



FACULTADE DE MEDICINA
E ODONTOLOXÍA

Traballo de
fin de grao

Parálise facial periférica idiopática: revisión bibliográfica sistematizada do diagnóstico e tratamento.

Parálisis facial periférica idiopática: revisión bibliográfica sistematizada del diagnóstico y tratamiento.

Idiopathic peripheral facial nerve paralysis: a systematic literature review on diagnosis and treatment.

Autor: León Fernández Cameselle

Titora: Sofía M^a de la Soledad Santos Pérez

2º titor: Andrés Soto Varela

Departamento: Cirurxía e
Especialidades Médico-Cirúrxicas

Xuño 2021

Traballo de Fin de Grao presentado na Facultade de Medicina e Odontoloxía da Universidade de Santiago de Compostela para a obtención do Grao en Medicina

0. ÍNDICE

0. ÍNDICE	3
<i>LISTA DE TABLAS</i>	<i>4</i>
<i>LISTA DE FIGURAS.....</i>	<i>5</i>
<i>ABREVIATURAS.....</i>	<i>6</i>
1. RESUMEN.....	7
2. INTRODUCCIÓN	10
2.1. ANATOMÍA DEL NERVIO FACIAL	10
2.2 PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA	12
2.3 EPIDEMIOLOGÍA	14
2.4 CUADRO CLÍNICO	15
2.5 ACTITUD Y DIAGNÓSTICO.....	16
2.6 ESCALAS DE VALORACIÓN	17
2.7 TRATAMIENTO	20
3. OBJETIVOS.....	21
4. MATERIAL Y MÉTODOS	22
5. RESULTADOS	23
6. DISCUSIÓN	32
7. CONCLUSIONES.....	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Expresiones para la exploración funcional y ramas implicadas.

Tabla 2. Tabla de recogida de datos y conclusiones de los estudios incluidos.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Recorrido intracraneal y ramas del nervio facial.

Figura 2: Inervación motora facial, Parálisis facial central y Parálisis facial periférica.

Figura 3: Cierre incompleto del ojo (izquierda) y signo de Bell (derecha).

Figura 4: Escala House-Brackmann simplificada.

Figura 5: Escala de Sunnybrook.

Figura 6: Escala eFace.

Figura 7: Esquema selección de artículos.

ABREVIATURAS

CAE: Conducto Auditivo Externo

CAI: Conducto Auditivo Interno

EMG: Electromiografía

ENG: Electroneurografía

LLLT: Terapia láser con baja potencia

MFD: Descompresión de la Fosa Media

NNT: Número de pacientes que es necesario tratar

PB: Parálisis de Bell

TB: Tuberculosis

TMD: Descompresión Transmastoidea

VHS: Virus Herpes Simple

VVZ: Virus Varicela-Zóster

1. RESUMEN

Introducción: La parálisis facial idiopática es la causa más frecuente de parálisis facial periférica. De etiopatogenia aún desconocida, cursa con un cuadro agudo de instauración brusca y duración autolimitada con resolución completa al cabo de 3-4 meses en la mayoría de los casos.

Objetivo: El objetivo de este TFG es hacer una revisión sistemática de la literatura científica más reciente con la finalidad de establecer una serie de guías, recomendaciones y conclusiones respecto a la estrategia de diagnóstico y tratamiento de esta patología de acuerdo con la evidencia científica actual.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda sistemática en PubMed, en la cual 70 artículos cumplieron los criterios propuestos.

Resultados: De entre los artículos encontrados se seleccionaron 17 estudios comprendiendo meta-análisis y revisiones sistemáticas de distintas opciones terapéuticas en la parálisis de Bell, incluyendo fármacos, cirugía, terapia física, O₂ hiperbárico y acupuntura.

Conclusiones: Con la evidencia científica más reciente podemos recomendar el tratamiento farmacológico con corticoides por su beneficio en esta patología. A este se podrían asociar tratamiento con antivirales y ejercicios de rehabilitación, que podrían resultar beneficiosos. La cirugía no se recomienda inicialmente y es difícil que se pueda estudiar en el futuro su beneficio. Otras terapias físicas como el LLLT, así como el O₂ hiperbárico y la acupuntura requieren la realización de más estudios en el futuro, con una mejor metodología, para tener una mejor evidencia que confirme su posible beneficio.

RESUMO

Introdución: A parálise facial idiopática é a causa máis frecuente de parálise facial periférica. De etiopatoxenia aínda descoñecida, cursa cun cadro agudo de instauración brusca e duración autolimitada con resolución completa ao cabo de 3-4 meses na maioría dos casos.

Obxectivos: O obxectivo deste TFG é facer unha revisión sistemática da literatura científica máis recente co fin de establecer unha serie de guías, recomendacións e conclusións respecto á estratexia de diagnóstico e tratamento desta patoloxía de acordo coa evidencia científica actual.

Material e métodos: Realizouse unha búsqueda sistemática en PubMed na que 70 artigos cumpriron os criterios propostos.

Resultados: Entre os artigos atopados seleccionáronse 17 estudos comprendendo meta-análises e revisións sistemáticas de distintas opcións terapéuticas na parálise de Bell, incluíndo fármacos, ciruxía, terapia física, O₂ hiperbárico e acupuntura.

Conclusiones: Coa evidencia científica máis recente podemos recomendar o tratamento farmacolóxico con corticoides polo seu beneficio nesta patoloxía. A este poderíanse asociar tratamento con antivirais e exercicios de rehabilitación, que poderían resultar beneficiosos. A ciruxía non se recomenda inicialmente e é difícil que se poida estudar no futuro o seu beneficio. Outras terapias físicas como o LLLT, así como o O₂ hiperbárico e a acupuntura requiren a realización de máis estudos no futuro, cunha mellor metodoloxía, para ter una mellor evidencia que confirme o seu posible beneficio.

ABSTRACT

Introduction: Idiopathic facial palsy is the most common cause of peripheral facial palsy. Its etiopathogenesis is still unknown. It presents as an acute onset and self-limited condition with complete resolution after 3-4 months in most cases.

Objectives: The objective of this TFG is to conduct a systematic review of the most recent scientific literature in order to establish guidelines, recommendations and conclusions regarding the diagnosis and treatment strategy of this condition.

Material and methods: A PubMed search was conducted with 70 articles matching the inclusion criteria.

Results: Of those found articles, 17 were selected, including metaanalysis and sistematic reviews of the different therapeutic options, such as drugs, surgery, physical therapy, hyperbaric O₂ and acupuncture.

Conclusions: From the most recent scientific evidence, we can recommend drug therapy with corticosteroids based on its benefit in Bell's Palsy. In addition to corticosteroids, antivirals and rehabilitation exercises could be beneficial. Surgery is not initially recommended on this condition and further research seems unlikely to be performed. Other physical therapy such as LLLT, as well as hyperbaric O₂ and acupuncture need further studies, executed with better methodology, to reach a better evidence to confirm its possible benefit.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. ANATOMÍA DEL NERVIOS FACIAL

El nervio facial o VII par craneal, que comprende el nervio facial propiamente dicho y su nervio satélite llamado intermediario de Wrisberg, es un nervio mixto, cuya función principal es motora. Además, este par craneal tiene también funciones sensitivas, sensoriales y parasimpáticas, estas dos últimas correspondientes al nervio intermediario de Wrisberg.(1)(2)

Como explicábamos, la función predominante es la motora, ya que inerva la mayoría de los músculos de la mímica en la cara y el cuello, implicados en la expresión facial, y también el músculo estapedio o músculo del estribo. Posee además función sensorial, dado que es el nervio responsable de la sensación gustativa de los 2/3 anteriores de la lengua y del paladar. Tiene una pequeña función sensitiva, recogiendo la sensibilidad del área de Ramsay Hunt, que incluye el CAE, parte del tímpano, concha y piel del dorso de la oreja. La función parasimpática del VII par craneal comprende fibras que inervan las glándulas lagrimales y las glándulas salivales submaxilar y sublingual.(1)(2)

Cuando hablamos de la anatomía de este nervio podemos referirnos a dos recorridos, un recorrido intracraneal y otro recorrido extracraneal. El recorrido intracraneal consiste en una porción supranuclear, otra nuclear y otra infranuclear. Mientras tanto, el recorrido extracraneal es infranuclear.(3)

La porción supranuclear son fibras procedentes de la corteza cerebral, formando tractos directos y cruzados para la parte superior de la cara, y exclusivamente cruzados para la parte inferior de la misma. Este dato nos servirá de ayuda para diferenciar posteriormente entre una parálisis central, que se manifestaría como una parálisis contralateral de la parte inferior de la cara, y una periférica de este nervio, que se manifestaría como una parálisis ipsilateral de la mitad de la cara de la lesión.(3)

La porción nuclear del VII par craneal consiste en cuatro pares de núcleos, simétricos y bilaterales, relacionados cada uno de ellos con las distintas funciones del nervio. Estos núcleos se encuentran en la protuberancia del tronco del encéfalo y son: núcleo motor, núcleo parasimpático o salivar superior, núcleo solitario o sensorial gustativo y el núcleo espinal del nervio trigémino, que recibe las fibras sensitivas del nervio facial.(1)(3)(4)

En la porción infranuclear, las fibras procedentes de estos núcleos abandonan el ángulo pontocerebeloso y a continuación, el nervio facial y el intermediario de Wrisberg acompañan al nervio audiovestibular u VIII par craneal para introducirse en el CAI, donde ocupa el cuadrante antero-superior. Las fibras motoras se disponen cubriendo las fibras sensitivas.(1) Este recorrido dentro del hueso temporal, de 30 mm aproximadamente, es el mayor recorrido intraóseo de cualquier nervio craneal, lo que lo hace susceptible a la inflamación.(4)

En el peñasco o porción petrosa del hueso temporal, el nervio facial se introduce en el Acueducto de Falopio. A través de este canal óseo recorrerá todo el peñasco antes de salir por el agujero estilomastoideo y hacerse extracraneal.(3) Este recorrido podemos dividirlo en tres segmentos: un segmento laberíntico, un segmento timpánico y un segmento mastoideo.(1)

La primera porción o laberíntica, corresponde al recorrido del nervio desde el CAI al ganglio geniculado, que contiene los cuerpos celulares de las neuronas que forman el nervio cuerda del tímpano. El resto de fibras del nervio continúan su trayecto sin hacer sinapsis. A este nivel se emite una primera rama, el nervio petroso superficial mayor, con fibras parasimpáticas hacia el ganglio pterigopalatino, cuyas fibras postganglionares inervarán la glándula lagrimal.(1)(3)(4)(5)

La segunda porción o timpánica transcurre entre un primer codo a nivel del ganglio geniculado y un segundo que se forma antes de la región mastoidea. El nervio facial, que hace un recorrido muy próximo a la caja del tímpano por encima de la ventana oval e inferior al conducto semicircular horizontal, no emite ninguna rama en esta porción.(1)(3)

En la tercera porción o mastoidea, el nervio facial discurre verticalmente entre el tímpano y el CAE para salir del cráneo por el agujero estilomastoideo. A este nivel emite tres ramas: una rama motora para el músculo estapedio o del estribo, la cuerda del tímpano (emite fibras parasimpáticas para las glándulas salivares y recibe la sensibilidad gustativa de los 2/3 anteriores de la lengua), y finalmente una rama sensitiva para el área de Ramsay Hunt, que sale por el agujero estilomastoideo junto con la porción motora que se va a hacer extracraneal.(1)(3)(4)(5)

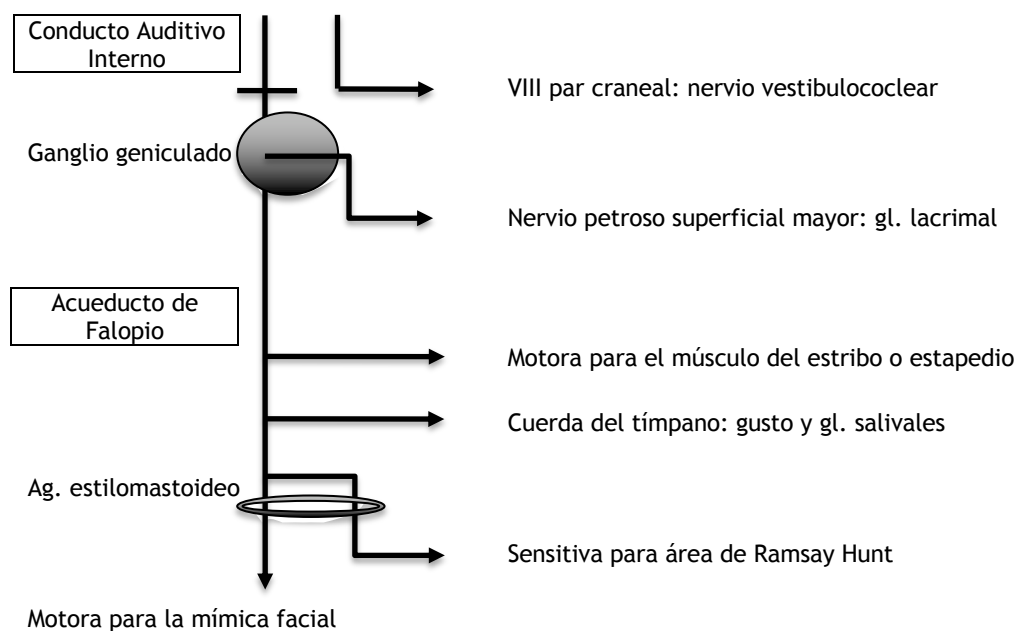


Figura 1: Recorrido intracraneal y ramas del nervio facial

Tras salir por el agujero estilomastoideo, el VII par craneal se hace extracraneal y emite ramas antes de la parótida: una auricular posterior, otra para el vientre posterior del músculo digástrico y otra para el músculo estilohioideo. Finalmente, en la parótida se divide en cinco ramas terminales que inervan los músculos de la cara y cuello, que son: temporal, cigomática, bucal, mandibular y cervical. (1)(3)(4)(5)

2.2 PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA IDIOPÁTICA

La parálisis facial es la alteración de la movilidad de los músculos de la cara como consecuencia de una lesión a nivel del nervio facial o VII par craneal. Cuando la consecuencia es una disminución parcial lo correcto sería denominarlo paresia, y en caso de ser completa, parálisis. Lo más común es que dicha afectación sea unilateral, aunque en algunos casos puede ser bilateral.(6)

Se distinguen en función de la topografía de la lesión dos cuadros clínicos. La parálisis facial central, por un lado, se presenta con debilidad en la mitad inferior de la cara y se produce por lesiones contralaterales a nivel supranuclear, previas a la llegada a los núcleos en la protuberancia.(3) La causa de estas lesiones puede ser vascular, tumoral, por desmielinización o infecciosa.(5)

La parálisis facial periférica, por otro, se debe a lesiones ipsilaterales a nivel nuclear o a nivel infranuclear, del nervio propiamente dicho, una vez las fibras se han organizado y abandonado el ángulo pontocerebeloso.(5) A diferencia de la parálisis central, en la que el paciente mantiene la movilidad de la porción superior de la cara, pudiendo cerrar el ojo y arrugar la frente,(3) en la parálisis periférica esta movilidad se pierde y aparecen signos como el signo de Bell (rotación supero-interna de la córnea cuando el paciente intenta cerrar el ojo) y el lagofthalmos.(6)

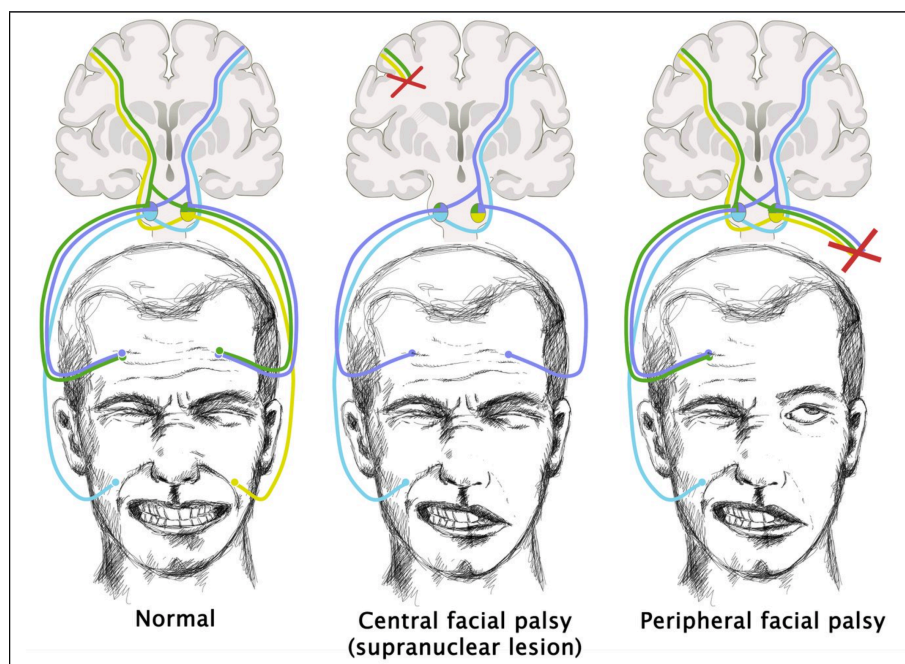


Figura 2: Inervación motora facial, Parálisis facial central y Parálisis facial periférica(7)

Dentro de la etiología de la parálisis facial periférica la afectación más frecuente es por las formas idiopáticas, y dentro de esta la Parálisis de Bell, descrita por Sir Charles Bell. La Parálisis de Bell representa alrededor del 60-75% de los casos unilaterales y un tercio de los bilaterales, una situación menos frecuente.(6)(8) La etiopatología de la PB sigue siendo desconocida, a pesar de que algunos autores sugieren que pueda tener relación con la reactivación del VHS o un proceso autoinmune contra la mielina a nivel periférico.(8) Estos procesos desencadenarían inflamación y edema a nivel del nervio facial, bloqueando su actividad.(2)

También encontramos una forma de parálisis facial periférica idiopática en el denominado síndrome de Melkersson-Rosenthal, constituido por la tríada de edema orofacial, lengua fisurada y parálisis facial idiopática, siendo esta de curso recurrente con recuperación espontánea. Esta causa de parálisis facial es rara.(5)(9)

Además, la parálisis facial periférica puede tener otras causas, como por ejemplo el síndrome de Ramsay-Hunt por VVZ, formas secundarias a infecciones (E. de Lyme o TB, por ejemplo), traumatismos (fracturas del hueso temporal o trauma obstétrico), iatrogenia (en cirugía de ángulo pontocerebeloso, parótida u oído) o neoplasias (por ejemplo el schwannoma del nervio facial). Además encontramos parálisis facial periférica de origen otógeno en patologías del área otorrinolaringológica como el colesteatoma, o en patologías neurológicas autoinmunes como el Síndrome de Guillain Barré, con frecuencia bilateral.(6)(8)

2.3 EPIDEMIOLOGÍA

La parálisis facial periférica idiopática es por tanto, la forma más frecuente de parálisis facial periférica, con una incidencia de 20-30 casos/100.000 habitantes.(6) Esta incidencia podría variar entre 11.5 y 53.3 casos/100.000 habitantes entre distintas poblaciones.(10) Además, parece que esta incidencia aumentaría con la edad, siendo menos frecuente en población pediátrica y más frecuente en población geriátrica.(11) Además, la PB en niño presenta tasas superiores de recuperación espontánea, teniendo un pronóstico más favorable que en el adulto.(6)

Los factores de riesgo conocidos para la PB son: gestación y puerperio, preeclampsia grave, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus y dolencias de las vías respiratorias superiores.(10) También la gripe, el resfriado común y el clima frío se podrían incluir entre los factores de riesgo anteriores.(5) Además, en los casos de parálisis de Bell relacionados con la gestación o el puerperio, habitualmente empeora el pronóstico.(6) Aunque la incidencia puede ser mayor en mujeres embarazadas por lo anteriormente comentado, la parálisis facial periférica idiopática se presenta por igual tanto en hombres como en mujeres.(12)

2.4 CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico característico consiste en la paresia o parálisis de un lado de la cara, aunque en casos menos frecuentes podría ser bilateral. Es un cuadro agudo de inicio brusco que en la mayoría de los casos alcanza su máxima gravedad en las primeras 72 horas.(10) Cuando se trata de una parálisis completa encontramos una expresión facial característica, con desviación de la boca hacia el lado sano y surco nasogeniano borrado en el lado lesionado.(6)

Al tratarse de una parálisis periférica se ve afectada la mitad superior de la cara, dificultando el cierre del ojo. Esta dificultad del cierre del ojo da lugar a ojo seco. Por otro lado, al intentar cerrar el párpado del lado lesionado, los pacientes pueden experimentar cómo el ojo se desvía hacia arriba y hacia dentro, este fenómeno se denomina signo de Bell. Además, el párpado inferior puede caer y evertir, dando lugar a un lagofthalmos, que impidiendo el drenaje correcto del ojo puede dar lugar a la epífora que presentan algunos pacientes.(2)(6)

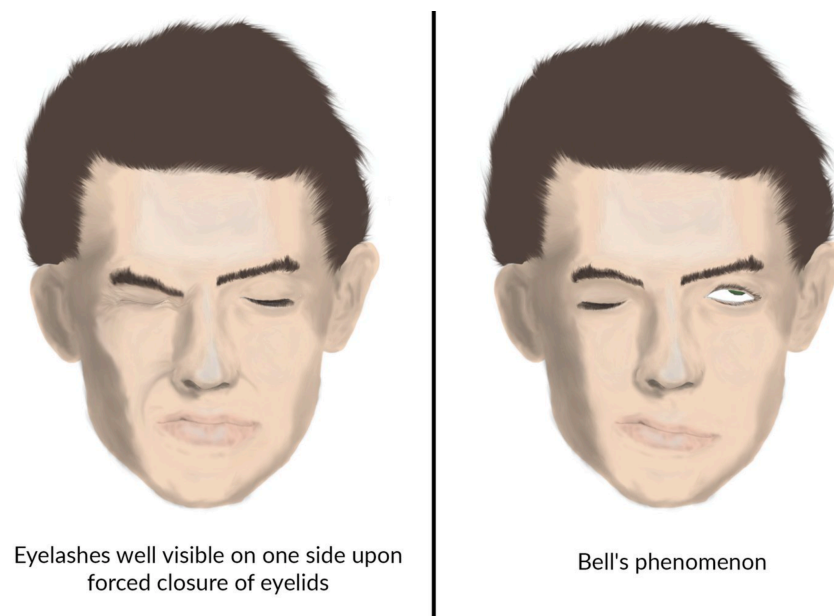


Figura 3: Cierre incompleto del ojo (izquierda) y signo de Bell (derecha)(7)

Además de la pérdida de fuerza de los músculos de la mímica y la sintomatología ocular, los pacientes pueden presentar otros síntomas como alteración o pérdida (disgeusia o hipogeusia) en el sentido del gusto, boca seca (xerostomía), hiperacusia o algiacusia, dolor retroauricular o en el área de Ramsay Hunt al inicio y sensación de presión en el oído o plenitud ótica.(2)(10)

La Parálisis de Bell se trata de un cuadro que tiende a resolverse de forma espontánea en el que la mayoría de los pacientes presentan mejoría en las 2-3 semanas posteriores al inicio del cuadro y recuperación completa en los 3-4 meses siguientes. En los 6 meses siguientes alrededor del 70% de los pacientes con parálisis recuperarían la función, mientras que en los pacientes con paresia asciende a más del 90%.(10) En casos de que el cuadro fuera de curso progresivo en vez de brusco, sin recuperación a los 4 meses y con empeoramiento de la clínica tras 3 semanas o tras una mejoría, se debería pensar en diagnósticos alternativos.(6)

2.5 ACTITUD Y DIAGNÓSTICO

La parálisis facial periférica idiopática, si bien es la causa más frecuente de parálisis facial periférica como comentábamos, se trata de un diagnóstico de exclusión. Como tal, cuando nos encontramos con un cuadro compatible es necesario descartar otras posibles causas.(10)

Ante un cuadro de parálisis facial es muy importante la anamnesis, interrogando sobre la forma de instauración y la existencia de episodios anteriores, así como preguntar sobre los síntomas acompañantes. Además, se recomienda indagar en la historia clínica del paciente y en el propio interrogatorio sobre posibles causas identificables de parálisis facial, como pueden ser infecciones, neoplasias, enfermedades neurológicas, cardiovasculares y alteraciones de la coagulación.(6)(10)

Se recomienda también la exploración física, que nos permitirá diferenciar entre la afectación central y periférica como se comentaba en apartados anteriores (2.1 y 2.2).(6)(10) Además, gracias a la exploración y a las diferentes escalas de valoración (apartado 2.6) podremos cuantificar el grado de lesión. Dentro de la exploración física se recomienda la palpación de la región parotídea así como la inspección del oído medio con otoscopio, en caso de encontrar patología a estos niveles debería orientarse el tratamiento hacia la solución de esos procesos. También es importante buscar vesículas en el CAE y en el pabellón auricular, que nos orientaría hacia un síndrome de Ramsay Hunt por VVZ.(6)

Respecto a las pruebas complementarias, no se recomienda la realización de pruebas de laboratorio o análisis de forma rutinaria en pacientes con una PB de reciente aparición.(10) Tampoco se recomienda realizar pruebas de imagen ante la sospecha de una parálisis de Bell de nueva aparición, sino en casos en los que sospechemos que pueda deberse a otra causa, como por ejemplo una neoplasia en el nervio facial.(6)(10) En lo que se refiere a las pruebas de electrodiagnóstico como la EMG o la ENG, en casos de paresia no se recomienda la realización de estos estudios neurofisiológicos. En cambio, en la parálisis completa sí se podría recomendar la realización de dichos estudios, dado que la ENG durante las dos primeras semanas presenta valor pronóstico y con la EMG después de 3 semanas de la instauración del cuadro podríamos valorar la existencia de lesión axonal.(6)(10)

2.6 ESCALAS DE VALORACIÓN

A la hora de estudiar la función del nervio facial en la PB se recomienda el uso de escalas, que con la mínima variabilidad interobservador, permitan hacer una valoración inicial de la función estática y dinámica de cada rama, de la presencia de sincinesias, y a medida que avanza el cuadro, registrar la evolución del cuadro en el tiempo o tras recibir tratamiento.(6)

Las principales escalas utilizadas son la escala de House-Brackmann(13), la escala de Sunnybrook(14) y la escala eFace(15), que se enseñan a continuación.(6)

Tabla 5 Escala de House-Brackmann simplificada

Reposo	Grado	Disfunción	Cierre ocular y función frontal
Normal	I	Normal	Cierre ocular completo Existe función frontal
	II	Leve	
	III ^a	Moderada	
	IV ^a	Moderada-grave	Cierre ocular incompleto No existe función frontal
ALTERADO	V	Grave	
	VI	Completa	

^a Pueden existir sincinesias.

Figura 4: Escala House-Brackmann simplificada(6)(13)

ESCALA DE SUNNYBROOK														
SIMETRÍA EN REPOSO			SIMETRÍA EN MOVIMIENTO						SINCINESIAS					
Comparada con el lado sano			Grado de excursión muscular comparado con el lado sano						Grado de contracción muscular involuntaria asociada a cada expresión					
			EXPRESIONES ESTÁNDAR	Sin movimiento	Inicio discreto de movimiento	Inicio movimiento, amplitud leve	Movimiento casi normal	Movimiento normal		No	Leve	Moderada no desfigurante	Severa desfigurante, contracción en masa	
Ojo (elegir solo una puntuación)	0	Normal												
	1	Abierto												
	1	Cerrado												
	1	Cirugía del párpado												
Pliegue nasogeniano			FRO	1	2	3	4	5	☐	0	1	2	3	☐
Normal	0		OCS	1	2	3	4	5	☐	0	1	2	3	☐
Ausente	2		ZYG / RIS	1	2	3	4	5	☐	0	1	2	3	☐
Menos pronunciado	1		LLA / LLS	1	2	3	4	5	☐	0	1	2	3	☐
Más pronunciado	1		OOS / OOI	1	2	3	4	5	☐	0	1	2	3	☐
Boca				Asimetría grave	Asimetría severa	Asimetría moderada	Asimetría leve	Simetría normal						
Normal	0													
Comisura caída	1													
Com. elevada/tracción	1													
TOTAL = ☐			TOTAL = ☐						TOTAL = ☐					
Puntuación de la simetría en reposo total x 5 = ☐			Puntuación del movimiento voluntario total x 4 = ☐						Puntuación de las sincinesias total x 4 = ☐					
PUNTUACIÓN FINAL														
Movimiento voluntario ☐ – Simetría reposo ☐ – Sincinesias = ☐														

Expresiones estándar: FhRO: arrugar la frente, OCS: cierre ocular fuerte, ZYG / RIS: abrir la boca y sonreír, LLA / LLS: arrugar la nariz, Gruñir, OOS / OOI: poner «morritos» /beso

Figura 5: Escala de Sunnybrook(6)(14)

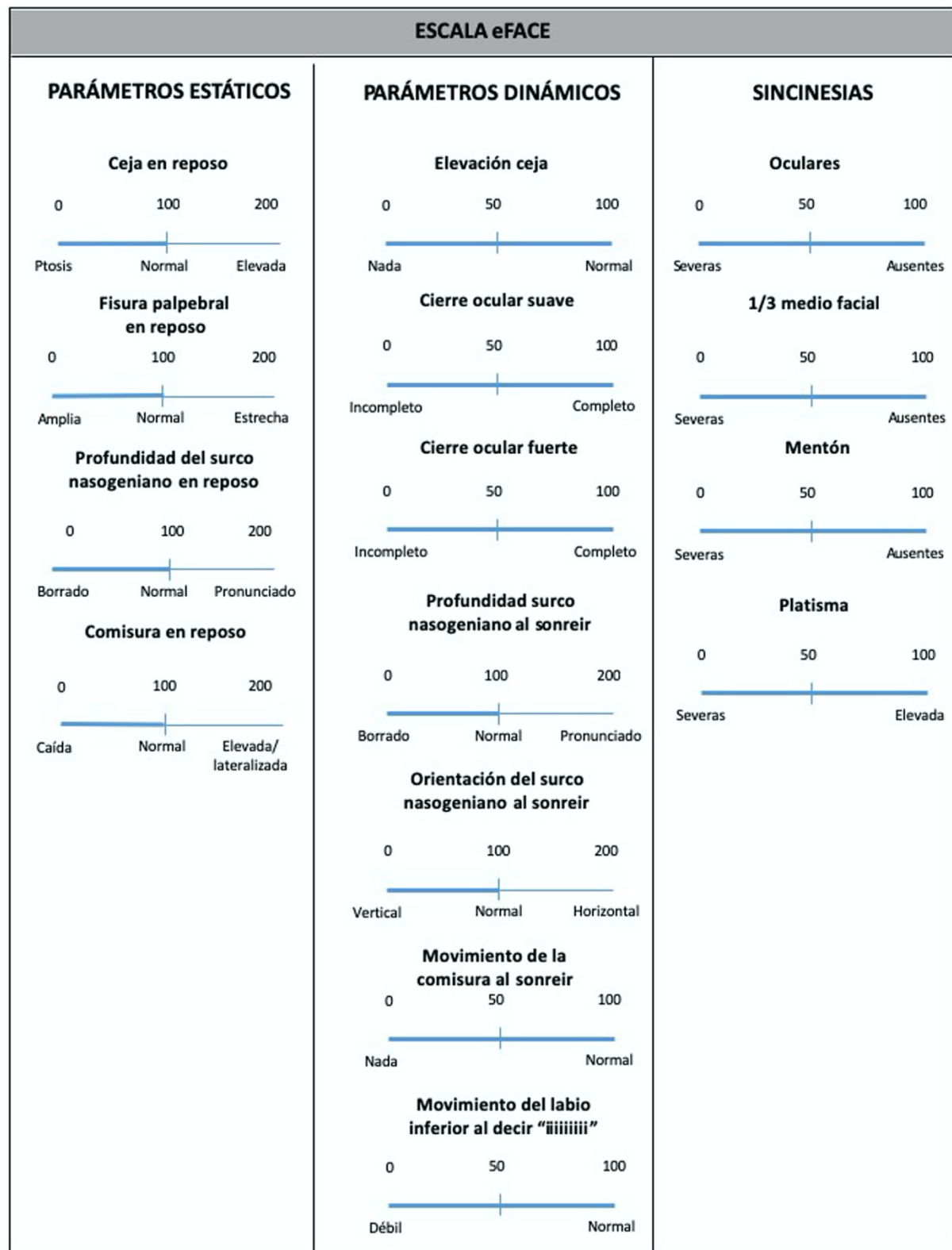


Figura 6: Escala eFace(6)(15)

Al margen del uso de escalas, se recomienda que la exploración sea lo más sistematizada posible, utilizando para ello las 10 expresiones estándar que se indican a continuación, además de sugerirse que se valore la movilidad espontánea, la sonrisa y el habla. Es de mucha utilidad para este fin el uso de fotografías o vídeos para documentar los hallazgos.(6)(16)

Expresión estándar	Rama del nervio facial implicada
1. Reposo	Todas
2. Elevación de cejas	Temporal
3. Cierre suave de ojos	Temporal
4. Cierre fuerte de ojos	Temporal
5. Nariz arrugada	Temporal, bucal
6. Sonrisa con boca cerrada	Cigomática, bucal
7. Sonrisa enseñando dientes	Cigomática, bucal, mandibular
8. Labios fruncidos	Bucal
9. Pronunciar la vocal "i" con dientes cerrados	Mandibular, cervical
10. Enseñar la base nasal	Bucal

Tabla 1. Expresiones para la exploración funcional y ramas implicadas(6)(16)

2.7 TRATAMIENTO

Desde el punto de vista del tratamiento, en primer lugar se recomienda implementar cuidados del ojo del lado de la lesión, tales como lágrimas artificiales y oclusión nocturna con parche.(6)(10) La valoración oftalmológica no siempre es necesaria habiendo instaurado estas medidas.(6)

Excluyendo los ya comentados cuidados del ojo, el tratamiento de la PB consiste fundamentalmente en el uso de antiinflamatorios esteroideos vía oral.(6)(10) Las pautas de tratamiento con corticoides recogidas por la SEORL CCC son por un lado prednisona 50mg durante 10 días o también, prednisolona 60mg durante 5 días seguido de otros 5 días de pauta descendente. Se recomienda asociar protección gástrica a este tratamiento.(6)

Respecto a los fármacos antivirales, su uso rutinario no se recomienda, si bien es cierto que podrían utilizarse combinados con corticoides, en monoterapia están contraindicados.(6)(10)

La cirugía, anteriormente utilizada en forma de descompresión quirúrgica del nervio, actualmente no está indicada ni recomendada salvo en casos de mala evolución en pacientes con parálisis facial periférica idiopática.(6)(10)

Tampoco existe recomendación favorable en lo que respecta al uso de la terapia física, bien mediante ejercicios o bien mediante estimulación, y no existen unos criterios bien delimitados de qué pacientes podrían beneficiarse de la rehabilitación, que podría recomendarse en pacientes en los que la probabilidad de quedar con secuelas sea alta.(6)(10)

Otras terapias como la acupuntura, no se recomiendan tampoco debido a un nivel de evidencia muy bajo en los estudios al respecto.(6)(10)

3. OBJETIVOS

La parálisis facial periférica idiopática es un cuadro agudo con una duración autolimitada en el que la mayoría de los pacientes alcanzan una recuperación completa al cabo de 3-4 meses. El diagnóstico es de exclusión y se plantean distintas posibilidades de tratamiento con el objetivo de que la recuperación sea precoz, con las menores secuelas y lo más completa posible.

De acuerdo con esto, el objetivo de este trabajo es realizar una revisión bibliográfica sistematizada valorando los siguientes aspectos:

- Conocer la existencia de novedades en el proceso diagnóstico y valorar la evidencia favorable y si puede existir una recomendación para su empleo rutinario.
- Conocer la existencia de alternativas terapéuticas, valorando su impacto en la rapidez y calidad de la recuperación, la calidad metodológica de los estudios realizados, la necesidad de realizar nuevas o mejores investigaciones y si puede existir una recomendación para la instauración de dicha opción terapéutica en el manejo de esta patología.

4. MATERIAL Y MÉTODOS

Para elaborar este Trabajo de Fin de Grado se llevó a cabo una revisión de la literatura médica disponible, empleando una búsqueda estructurada con el objetivo de encontrar y comparar la evidencia disponible en relación al abordaje diagnóstico y terapéutico de la Parálisis Facial Idiopática.

Se realizó la búsqueda en la base de datos Pubmed utilizando el tesauro MeSH "Bell Palsy" y el término "idiopathic facial palsy" junto con el operador lógico "OR". Se decidió que se incluirían ensayos clínicos, metaanálisis y revisiones sistemáticas, escritos en castellano o inglés y restringiendo la búsqueda a los últimos 10 años a fecha de 11 de marzo de 2021.

Dicha búsqueda resultó en 70 artículos, de entre los cuales se hizo una primera selección atendiendo al título y al abstract de los mismos. En este proceso se descartaron duplicados actualizados y aquellos con temas no relacionados con el objetivo de este TFG. Como resultado se obtuvieron 45 artículos.

De esta selección de 45 trabajos, tras una lectura atendiendo a las características de cada uno de los artículos, priorizando revisiones sistemáticas y metaanálisis de varios estudios sobre ensayos con pocos participantes, se extrajeron definitivamente 17 artículos para la realización de este TFG.

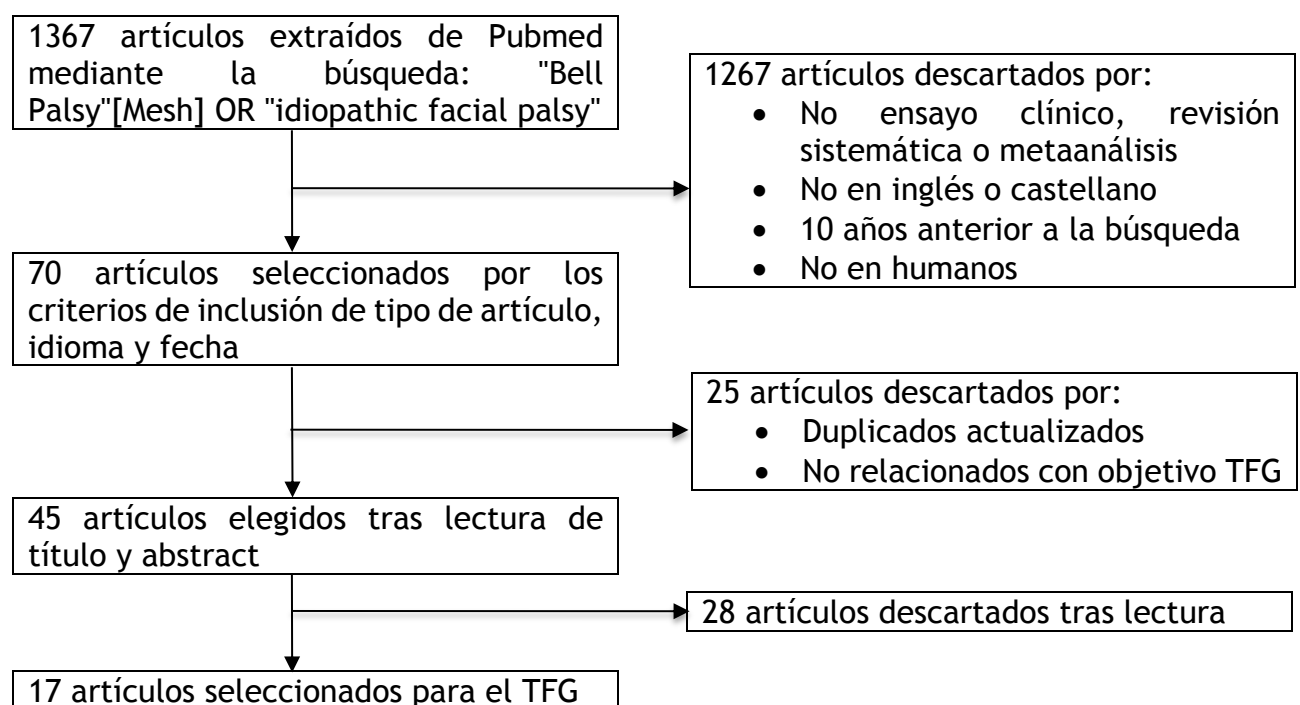


Figura 7: Esquema selección de artículos

5. RESULTADOS

Autores	Año de publicación	Tipo de estudio	Intervenciones estudiadas	Pacientes totales	Conclusiones
Burelo-Peregrino y cols.(17)	2020	Revisión sistemática	Terapia física: Electroterapia (coadyuvante a otros tratamientos).	244	Mejoría tanto en fase aguda como crónica, con respuesta positiva al tratamiento. No valoración de solo electroterapia.
Casazza y cols.(18)	2018	Meta-análisis	Cirugía de descompresión: TMD y MFD.	289	MFD muestra beneficio en primeros 14 días. TMD solo estudiado después de 15 días y no mejores resultados que tratamiento médico, no efecto beneficioso. No comparación entre técnicas.
Fu y cols.(19)	2018	Meta-análisis	Tratamiento médico: antivirales y corticoides, antivirales solo, corticoides solo.	4623	Antiviral y corticoides resulta superior a corticoides solo o antivirales solo. Entre antivirales y corticoides, pequeña diferencia favorable a corticoides. Las tres intervenciones se muestran superiores a placebo. No valoración ni comparación de seguridad entre distintos tratamientos.
Fujiwara y cols.(20)	2019	Meta-análisis	Tratamiento médico: dosis alta y dosis estándar de corticoides. En adultos.	907	Altas dosis de corticoides reducen la tasa de no recuperación comparado con una dosis estándar. No suficiente evidencia para determinar la dosis adecuada.
Gaygor y cols.(21)	2019	Meta-análisis	Tratamiento médico: antivirales.	2488	Combinación de corticoides y antivirales podría tener un efecto mínimamente superior a corticoides solo. Corticoides solo son más eficaces que antivirales solo. Antivirales solo no tienen un efecto beneficioso superior a placebo. No clara diferencia en efectos adversos entre

					corticoides, antivirales y placebo.
Holland y Bernstein(12)	2014	Revisión sistemática	Tratamiento médico: corticoides y antivirales, corticoides solo, antivirales solo, O₂ hiperbárico. Tratamiento físico: entrenamiento facial. En niños y adultos.		Corticoides y antivirales no presentan un beneficio suficientemente significativo respecto a corticoides solo. Corticoides solo mejora tasa de recuperación, proporción de pacientes con recuperación completa y reduce secuelas. Antivirales solo no es mejor que placebo en mejoría de la función y reducción del riesgo de secuelas. O₂ hiperbárico podría disminuir el tiempo de recuperación y mejorar la proporción de pacientes con recuperación completa comparado con corticoides. Evidencia débil y solo procedente de un ensayo clínico. Entrenamiento facial podría mejorar la recuperación de la función motora y reducir el riesgo de sincinesia. Evidencia muy débil.
Holland y cols.(22)	2012	Revisión sistemática	O ₂ hiperbárico.	0	No se encontraron estudios que cumplieran los criterios de selección de la revisión. En un ensayo clínico se encontró muy baja evidencia favorable al O₂ hiperbárico comparado con corticoides. Excluido por insuficiente enmascaramiento, no triple ciego.
Javaherian y cols.(23)	2020	Revisión sistemática	Terapia física: Terapia láser con baja potencia (LLLT).	171	Baja evidencia que podría sugerir un efecto beneficioso de LLLT en pacientes con menos de una semana de instauración del cuadro. Dos estudios reportan beneficio y otros dos no.
Kim y cols.(24)	2012	Meta-análisis	Acupuntura con y sin tratamiento médico.	1043	La acupuntura podría tener un beneficio tanto sola como junto a tratamiento médico convencional pero la evidencia es limitada. Alto riesgo de sesgos. Todos los ensayos fueron realizados en China. Falta enmascaramiento. Baja calidad metodológica de los estudios.

Li y cols.(25)	2015	Meta-análisis	Acupuntura. En niños y adultos.	1541	Se observa asociación entre el tratamiento con acupuntura y una mejor tasa de recuperación, pero hay alta heterogeneidad entre estudios. Alto riesgo de sesgos. Todos los ensayos seleccionados fueron realizados en China. No enmascaramiento. Baja calidad metodológica.
Madhok y cols.(26)	2016	Meta-análisis	Tratamiento médico: corticoides.	895	El tratamiento con corticoides muestra un beneficio significativo en los ensayos clínicos con evidencia moderada-alta. Menor proporción de recuperación incompleta tras 6 meses, similar proporción de secuelas que en placebo, reducción significativa en sincinesias y no diferencia significativa en efectos adversos comparado con placebo.
Menchetti y cols.(27)	2021	Revisión sistemática	Cirugía.	65	Existe muy poca evidencia a través de ensayos clínicos para discernir si la cirugía es dañina o beneficiosa. No evidencia significativa de diferencia entre cirugía precoz y tardía. Tampoco entre cirugía precoz y tratamiento médico. No parece probable que se realicen más investigaciones sobre este tema.
Pereira y cols.(28)	2011	Revisión sistemática No suficiente data para Meta-análisis	Terapia física: ejercicios faciales.	197	Los ejercicios de mímica facial podrían mejorar la recuperación de la funcionalidad motora. Limitaciones respecto a evaluación y descripción de resultados en los estudios. No enmascaramiento ni análisis por intención de tratar aumenta el riesgo de sesgos en los estudios analizados.
Pitaro y cols.(11)	2012	Revisión sistemática	Tratamiento médico: corticoides. En niños.	197	Falta de evidencia con respecto a si en términos de recuperación completa los niños se benefician del tratamiento con corticoides. Alta variabilidad en la evaluación, tratamiento y seguimiento entre los distintos estudios.

Teixeira cols.(29)	y	2011	Revisión sistemática con meta-análisis en los resultados que era posible	Terapia física: estimulación eléctrica, ejercicios, combinación con acupuntura.	872	No hay suficiente calidad de evidencia para discernir si la terapia física es beneficiosa o dañina. Hay baja calidad de evidencia de que los ejercicios de rehabilitación facial personalizados podrían mejorar la función facial en parálisis moderadas y casos crónicos, así como reducir el tiempo de recuperación y las secuelas en casos agudos. Los ensayos clínicos con terapias físicas deberían adecuar tamaño, protocolos, enmascaramiento y valoración de resultados para mejorar la calidad de la evidencia que aportan.
Turgeon cols.(30)	y	2015	Meta-análisis	Tratamiento médico: antivirales.	2419	Los agentes antivirales no parecen mejorar significativamente la proporción de pacientes que consiguen una respuesta completa, independientemente de la gravedad del cuadro. En algunos de los estudios favorables, no suficiente enmascaramiento o no se reporta información suficiente para hacer análisis por intención de tratar.
Zhang cols.(31)	y	2019	Meta-análisis	Acupuntura en comparación con tratamiento médico.	1258	La acupuntura tiene resultados significativamente mejores que el tratamiento médico tanto en tasa de curación como de eficacia. Gran heterogeneidad entre estudios, defectos metodológicos y alto riesgo de sesgos. No suficiente evidencia para demostrar la seguridad del tratamiento.

Tabla 2. Tabla de recogida de datos de los estudios incluidos

En primer lugar, respecto al hallazgo de novedades en el manejo diagnóstico de la parálisis facial periférica idiopática, el primero de los objetivos de este trabajo, no se encontraron artículos referidos al mismo en la búsqueda con los criterios de esta revisión sistemática.

Acerca del segundo objetivo del trabajo, buscar y analizar las distintas alternativas terapéuticas estudiadas para la PB, se encontraron 17 artículos, cuya información relevante se ha sintetizado en la Tabla 2 y se desarrollará a continuación.

Burelo-Peregrino y cols.(17) publican una revisión sistemática sobre la electroterapia en la PB que analiza siete estudios, los cuales suman 244 pacientes. En dichos estudios, cada uno con una metodología diferente, se analizaba la electroterapia combinada con otro tipo de tratamientos físicos como paños de agua caliente, masajes y reeducación muscular, obteniendo una respuesta positiva tanto en la fase aguda como en la crónica. Los autores sugieren que con estos hallazgos se podría recomendar la realización de futuros estudios de características y metodología homogéneas para dilucidar el efecto de este tratamiento en la PB.

Casazza y cols.(18) realizan un meta-análisis en la que analizan el papel de dos tipos de cirugía de descompresión, por un lado la descompresión de la fosa media (MFD) y por otro lado, la descompresión transmastoides (TMD). En la revisión se incluyen un total de siete estudios, de los cuales dos reportan los resultados de la MFD y cinco de la TMD, sin ningún estudio que comparara directamente ambas técnicas. Con un total de 289 pacientes, los autores concluyen que los resultados de la MFD realizada en los primeros 14 días son significativamente superiores a los obtenidos a partir de este punto de corte ($p < 0.001$), no hay diferencia entre la TMD y el tratamiento médico ($p = 0.78$) y tampoco existe una diferencia significativa cuando se comparan ambos tratamientos quirúrgicos con el tratamiento médico ($p = 0.56$). Los autores concluyen que podría existir beneficio en la recuperación de la función facial en pacientes con un mal pronóstico con parálisis completa y más de un 90% de degeneración, al realizárseles MFD en la porción laberíntica en los primeros 14 días desde el inicio del cuadro. Por otro lado, se sugiere que los futuros estudios, de hacerse, deberían fijar claramente qué segmentos se descomprimen y en qué momento desde la instauración del cuadro.

Fu y cols.(19) publican un meta-análisis que compara la eficacia de los distintos tratamientos médicos en la PB. Seleccionan 23 artículos para un total de 4623 pacientes y comparan los resultados midiendo la recuperación de los pacientes. Utilizan el análisis SUCRA para jerarquizar la eficacia de los tratamientos que se comparan, de mayor a menor eficacia, con los siguientes valores en dicho análisis: corticoides con antivirales (0.96), corticoides solo (0.54), antivirales (0.36) y placebo (0.13). Los tres tratamientos se muestran superiores a placebo, siendo la combinación de ambos superior a cualquiera de los dos por separado en este estudio, y los corticoides ligeramente superiores a los antivirales. El estudio no analiza otros aspectos como la seguridad de cada uno de estos tratamientos.

Fujiwara y cols.(20) presentan un meta-análisis de 8 estudios, comprendiendo 907 pacientes, en el que comparan la eficacia y la seguridad del tratamiento con corticoides a altas dosis (100mg o más de prednisolona al inicio) con un tratamiento de corticoides a dosis estándar (dosis inicial de prednisolona de 50-60mg). El resultado de dicho análisis señala que el tratamiento con altas dosis de corticoides se asocia con una disminución de la tasa de no recuperación a los 6 meses de la instauración del cuadro respecto al tratamiento con dosis estándar (OR 0.42, IC95% 0.22-0.80). No se observan efectos adversos en ambas modalidades de tratamiento. Los autores comentan la variabilidad entre las distintas pautas de corticoides a dosis altas y sugieren la realización de futuros estudios para encontrar una posología adecuada.

Gaygor y cols.(21) realizan un meta-análisis de 14 estudios, incluyendo 2488 pacientes, para evaluar la eficacia y la seguridad del tratamiento antiviral en la PB, tanto en monoterapia como en combinación con otras terapias. Los resultados fueron medidos en base a la recuperación incompleta, la presentación de secuelas como sincinesias o lágrimas de cocodrilo, y los efectos adversos de cada uno de los tratamientos. La combinación de corticoides y antivirales podría tener un efecto mínimamente superior o ningún efecto respecto a corticoides solo en la disminución de recuperaciones incompletas (RR 0.81, IC95% 0.38-1.74) y es

significativamente mejor que placebo (RR 0.56, IC95% 0.42-0.76). Los corticoides en monoterapia presentaron mejores tasas de recuperación que antivirales solo, con resultados no significativos (RR 2.69, IC95% 0.73-10.01) y antivirales en monoterapia no parecen tener un efecto beneficioso superior a placebo (RR 1.10, IC95% 0.87-1.40). Los corticoides con antivirales presentaron una disminución en las secuelas en comparación con corticoides con placebo (RR 0.56, IC 0.36-0.87). En los estudios que analizaban los efectos adversos del tratamiento no hubo diferencias significativas en los mismos entre el grupo experimental y el grupo control. Los autores concluyen con esto que la combinación de corticoides y antivirales no presenta un claro beneficio en las tasas de recuperación en comparación con corticoides en monoterapia, pero sí en la disminución de las secuelas.

Holland y Bernstein(12) presentan una revisión sistemática de 13 artículos acerca de la eficacia de distintos tratamientos en la PB, analizando corticoides y antivirales, corticoides en monoterapia, antivirales en monoterapia, O₂ hiperbárico y entrenamiento facial, tanto en niños como adultos. Los autores analizan la eficacia y seguridad de los distintos tratamientos y realizan una evaluación GRADE de la evidencia para las distintas intervenciones. Las conclusiones de esta revisión son las siguientes:

- Respecto a la combinación de corticoides y antivirales no encuentran un beneficio suficientemente significativo respecto a corticoides solo.
- Los corticoides en monoterapia mejoran la tasa de recuperación, la proporción de pacientes con recuperación completa y reducen las secuelas de la PB. El tratamiento parece ser más efectivo al instaurarse en las primeras 72 horas y los efectos adversos son más frecuentes a partir de siete días de tratamiento.
- La opción de antivirales en monoterapia no es superior a placebo en la mejoría de la función ni en la reducción del riesgo de secuelas como sincinesias o lágrimas de cocodrilo, y además es menos eficaz que el tratamiento con corticoides en la recuperación de la función.
- El O₂ hiperbárico, de acuerdo a la evidencia débil procedente de un solo ensayo clínico, podría disminuir el tiempo de recuperación y mejorar la proporción de pacientes con recuperación completa en comparación con corticoides.
- El entrenamiento facial podría mejorar la recuperación de la función motora en las escalas de recuperación y reducir el riesgo de sincinesia, no obstante la evidencia es demasiado débil como para sacar conclusiones firmes.

Holland y cols.(22) pretenden analizar en una revisión sistemática la eficacia del tratamiento con O₂ hiperbárico en la PB. No encuentran ningún ensayo clínico que cumpla los criterios de inclusión establecidos en la revisión sistemática. A pesar de lo anterior, comentan y valoran un ensayo clínico con 79 participantes, que a pesar de ser excluido por insuficiente enmascaramiento al no tener triple ciego, presenta en el grupo experimental tratado con O₂ y placebo una mejor recuperación de la función facial que los pacientes tratados con prednisona y placebo de O₂ (fueron introducidos en la cámara con una presión normal) (RR 1.26, IC95% 1.04-1.53). Concluyen que se necesita realizar más ensayos clínicos sobre esta opción terapéutica.

Javaherian y cols.(23) analizan en una revisión sistemática la eficacia de la terapia láser con baja potencia (LLLT). Cuatro estudios incluyendo 171 pacientes cumplen los criterios de inclusión para la revisión que plantean, en la que todos los pacientes presentan un cuadro de menos de una semana desde la instauración. Tanto los pacientes del brazo experimental como del brazo control de los estudios presentan mejoría durante los ensayos. En dos de los estudios

analizados en la revisión, los autores concluyen beneficios favorables a la LLLT (830nm, 100mW) tras seis semanas de tratamiento, mientras que en otros dos estudios no encuentran dicha eficacia después de cuatro semanas y 15 días con 670nm y 830nm de longitud de onda, respectivamente. No se reportan efectos adversos del tratamiento. Los autores concluyen que la aplicación de LLLT con una longitud de onda de 830nm, con 80J totales por sesión durante 6 semanas puede producir mejoría en pacientes con PB en la primera semana del proceso, pese a que la heterogeneidad y falta de estudios no les permite realizar un meta-análisis.

Kim y cols.(24) elaboran un meta-análisis para evaluar la eficacia de la acupuntura en el tratamiento de la PB. Solo ocho estudios cumplieron los criterios de inclusión, con un total de 1043 pacientes. Cuatro de los estudios comparan la acupuntura con el tratamiento médico, con mejoría significativa en el grupo de acupuntura (RR 1.07, IC95% 1.02-1.13) y seis de los mismos comparan la acupuntura junto con tratamiento médico en comparación con exclusivamente tratamiento médico. La acupuntura podría tener un beneficio tanto sola como asociada tratamiento médico convencional pero la evidencia es limitada, tanto por la cantidad como por la calidad de los estudios, de los que los autores refieren un alto riesgo de sesgos, falta de enmascaramiento. Los autores también sugieren la existencia de un sesgo de publicación, dado que la mayoría de los ensayos con resultados beneficiosos fueron realizados en China, país donde comentan que aparentemente no se publican estudios con resultados negativos acerca del tratamiento con acupuntura.

Li y cols.(25) presentan un meta-análisis para analizar la eficacia de la acupuntura tanto en adultos como en niños, con 14 estudios que abarcan 1541 pacientes. Se observa asociación entre el tratamiento con acupuntura y una mejor tasa de recuperación (RR 1.14, IC95% 1.04-1.25) pero con una alta heterogeneidad entre estudios ($I^2 = 87\%$). Al evaluar la calidad metodológica de los estudios, los autores encontraron alto riesgo de sesgos, además de no presentar enmascaramiento. No pudieron analizar la incidencia de efectos adversos o complicaciones con este tratamiento. Los autores concluyen que la acupuntura podría ser un tratamiento eficaz para la PB pero la evidencia, dada la heterogeneidad y calidad metodológica de los estudios, es limitada. Los autores comentan también que todos los ensayos seleccionados fueron realizados en China. Recomiendan mejorar el diseño experimental, que la asignación al azar y el enmascaramiento deberían realizarse estrictamente y que los estudios también deberían centrarse en la seguridad.

Madhok y cols.(26), en un meta-análisis, pretenden determinar la eficacia y la seguridad del tratamiento con corticoides en la PB, comparando dicho tratamiento con un grupo control que no recibe terapia o recibe placebo. En el artículo se incluyen siete estudios con un total de 895 pacientes. Los corticoides presentaron una disminución significativa del riesgo de presentar una recuperación incompleta a los seis meses de la aleatorización en grupos, en comparación con el grupo control (RR 0.63, IC95% 0.50-0.80) y un NNT de 10 (IC95% 6-10). La reducción de las secuelas fue similar en el grupo experimental y el grupo control (RR 0.96, IC95% 0.40-2.29). En el seguimiento de los pacientes se encontró una reducción en las sincinesias motoras en los pacientes tratados con corticoides (RR 0.64, IC95% 0.45-0.91). La diferencia en la tasa de efectos adversos entre pacientes tratados y los que recibieron placebo no fue significativa (RR 1.04, IC95% 0.71-1.51). Los autores concluyen que existe un beneficio significativo al tratar la PB con esta opción terapéutica.

Menchetti y cols.(27) elaboran una revisión sistemática con la finalidad de evaluar las intervenciones quirúrgicas en el manejo temprano de la parálisis de Bell. Dos estudios con un total de 65 participantes que aceptaron la intervención que les fue asignada (en un estudio fue

rechazada por un participante y en otro estudio fue rechazada por 12) cumplieron los criterios de inclusión en este trabajo. En ambos estudios se optó por un abordaje retroauricular/transmastoideo para la descompresión del nervio. La calidad metodológica y el alto riesgo de sesgos de los estudios hace que los autores planteen que existe muy poca evidencia a través de ensayos clínicos para discernir si la cirugía es dañina o beneficiosa. Además, no encontraron evidencia significativa de diferencias entre la realización precoz y tardía de la cirugía, y tampoco entre la cirugía precoz y el tratamiento médico. Los autores comentan que dado que se trata de un cuadro que se resuelve espontáneamente y con buenos resultados del tratamiento médico establecido, parece poco probable que se realicen más investigaciones sobre este tema.

Pereira y cols.(28) analizan la terapia física con ejercicios faciales (con y sin biofeedback con espejo) en una revisión sistemática, por insuficientes datos para elaborar un meta-análisis, en un estudio en el que incluyen seis publicaciones que cumplen los criterios de inclusión, para un total de 197 pacientes. Los autores sugieren que los ejercicios de mímica facial podrían mejorar la recuperación de la funcionalidad motora, pero que dicha conclusión encuentra limitaciones por la evaluación y descripción de resultados en los estudios. Comentan también la ausencia de enmascaramiento y de análisis por intención de tratar, que aumenta el riesgo de sesgos en los estudios analizados. Sugieren que podría recomendarse la realización de un programa de ejercicios de los músculos de la mímica con ayuda de las manos frente a un espejo.

Pitaro y cols.(11) intentan evaluar si los niños, cuya tasa de recuperación en la parálisis de Bell es superior a los adultos, se benefician del tratamiento con corticoides, realizando para ello una revisión sistemática en la que se incluyen finalmente 197 pacientes en seis artículos, cuatro exclusivamente con pacientes afectados de parálisis de Bell y dos estudios en los que se analizaban también otras causas. Los autores comentan que no existe evidencia científica suficiente para concluir si en términos de recuperación completa los niños se benefician del tratamiento con corticoides. Además de que existen escasos estudios realizados exclusivamente sobre población pediátrica, dichos ensayos presentan una alta variabilidad en la forma de evaluación, tipo de corticoide y dosis utilizada en el tratamiento y plan de seguimiento.

Teixeira y cols.(29) analizan en una revisión sistemática con metaanálisis de aquellos estudios en los que los resultados lo permiten la eficacia de las diferentes terapias físicas en la PB. Dicha revisión sistemática comprende un total de 12 artículos con 872 participantes, de entre los cuales cuatro (n=313) estudian la estimulación eléctrica, tres (n=199) estudian ejercicios y los otros cinco (n=360) comparan o combinan la terapia física con la acupuntura. Ninguno de los artículos incluía los efectos adversos entre los resultados a valorar por el estudio. Los autores de esta revisión concluyen que con los estudios analizados no hay suficiente calidad de evidencia para discernir si la terapia física es beneficiosa o dañina. Encuentran baja calidad de evidencia con respecto a que los ejercicios de rehabilitación facial personalizados podrían mejorar la función facial en parálisis moderadas y casos que cronifican, así como reducir el tiempo de recuperación y las secuelas en casos agudos. Por otro lado, los autores sugieren que futuros ensayos clínicos con terapias físicas deberían adecuar y estandarizar tamaño, protocolos, enmascaramiento y valoración de resultados para mejorar la calidad de la evidencia que aportan.

Turgeon y cols.(30) elaboran un meta-análisis con la finalidad de analizar la eficacia de los antivirales en función de la gravedad del cuadro. En el estudio incluyen 10 artículos para un total de 2419 pacientes, 807 de los cuales con un cuadro grave en la instauración del mismo. La recuperación completa no fue significativamente mayor en pacientes tratados con antivirales

en comparación con los no tratados con dichos fármacos en seis ensayos (RR 1.06, IC95% 0.97-1.16). En contraposición, la recuperación satisfactoria en nueve ensayos sí que presentó una diferencia significativa favorable a los agentes antivirales (RR 1.10, IC95% 1.02-1.18), pero este resultado debe ser considerado en el contexto de los distintos sesgos en la evaluación de los resultados. Los autores concluyen que los agentes antivirales no parecen mejorar significativamente la proporción de pacientes que consiguen una respuesta completa, independientemente de la gravedad del cuadro. Los autores comentan que algunos de los estudios favorables no presentan suficiente enmascaramiento o no se reporta información suficiente como para hacer análisis por intención de tratar, lo que sugiere que puedan haber sesgado los resultados a favor de los fármacos antivirales.

Zhang y cols.(31) analizan en un meta-análisis la eficacia de la acupuntura en la parálisis de Bell en comparación con el tratamiento con fármacos. En el estudio se incluyen 11 ensayos clínicos para un total de 1258 pacientes. De acuerdo a este meta-análisis, el tratamiento con acupuntura se asocia a un incremento significativo en la tasa de recuperación (RR 1.77, IC95% 1.41-2.21) con heterogeneidad significativa en los resultados ($I^2=67\%$). También se encuentra una diferencia significativa a favor de la acupuntura en comparación con el tratamiento farmacológico (RR 1.18, IC95% 1.07-1.31) con considerable heterogeneidad ($I^2=90\%$). Los autores comentan que a pesar de que en este meta-análisis la acupuntura tiene resultados significativamente mejores que el tratamiento médico tanto en tasa de curación como de eficacia, dichos resultados deben interpretarse con cautela por la gran heterogeneidad entre estudios, defectos metodológicos y alto riesgo de sesgos. En el estudio no se encontró suficiente evidencia para demostrar la seguridad del tratamiento. Los autores recomiendan la realización de ensayos clínicos con mayor número de participantes y mejor calidad metodológica, realizando la asignación al azar y el enmascaramiento de forma más estricta.

6. DISCUSIÓN

En primer lugar, respecto al primer objetivo de este trabajo, conocer la existencia de novedades en el proceso diagnóstico y valorar la evidencia favorable y si puede existir una recomendación para su empleo rutinario, al no haber encontrado ningún artículo al respecto en esta revisión sistemática no se va a discutir dicho tema sino reafirmar las recomendaciones de las guías de práctica clínica consultadas para la introducción del trabajo, Lassaletta y cols.(6) y Baugh y cols.(10)

En segundo lugar, dados los resultados de la búsqueda y la selección de artículos, conocer y evaluar la evidencia científica detrás de las distintas opciones terapéuticas que se han estudiado para la parálisis de Bell pasa a ser el tema central de este trabajo de fin de grado. Con este objetivo, la información obtenida a partir de los artículos seleccionados se discutirá a continuación organizada por temas.

Dentro del tratamiento farmacológico encontramos principalmente las siguientes opciones: corticoides en monoterapia, antivirales en monoterapia y corticoides en combinación con antivirales. Además, el O₂ hiperbárico puede ser considerado un fármaco.

Los corticoides en monoterapia de acuerdo a las guías(6)(10) es el principal tratamiento de la parálisis de Bell, estando recomendada la instauración de una pauta de 10 días asociada a protección gástrica. De acuerdo con Madhok y cols.(26) los corticoides disminuyen la proporción de recuperación incompleta tras 6 meses, reducen significativamente las sincinesias que presentan los pacientes y no presentan más efectos adversos que placebo en el tratamiento de la PB. Holland y Bernstein(12) concluyen que el tratamiento con corticoides en monoterapia mejora la tasa de recuperación, la proporción de pacientes que se recuperan con recuperación completa y reduce las secuelas en los pacientes con esta patología. Fu y cols.(19) afirman que este tratamiento es superior a placebo y la comparación entre corticoides y antivirales es favorable a los corticoides. De acuerdo con esto podemos afirmar que los corticoides son una terapia segura y beneficiosa en la parálisis de Bell y parece razonable que constituya la piedra angular del tratamiento de dicha patología.

En cuanto a la elección de la dosis, Fujiwara y cols.(20) concluyen que las altas dosis de antiinflamatorios esteroideos reduce las tasas de no recuperación. En relación a esto podría resultar interesante la realización de estudios en el futuro con el objetivo de encontrar la dosis óptima.

Por otro lado, en relación al tratamiento con corticoides en niños, dado que la parálisis de Bell es una patología que se resuelve espontáneamente y de acuerdo con Pitaro y cols.(11) en que en términos de recuperación completa no está claro si los niños se benefician de este tratamiento, parece necesaria la realización de estudios futuros en población pediátrica estudiando la eficacia y la relación beneficio-riesgo del tratamiento con corticoides en dicha población. Por lo pronto, la evidencia disponible no parece suficiente como para recomendar sistemáticamente dicho tratamiento.

Respecto al tratamiento antiviral, las guías(6)(10) no recomiendan el tratamiento antiviral en monoterapia y comentan que podría valorarse su asociación a corticoides. En relación a esto, Turgeon y cols.(30) concluyen en su meta-análisis que los agentes antivirales no parecen mejorar significativamente la proporción de pacientes que consiguen una respuesta completa,

independientemente de la gravedad del cuadro. Gaygor y cols.(21) exponen que los antivirales en monoterapia no poseen un efecto beneficioso superior al placebo y no encuentran diferencia en cuanto a efectos adversos entre antivirales y placebo. Fu y cols.(19) en su meta-análisis concluyen que los antivirales podrían ser superiores a placebo, sin analizar la seguridad de los distintos tratamientos. De acuerdo a esta información, no parece que los antivirales tengan un claro efecto beneficioso y por tanto deban ser indicados en monoterapia como tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática.

Al respecto de la combinación de los dos tratamientos comentados anteriormente, en los artículos estudiados hay disparidad de opiniones. Por un lado, Fu y cols.(19) establecen que en términos de eficacia, la combinación de corticoides y antivirales resulta superior a ambos en monoterapia. Por otro lado, Gaygor y cols.(21) concluyen del meta-análisis de su estudio que la combinación de corticoides y antivirales podría tener un efecto mínimamente superior o ningún efecto respecto a corticoides solo en la disminución de recuperaciones incompletas. Finalmente Holland y Bernstein(12) concluyen que los corticoides y antivirales no presentan un beneficio suficientemente significativo respecto a corticoides en monoterapia. En relación a esto, parece necesario la realización de ensayos clínicos futuros que aporten más información en relación a si la adición de antivirales aporta un beneficio al tratamiento con corticoides, así como averiguar qué pacientes podrían beneficiarse más de esta indicación. Además, estudios que clarificaran si la etiopatogenia de la parálisis de Bell es viral como postulan diversos autores, podrían ayudar a dilucidar si los antivirales aportan un beneficio añadido al tratamiento farmacológico de la PB.

En cuanto al tratamiento con O₂ hiperbárico, en dos de los estudios de este trabajo, Holland y Bernstein(12) y Holland y cols.(22) hacen referencia a que el O₂ podría disminuir el tiempo de recuperación y mejorar la proporción de pacientes que alcanzan la recuperación completa en comparación con corticoides. El problema es que dicha información se extrae de un único ensayo clínico. Por otro lado, se plantea aquí una línea de investigación que podría ser prometedora, por lo que sería interesante la realización de futuros ensayos que analizaran la eficacia del O₂ hiperbárico en monoterapia o coadyuvante a corticoides con adecuada evaluación inicial, aleatorización, enmascaramiento y análisis de resultados.

Respecto a la terapia física, encontramos electroterapia, terapia láser con baja potencia (LLLT), entrenamiento o rehabilitación facial con ejercicios. De acuerdo a Burelo-Peregrino y cols.(17), la electroterapia podría ser beneficiosa, con mejoría tanto en fase aguda como crónica, mientras que Teixeira y cols.(29) establecen que no hay suficiente evidencia para discernir si es beneficiosa o dañina. Respecto a la LLLT, Javaherian y cols.(23) sugieren que podría tener un efecto beneficioso en la primera semana desde el inicio de la PB. En cuanto a los ejercicios faciales, tanto Teixeira y cols.(29), como Holland y Bernstein(12), y Pereira y cols.(28) sugieren que los ejercicios podrían ser beneficiosos en la recuperación de la función facial. Teniendo en cuenta esto, podría recomendarse un programa de ejercicios para la recuperación de la función facial, pero tanto para esta modalidad como para el resto de terapias físicas resulta necesario la realización de futuros ensayos clínicos con una mejor metodología (aleatorización y enmascaramiento siempre que sea posible) y una estandarización de los distintos tratamientos, así como de las escalas de valoración con las que medir los resultados de los mismos.

En cuanto a la cirugía en el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática, Casazza y cols.(18) establecen que la MFD muestra beneficio en los primeros 14 días desde el inicio del cuadro, mientras que la TMD no tendría mejores resultados que el tratamiento médico. En la

línea de esto último se encuentran las conclusiones de Menchetti y cols.(27), que refieren la escasa evidencia actual a través de ensayos clínicos para discernir si la cirugía es dañina o beneficiosa, no encontrando diferencias entre un abordaje temprano y uno tardío, así como entre cirugía precoz y tratamiento médico. Teniendo en cuenta que la PB se trata de un cuadro que se resuelve espontáneamente en la mayoría de los casos, que dispone de un tratamiento médico establecido con resultados y que la cirugía presenta posibles riesgos, sería interesante la realización de investigaciones futuras que aclarasen qué casos podrían beneficiarse de la intervención quirúrgica. No obstante, por lo comentado anteriormente, a priori resulta difícil que se planteen nuevos ensayos con el objetivo de testar la eficacia de la cirugía en la PB de reciente instauración.

Finalmente, sobre los estudios acerca de la utilidad y eficacia de la acupuntura en la parálisis facial periférica idiopática, tanto Kim y cols.(24), como Li y cols.(25), como Zhang y cols.(31) concluyen en sus meta-análisis que la acupuntura podría ser beneficiosa en la parálisis de Bell, encontrando asociación entre esta técnica y una mayor tasa de recuperación. Este último artículo es el más favorable a la misma, concluyendo que la acupuntura tendría resultados significativamente mejores que el tratamiento médico. En los tres meta-análisis sus autores comentan la gran heterogeneidad entre estudios, con alto riesgo de sesgos y defectos a nivel metodológico, dando lugar a una baja calidad de evidencia. De acuerdo con esto parece razonable recomendar la realización de futuros estudios con mayor tamaño muestral y una metodología sistematizada, incluyendo evaluación inicial, aleatorización entre las distintas ramas de tratamiento, el mayor enmascaramiento posible y un análisis estricto de los resultados, con el objetivo de obtener la mejor calidad de evidencia posible.

7. CONCLUSIONES

Primera. El diagnóstico de la parálisis facial periférica idiopática es un diagnóstico de exclusión, para el que se recomienda realizar anamnesis y exploración física orientada para descartar otras posibles causas. Por otra parte, en el manejo habitual de esta patología no está recomendada la realización rutinaria de pruebas de imagen, de laboratorio o de electrodiagnóstico al inicio del cuadro.

Segunda. En el tratamiento de la parálisis de Bell existen distintas alternativas terapéuticas en investigación, dentro de las cuales la que actualmente posee mayor evidencia científica favorable es el tratamiento médico con corticoides, cuyo beneficio se ha probado en distintos ensayos con buena calidad metodológica y se recomienda en la práctica clínica habitual. A pesar de esto, parecen necesarios futuros estudios que permitan clarificar cuál es la posología óptima, así como si es un tratamiento tan beneficioso en niños como en adultos.

Tercera. Al respecto de los fármacos antivirales, cuyo beneficio en monoterapia no ha sido probado, podrían presentar beneficio y valorarse en la práctica clínica habitual como tratamiento coadyuvante a los corticoides. En cuanto a esto último, investigaciones futuras comparando el tratamiento con ambos con un grupo control tratado con corticoides podría ayudarnos a confirmar o descartar su utilidad, así como identificar en qué casos tendría indicación.

Cuarta. Con relación a la terapia física, por un lado parece que los pacientes con parálisis de Bell podrían beneficiarse de una rutina estructurada de ejercicios de la musculatura facial. Por otro lado, futuros ensayos clínicos con mejor calidad metodológica serían muy útiles para valorar el beneficio tanto los ejercicios como de otras modalidades de terapia física (electroterapia, LLLT).

Quinta. A propósito de la cirugía, actualmente no se recomienda en la PB de instauración reciente por no presentar un beneficio ni claro ni superior al tratamiento médico. Por este motivo, sería interesante también la realización de futuras investigaciones, especialmente para conocer qué pacientes se podrían beneficiar más de la descompresión quirúrgica.

Sexta. Por lo que hace referencia a la acupuntura, a pesar de que hay estudios que parecen indicar un beneficio en su uso en la parálisis facial periférica idiopática, la baja calidad metodológica de dichos estudios no es suficiente evidencia científica para recomendar la acupuntura como tratamiento en la PB. Futuros estudios en este campo también ayudarían a clarificar si ese beneficio es real o se debe al alto riesgo de sesgos en los estudios actuales.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Toulgoat F, Sarrazin JL, Benoudiba F, Pereon Y, Auffray-Calvier E, Daumas-Duport B, et al. Facial nerve: From anatomy to pathology. *Diagn Interv Imaging*. 2013;94(10):1033-42.
2. Seta DD, Mancini P, Minni A, Prosperini L, Seta ED, Attanasio G, et al. Bell's palsy: symptoms preceding and accompanying the facial paresis. *ScientificWorldJournal*. 2014;2014:801971.
3. Takezawa K, Townsend G, Ghabriel M. The facial nerve: anatomy and associated disorders for oral health professionals. *Odontology*. 2018;106(2):103-16.
4. Mavrikakis I. Facial nerve palsy: anatomy, etiology, evaluation, and management. *Orbit Amst Neth*. 2008;27(6):466-74.
5. Rosson GD, Redett RJ. Facial palsy: anatomy, etiology, grading, and surgical treatment. *J Reconstr Microsurg*. 2008;24(6):379-89.
6. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Arístegui M, Batuecas Á, et al. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2020;71(2):99-118.
7. AMBOSS GmbH. Facial nerve palsy. AMBOSS GmbH. 2021 [citado 26 de mayo de 2021]. Disponible en: https://www.amboss.com/us/knowledge/Facial_nerve_palsy
8. Zimmermann J, Jesse S, Kassubek J, Pinkhardt E, Ludolph AC. Differential diagnosis of peripheral facial nerve palsy: a retrospective clinical, MRI and CSF-based study. *J Neurol*. 2019;266(10):2488-94.
9. Gallego López L, Llorente Pendás S, López-Arranz JS. Síndrome de Melkersson-Rosenthal. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac*. 2007;29(1):57-63.
10. Baugh RF, Basura GJ, Ishii LE, Schwartz SR, Drumheller CM, Burkholder R, et al. Clinical practice guideline: Bell's Palsy executive summary. *Otolaryngol Neck Surg*. 2013;149(5):656-63.
11. Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Do children with Bell's palsy benefit from steroid treatment? A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(7):921-6.
12. Holland NJ, Bernstein JM. Bell's palsy. *BMJ Clin Evid*. 2014;2014:1204.
13. House JW, Brackmann DE. Facial Nerve Grading System. *Otolaryngol Neck Surg*. 1985;93(2):146-7.
14. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a Sensitive Clinical Facial Grading System. *Otolaryngol Neck Surg*. 1996;114(3):380-6.
15. Banks CA, Bhama PK, Park J, Hadlock CR, Hadlock TA. Clinician-Graded Electronic Facial Paralysis Assessment: The eFACE. *Plast Reconstr Surg*. 2015;136(2):223e-30e.
16. Santosa KB, Fattah A, Gavilán J, Hadlock TA, Snyder-Warwick AK. Photographic Standards for Patients With Facial Palsy and Recommendations by Members of the Sir Charles Bell Society. *JAMA Facial Plast Surg*. 2017;19(4):275-81.
17. Burelo-Peregrino EG, Salas-Magaña M, Arias-Vázquez PI, Tovilla-Zarate CA, Bermudez-Ocaña DY, López-Narváez ML, et al. Efficacy of electrotherapy in Bell's palsy treatment: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2020;33(5):865-74.

18. Casazza GC, Schwartz SR, Gurgel RK. Systematic Review of Facial Nerve Outcomes After Middle Fossa Decompression and Transmastoid Decompression for Bell's Palsy With Complete Facial Paralysis. *Otol Neurotol*. 2018;39(10):1311-8.
19. Fu X, Tang L, Wang C, Li M, Wu H, Li J, et al. A Network Meta-Analysis to Compare the Efficacy of Steroid and Antiviral Medications for Facial Paralysis from Bell's Palsy. *Pain Physician*. 2018;21(6):559-69.
20. Fujiwara T, Namekawa M, Kuriyama A, Tamaki H. High-dose Corticosteroids for Adult Bell's Palsy: Systematic Review and Meta-analysis. *Otol Neurotol*. 2019;40(8):1101-8.
21. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9(9):CD001869.
22. Holland NJ, Bernstein JM, Hamilton JW. Hyperbaric oxygen therapy for Bell's palsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(2):CD007288. doi(2):CD007288.
23. Javaherian M, Moghaddam BA, Tajali SB, Dabbaghipour N. Efficacy of low-level laser therapy on management of Bell's palsy: a systematic review. *Lasers Med Sci*. 2020;35(6):1245-52.
24. Kim JI, Lee MS, Choi TY, Lee H, Kwon HJ. Acupuncture for Bell's palsy: a systematic review and meta-analysis. *Chin J Integr Med*. 2012;18(1):48-55.
25. Li P, Qiu T, Qin C. Efficacy of Acupuncture for Bell's Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PloS One*. 2015;10(5):e0121880.
26. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;7(7):CD001942.
27. Menchetti I, McAllister K, Walker D, Donnan PT. Surgical interventions for the early management of Bell's palsy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;1:CD007468.
28. Pereira LM, Obara K, Dias JM, Menacho MO, Lavado EL, Cardoso JR. Facial exercise therapy for facial palsy: systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. 2011;25(7):649-58.
29. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD006283. doi(12):CD006283.
30. Turgeon RD, Wilby KJ, Ensom MH. Antiviral treatment of Bell's palsy based on baseline severity: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2015;128(6):617-28.
31. Zhang R, Wu T, Wang R, Wang D, Liu Q. Compare the efficacy of acupuncture with drugs in the treatment of Bell's palsy: A systematic review and meta-analysis of RCTs. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(19):e15566.