojo
• Incapacidad para silbar, hinchar las mejillas o soplar
• desaparición del surco nasogeniano
• caída del ángulo de la boca hacia el lado opuesto
• desviación de comisura bucal hacia el lado sano

Tabla 12.- Semiología motora facial de la Parálisis Facial Periférica

2. EXPLORACIÓN DEL FACIAL SENSITIVO Y SENSORIAL

Los test para localizar el sitio de la lesión como la exploración de la secreción lagrimal, reflejo estapedial o la indemnidad de la cuerda del tímpano, fueron de uso habitual antiguamente pero hoy en día no suelen realizarse ya que no aportan información relevante.

Las alteraciones sensitivas y sensoriales y las parasimpáticas se muestran en la tabla 13.

Semiología sensitiva de la PFP	
* Rígido, acortamiento y parestias en la cara.	
* Oralgia (signo de mal pronóstico)	obliga al diagnóstico diferencial de la neuralgia del trigémino
* Dolor retroaural	
* Disgeusia	sabor metálico
* Hipoacusia	
* Hiperacusia	
* Auscultación	por alteración del nervio estapedial
Semiología parasimpática y secretora de la Parálisis Facial Periférica	
* Disminución de lagrimeo & epifora	
* Hiposalia	

Tabla 13.- Alteraciones sensitivas y sensoriales y las parasimpáticas.

La exploración otoscópica, audiométrica e impedanciométrica son importantes para descartar patología otológica como causa.

Desde el punto de vista de severidad, la escala de House Brackmann es la más universalmente utilizada (tabla 14).

	REPOSO	MOVIMIENTO Frente (F) Ojo (O) Boca (B)
GRADO 1: NORMAL	Normal	Normal
GRADO 2: LEVE	Sólo apreciable a la inspección cercana.	F: Función buena/moderada. O: Cierre completo mínimo esfuerzo. B: Asimetría mínima.
GRADO 3: MODERADA	Asimetría no desfigurante. Mínimas sincinesias	F: Movimientos moderados. O: Cierre completo máximo esfuerzo. B: Asimetría mínima.
GRADO 4: MODERADA-SEVERA	Asimetría desfigurante. Sincinesias. Hemispasmos	F: Ninguno. O: Cierre incompleto (signo Bell). B: Cierre con asimetría
GRADO 5: SEVERA	Asimetría desfigurante. No sincinesias y hemispasmos.	F: Ninguno. O: Cierre incompleto (signo Bell). B: Movimientos ligeros.
GRADO 6: PARÁLISIS TOTAL	Asimetría desfigurante. Pérdida tono muscular.	Movimiento ausente a máximo esfuerzo.

Tabla 14.- Escala de House-Brackmann.

Diagnóstico diferencial por la anamnesis y exploración

En la tabla 15 se muestran los diagnósticos a destacar de esta entidad. La **parálisis de Bell** o parálisis facial periférica idiopática es la forma más común de parálisis facial periférica, y es más prevalente en hipertensión arterial, diabetes y tercer trimestre del embarazo. Se debe sospechar una parálisis facial secundaria si:

Se debe sospechar una parálisis facial secundaria si:

- La instauración es lenta (> 48h).
- Presencia de espasmos previo a la parálisis.
- Mayor paresia de la musculatura facial inferior.
- Afectación bilateral.
- Falta de recuperación en 6 semanas.

—	Parálisis idiopática o de Bell
—	Traumática
—	Infecciosas ○ Virales: herpes simple, Herpes Zoster ○ Bacteriana
—	Neurológicas ○ Guillén-Barre ○ Neuropatía hipertrofica hereditaria ○ Síndrome de Moebius
—	Tumoral □ Parotidea □ Colesteatoma ○ Neurinoma del oído
—	Enfermedades sistémicas ○ Diabetes ○ Sarcoidosis □ Hipertiroidismo ○ Autoinmunes ○ Leucemias

Tabla 15.- Diagnósticos de parálisis facial periférica.

Medicina basada en la evidencia de pruebas complementarias

Las pruebas que se solicitan están en sintonía a la causa probable de la parálisis. En el caso de PFP de Bell la tabla 16 recoge las recomendaciones de las guías.

	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones específicas
Laboratorio	No indicados en general	
Microbiología	No indicados en general	Estudios en LCR si hay sospecha de infección del SNC Serología enfermedad de Lyme en zonas endémicas
Pruebas de imagen	No indicados en general	TC en casos de traumatismos, parálisis facial central o hollazgos trigéminos

Tabla 16. Estudios complementarios en la PFP de Bell

Evaluación multidisciplinar de la parálisis facial

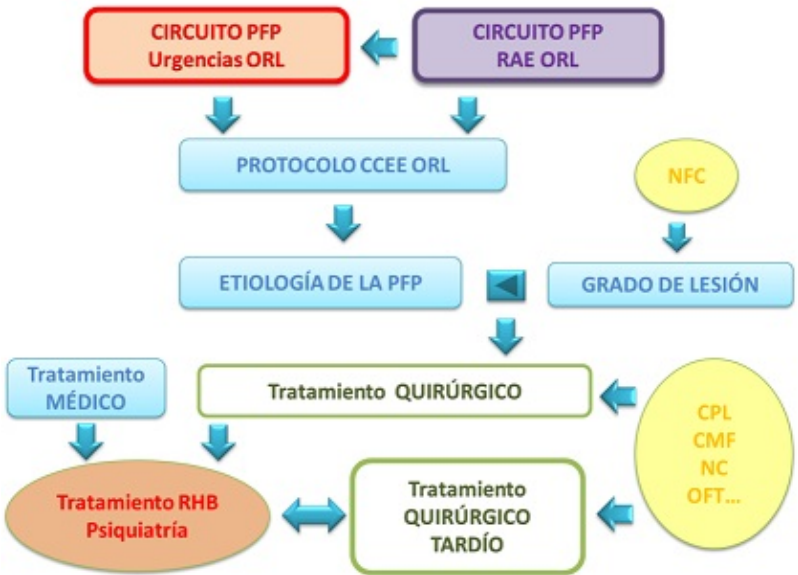
Nuestro hospital es uno de los principales centros de referencia para este tipo de patología.

La **Unidad y el Comité de Gestión de Casos para la PFP** de nuestro hospital la integran las diversas especialidades médicas que participan habitualmente en la gestión de esta patología con una visión transversal mediante la participación de expertos de diversos ámbitos tanto del diagnóstico como del tratamiento contribuyendo en la **mejora de la calidad asistencial y en la seguridad del paciente complejo en este campo** (Tabla 17).

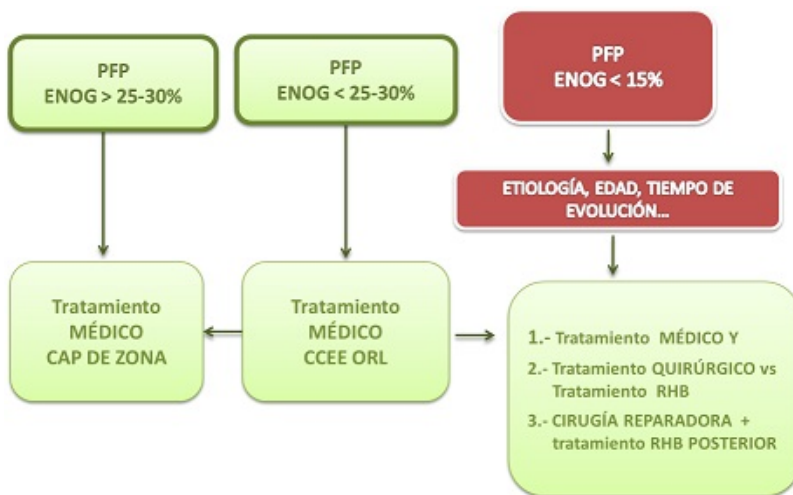
Servicios	Cartera de servicios
Otorrinolaringología	Diagnóstico y Tratamiento de la PFP idiopática, tratamiento quirúrgico por tumores, traumatismos, infecciones o etiología otológica y parotidea. Incluye las de edad pediátrica puesto que se dispone de equipo ORL en nuestro hospital Maternoinfantil.
Cirugía Maxilofacial	Diagnóstico y Tratamiento quirúrgico de la PFP secundaria a traumatismos faciales, por tumores parotídeos o laringínicos por cirugía parotídea o de la articulación temporomandibular.
Cirugía Plástica	Tratamiento quirúrgico de la minica facial.
Oftalmología	Tratamiento médico y quirúrgico de las complicaciones y secuelas oftalmológicas.
Neurocirugía	Diagnóstico y Tratamiento de la PFP por tumores de base de cráneo.
Neurofisiología clínica	Monitorización de la función del nervio facial intrapersonaria y diagnóstico y control evolutivo funcional del nervio facial.
Neuroradiología	Evaluación morfológica del nervio facial y de su patología.
Rehabilitación	Tratamiento rehabilitador de la PFP.

Tabla 17.- Unidad de tratamiento de la Parálisis Facial Periférica del HUVH

Nuestro servicio tiene un circuito de derivación de pacientes con PFP desde urgencias o desde el área primaria a las consultas externas para la atención especializada de estos pacientes (algoritmos 1 y 2).



Algoritmo 1.- Algoritmo de referencia y manejo de los pacientes con PFP que son visitados en el servicio de Otorrinolaringología. RAE = Reforma de la asistencia especializada. CCEE = consultas externas.



Algoritmo 2.- Manejo de los pacientes con PFP de nuestro servicio ORL según la Electroneuronografía (ENOG), CAP = Centro de Atención Primaria.

Resultados

Puntos clave

- La **parálisis facial periférica** se define como la debilidad (parcial o paresia) o parálisis (afectación completa) de la musculatura inervada por el nervio facial (VII par craneal) debida a lesiones en cualquier lugar de su recorrido desde el núcleo de origen a las estructuras que inerva.
- Es necesario **conocer bien la anatomía del nervio facial** para conocer la clínica y evitar iatrogenias quirúrgicas.
- Existen **muy diversas patologías** que ocasionan parálisis facial periférica, aunque la más frecuente es la parálisis de Bell, una parálisis aguda de etiología desconocida.
- Una **buena anamnesis y exploración** confirma el diagnóstico y la posible patología subyacente.
- La **evaluación de la movilidad de la musculatura facial** es la base de la exploración clínica de la parálisis facial periférica.
- Las **Unidades de Parálisis facial periférica** permiten ofrecer las mejores opciones de manejo y tratamiento a partir de un enfoque multidisciplinar.

Lecturas Recomendadas

- F. TOULGOAT Y COLS. Facial nerve: From anatomy to pathology. Diagnostic and Interventional Imaging (2013) 94, 1033—1042.
- C, AVENDAÑO. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y cuello. Tomo II. Otología. Cap. 72, 924-32.2ª Edición. Editorial Médica. Panamericana. 2007.