

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Parálisis facial: una actualización necesaria

Facial paralysis: a necessary update

Mario Javier Garcés Ginarte ¹  , Erennys Carema Sarabia Águila ¹ , Pablo Enrique Quintero Álvarez ¹ , Greysi Hernández Román ² 

¹Facultad Dr. Juan Guiteras Gener. Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas, Cuba.

²Hospital Universitario Comandante Faustino Pérez Hernández, Matanzas, Cuba.

 Autor para la correspondencia: mario.garces@nauta.cu

 **Citar como:** Garcés Ginarte MJ, Sarabia Águila EC, Quintero Álvarez PE, Hernández Román G. Parálisis facial: una actualización necesaria. Inmedsur [Internet]. 2021 [citado: fecha de acceso]; 4(1): e136. Disponible en: <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/136>

RESUMEN

La parálisis facial periférica es una enfermedad relativamente frecuente, causada por una afección del nervio facial y afecta la funcionalidad y estética en una de las hemicaras, en dependencia del lado afectado. Con el objetivo de caracterizar las parálisis faciales atendiendo a sus causas, consecuencias y principales tratamientos alternativos se realizó una revisión bibliográfica de 24 artículos, donde más del 75 % son de los últimos 5 años, procedentes de Google Scholar, Scielo, Pubmed y Dialnet. Se concluyó que la parálisis facial, tanto periférica como central, puede dejar secuelas en el paciente, determinadas por el tiempo en que se detecta y se inicia el tratamiento de la afección, así como su gravedad. La fisioterapia constituye una alternativa efectiva, que ayuda a recuperar la funcionalidad y la estética de la región dañada.

Palabras clave: parálisis facial; nervio facial; fisioterapia

ABSTRACT

Peripheral facial paralysis is a relatively common disease, caused by an affection of the facial nerve and affects the functionality and aesthetics in one of the half faces, depending on the affected side. In order to characterize facial paralysis according to its causes, consequences and main alternative treatments, a bibliographic review of 24 articles was carried out, where more than 75 % are from the last 5 years, from Google Scholar, Scielo, Pubmed and Dialnet. It was concluded that facial paralysis, both peripheral and central, can leave sequelae in the patient, determined by the time in which the condition is detected and treatment begins, as well as its severity. Physiotherapy is an effective alternative, which helps to restore the functionality and aesthetics of the damaged region.

Key words: facial paralysis; facial nerve; physiotherapy

INTRODUCCIÓN

El nervio facial (VII par craneal) es un nervio de tipo mixto donde el 58 % de las fibras son de tipo motor, el 24 % son parasimpáticas y el 18 % sensoriales. La rama motora se encarga de la mímica facial, el reflejo corneal y el reflejo estapedial. Por su parte la rama parasimpática se relaciona con la función secretora de las glándulas faríngeas, submandibulares así como lagrimales. Por último, la rama sensorial se encarga de la sensibilidad de la piel del pabellón auricular del conducto auditivo externo así como la información gustativa de los dos tercios anteriores de la lengua.¹

La parálisis facial periférica es una enfermedad relativamente frecuente en la población general, estimándose una incidencia anual de 23/100000 habitantes. Es uno de los motivos de consulta clínica más alarmante para el paciente provocándole una importante ansiedad.¹ La parálisis facial se define como la afectación del nervio séptimo por craneal o facial, desde la salida del encéfalo en el surco bulboprotuberancial hasta sus regiones de innervación, pudiéndose lesionar en cualquier punto a lo largo de dicho recorrido.²

Consiste en una debilidad o pérdida de función de la musculatura inervada por el nervio facial (VII par craneal). Esto da lugar a una disminución parcial o completa de la motilidad voluntaria de la cara, imposibilidad para cerrar el globo ocular y desviación de la comisura labial al lado contralateral.³

Se puede clasificar en primaria y secundaria. La primaria o idiopática, es la forma más frecuente y es de causa desconocida, aunque la causada por herpes simple tipo I, se asocia a este tipo de parálisis.³ La secundaria, está asociada a cuadros clínicos neurológicos como el ictus o esclerosis múltiple, otológicos, infecciosos como herpes zoster, varicela, rubeola y VIH; sistémico como la leucemia y las enfermedades autoinmunes, sindrómicos, neoplásicos y traumatológicos.⁴ Atendiendo a la variedad de opiniones en la comunidad científica, la mayor parte de los investigadores asume las causas según su opinión y el historial del paciente.

Los principales grupos afectados son: los adultos mayores, debido a una recuperación clínica más lenta, mujeres en edad reproductiva que presentan tasas de incidencia de 2 a 4 veces mayores que las del sexo masculino para la mis-

ma edad y mujeres embarazadas que pueden presentar un riesgo acumulado.⁵

En la mayoría de los casos, la parálisis de Bell, también conocida como parálisis facial periférica aguda, es temporal. Por lo general, los síntomas comienzan a mejorar en el plazo de algunas semanas y se alcanza la recuperación completa en unos seis meses. Existe una pequeña cantidad de personas que continúan teniendo los síntomas de la parálisis de por vida y es poco frecuente que vuelva a presentarse.⁵ Este trabajo tiene como objetivo caracterizar las parálisis faciales atendiendo a sus causas, diagnóstico y principales tratamientos alternativos.

DESARROLLO

Las parálisis faciales periféricas pueden ser clasificadas según su extensión en: unilaterales o bilaterales; según su grado de complejidad en: completa, si abarca todos los músculos del lado afectado o parcial si solo afecta a un grupo de ellos.⁶

Asimismo, se ha descrito un tipo de parálisis facial congénita que pertenece al grupo de enfermedades caracterizadas por anomalías en ojo, párpado, y/o el movimiento facial, referidos como desórdenes craneales congénitos que incluyen el síndrome de Duane, parálisis horizontal de la mirada fija y el síndrome de Möbius.⁷

La parálisis periférica es un diagnóstico de exclusión que se caracteriza por la triada diagnóstica, disminución de la fuerza muscular (paresia) o parálisis de toda una hemifacia, comienzo brusco y ausencia de signos de enfermedad del sistema nervioso central, oído o glándula parótida.⁸

Signos y síntomas

La mayoría de los pacientes se da cuenta de los síntomas al despertar. En algunos casos la aparición de la parálisis puede ser precedida por dolor en la región del pabellón auricular, estrés, ansiedad y depresión.⁹

Sin lugar a dudas, el síntoma de mayor importancia es el defecto en el cierre ocular, pues su exposición puede llevar a lesiones graves de la córnea e incluso a la ceguera si no se trata de forma oportuna.

La asimetría facial es uno de los fenómenos más importante en esta afección y se evidencia al arrugar la fren-

te, nariz o elevar las cejas, entre otros. Este fenómeno es un coadyuvante para que se dé la acumulación excesiva de restos alimentarios en los carrillos alveolares, que se produzcan lesiones por mordedura bucal y derrames accidentales de comida o saliva. Otra característica relevante son los fallos en el reflejo corneal que predispone a la exposición corneal prolongada (deseccación y abrasión) y el fallo en el reflejo estapedial que cursa con hiperacusia debido a la pérdida del componente de protección a nivel auditivo.¹⁰

Los signos y síntomas de la enfermedad son repentinos. Puede observarse comienzo repentino de debilidad leve a parálisis total de un lado de la cara, que puede ocurrir en cuestión de horas o días, caída de un lado de la cara y dificultad para hacer expresiones faciales, como cerrar un ojo o sonreír,³ babeo, dolor de mandíbula, dentro o detrás de la oreja del lado afectado, cefalea, pérdida del gusto, producción excesiva o escasa de saliva y lágrimas.¹¹

Generalmente, la mayoría de estos síntomas hacen que los pacientes se encuentren reacios a la interacción social fuera de su círculo más cercano.

Diagnóstico

En el diagnóstico de la enfermedad, como primer paso se debe discernir, si se está ante una parálisis central o periférica. La clave clínica es que la enfermedad compromete la porción inferior de la cara de la hemicara contralateral, pero a nivel ipsilateral se conserva la función de reflejo corneal con mínima o nula afectación de los músculos frontal y orbicular de los párpados.¹⁰ A pesar de que no existen pruebas específicas para detectar la parálisis facial, la base del diagnóstico se encuentra en la existencia de hallazgos en tres aspectos: clínico, topográfico y eléctrico.

El diagnóstico clínico consiste en la exploración de las funciones propias y de la motilidad voluntaria dependientes del VII par. Se realiza la otoscopia para descartar patología del oído medio y la presencia de vesículas en el síndrome de Ramsay-Hunt, exploración cervical valorando cuidadosamente la región parotídea y la posible palpación de adenopatías que nos hagan sospechar la existencia de un proceso tumoral.¹²

El diagnóstico topográfico consiste en el estudio de la funcionalidad de las diversas estructuras inervadas por las ramas del nervio facial y permite localizar el área del

nervio lesionada. Su valor estriba en que son indicadores parciales de la intensidad de la lesión y por ende indicadores relativos de pronóstico. Prueba de la lacrimación o test de Schirmer, sialometría, test del reflejo estapedial y gustometría.¹²

El electrodiagnóstico es la prueba considerada como más fiable para determinar de forma objetiva el grado de lesión neuronal, emitir un pronóstico adecuado y considerar la posibilidad de modificar el tratamiento instaurado.¹²

Se debe elaborar una historia clínica detallada con los antecedentes patológicos del paciente y sobre el padecimiento actual, que incluya el tiempo de evolución, grado de pérdida del tono muscular permanente, así como los síntomas asociados.

Al diagnosticar una parálisis facial periférica, se debe remitir al paciente a determinadas especialidades médicas, en dependencia de los factores de riesgo que presente para otras complicaciones. Se debe recurrir al especialista en medicina interna en caso de que el paciente presente diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otros; ginecología en caso de ser una gestante, además de otras especialidades como la neurología, oftalmología y la otorrinolaringología.¹³

Un alto porcentaje de parálisis faciales se curan espontáneamente, y en estos casos, la regresión es en general, bastante importante en las primeras dos a tres semanas, pero para el caso individual, no existe ningún signo de valor absoluto que permita establecer con certeza el pronóstico alejado, por lo cual todos los casos deben ser sometidos a tratamiento precoz.¹⁴

Tratamiento

El diagnóstico clínico de la enfermedad, juega un papel fundamental, pues atendiendo a este, se orienta el tratamiento.

Hasta hace unos años, era habitual la idea de que debía esperarse entre dos a tres semanas antes de iniciar el tratamiento activo y que la electricidad, así como cualquier otro método de estimulación muscular, eran peligrosos durante ese lapso de tiempo pues podían favorecer la aparición de contracturas, movimientos masivos y espasmos de los músculos faciales. Pero desde hace unos años existe suficiente evidencia de que tal actitud es errónea

y que solo beneficios pueden obtenerse del tratamiento temprano bien conducido. El viejo criterio de esperar diez o más días después del comienzo de la parálisis es indefendible.¹⁵

El tratamiento debe tener como finalidad corregir la deformación del rostro debido a la pérdida del tono muscular permanente por ruptura del reflejo miotático, con relajación cutánea y a la tracción de los músculos del lado sano; las algias, muchas veces presentes en el comienzo de la enfermedad; los trastornos funcionales dependientes de la parálisis, en particular del orbicular de los párpados, de los labios, los cigomáticos y buccinador, con las consiguientes perturbaciones de la oclusión palpebral, la correcta circulación de las lágrimas, la palabra y la alimentación; los trastornos psíquicos reactivos, debidos a la deformación del rostro en reposo y en particular durante la ejecución de movimientos voluntarios y automáticos.¹⁶

Para cumplir estas finalidades el tratamiento debe realizarse procurando actuar sobre el nervio facial, los músculos paralizados, sobre la piel del lado afectado de la cara y sobre el estado psíquico del paciente.

El tratamiento de la parálisis facial tiene que basarse en el tipo de parálisis, su etiología y la naturaleza de la lesión causal, lugar en el cual se ha producido la lesión, intensidad o magnitud de la lesión y de la parálisis, tiempo transcurrido entre la iniciación de la parálisis y el examen del enfermo.¹⁷ Inicialmente, se debe informar al paciente sobre las principales características de la enfermedad (carácter, tiempo de evolución) secuelas y tratamiento, con el objetivo de mejorar la adherencia y reducir la ansiedad.

La parálisis puede tener un costo emocional significativo en los pacientes porque puede llevarlos a la depresión, condición que también debe ser evaluada y cuidada. El principio básico que debe tener el tratamiento de la parálisis facial es el diagnóstico precoz y el tratamiento temprano.¹¹

La estrategia de tratamiento debe estar basada en un enfrentamiento sistemático de acuerdo a las características semiológicas y electromiográficas de cada paciente, lo que permite agruparlos de acuerdo a la reversibilidad y severidad de su patología.

La rehabilitación especializada es parte fundamental de un tratamiento adecuado y esta comienza con una eva-

luación inicial de la simetría en reposo, los movimientos voluntarios e involuntarios, la continencia ocular y el impacto psicológico.¹⁵ El tratamiento no quirúrgico de la enfermedad, incluye esteroides orales, combinados con antivirales, pero estos no deben ser usados en monoterapia.¹⁸

Generalmente, los pacientes se quejan de dolores medianamente intensos en la región mastoidea, el oído, el lado correspondiente al cuello y ocasionalmente el hombro homolateral. Excepcionalmente toda la hemicara presenta dolor espontáneo a la presión. Estos dolores suelen desaparecer después de presentarse la parálisis o persisten algunos días. Si bien, para calmar los dolores se pueden usar los comunes analgésicos, se aconseja fisioterapia.¹⁹

Por sí misma, la fisioterapia, que es una práctica muy popular y accesible dentro de la población cubana, no puede ayudar a la regeneración temprana del nervio facial lesionado.

El reentrenamiento neuromuscular, desvincula los movimientos no deseados de los deseados. Debido a que la actividad no deseada se suprime, el rango de movimiento primario se extiende gradualmente, aumentando la excursión, la fuerza y el control motor.¹²

Aunque existe escasez de ensayos controlados y aleatorizados bien diseñados sobre la efectividad de los ejercicios faciales para mejorar la función de la parálisis facial, es innegable su papel favorecedor.

En cuanto al calor, puede ser utilizado en forma muy variada desde las cataplasmas comunes, la bolsa con agua caliente, el fomento eléctrico, los rayos infrarrojos, las ondas cortas.⁸ Estos tratamientos tienen posibilidades terapéuticas un tanto mayores, cuanto más prematuramente se emplean, sin esperar a saber si la parálisis será grave o no.

Se puede tener en cuenta, además del tratamiento convencional, la protección del ojo para impedir que se seque la córnea, la utilización de gotas lubricantes y apósitos para cubrir el ojo durante la noche, masaje de los músculos debilitados, toxina botulínica para la sincinesia y los espasmos hemifaciales.⁵ La acupuntura y estimulación eléctrica transcutánea,¹² son prácticas que han demostrado ser efectivas en el tratamiento de la enfermedad.

A la perturbación inicial nerviosa, siguen alteraciones mus-

culares, cutáneas y vasculares; estas pueden ser variables según el tipo de parálisis y la región corporal afectada. En los músculos tiene lugar un proceso de atrofia y fibrosis, además ellos sufren las consecuencias de la acción de los músculos sanos, que los traccionan, agregándose además la acción de la fuerza de gravedad, todo lo cual produce el estiramiento muscular.¹⁵

Como es evidente, para obtener una buena recuperación funcional no basta la regeneración del nervio, es necesario que los axones encuentren músculos funcionales aptos y no bandas musculares atrofiadas y distendidas o solo cintas fibrosas, en cuyo caso toda recuperación funcional es imposible. Para actuar sobre los músculos e indirectamente sobre la piel, se debe emplear la inmovilización, el calor, la estimulación eléctrica, el masaje y los ejercicios activos.¹³

A pesar de todo lo anterior, la bibliografía científica enfatiza acerca del hecho de que más de la mitad de los pacientes diagnosticados con parálisis facial tienen un buen pronóstico, sobre todo si se detecta tempranamente y se trata de forma adecuada.

Se considera de vital importancia la aplicación del calor para actuar en un principio sobre el nervio y los músculos y ulteriormente sobre los músculos. El calor favorece la contracción muscular y además, un músculo funciona mejor después de calentado.²

La intervención quirúrgica a los pacientes con este padecimiento, debe estar reservada a aquellos que tienen pocas probabilidades de tener una recuperación espontánea satisfactoria, después de un período de observación o seguimiento del tratamiento médico. También se puede realizar cuando el tratamiento conservador no ha tenido éxito y el nervio no se ha recuperado.⁹

Existen varias técnicas de reanimación que pueden clasificarse ampliamente como estáticas y dinámicas. Los procedimientos estáticos suspenden las estructuras de los tejidos blandos de la cara paralizada para mejorar la simetría sin proporcionar movimiento activo. Los procedimientos dinámicos restauran la animación de la cara usando los músculos inervados.²⁰

Los procedimientos dinámicos incluyen la reparación primaria de los nervios faciales, injertos de nervios, transposición de nervios y transferencia de unidades neuromus-

culares funcionales libres.²¹ Es recomendable combinar procedimientos estáticos y dinámicos para restablecer el equilibrio y la función facial.

La técnica seleccionada para restaurar la animación a la cara paralizada depende del estado funcional de los músculos faciales, la salud del paciente y la aceptación por parte de este de los riesgos, beneficios y de la complejidad de las técnicas de reparación.

La descompresión quirúrgica en las primeras tres semanas de iniciados los síntomas, es recomendada en los pacientes que persisten con pérdida funcional, sin embargo la Academia Americana de Neurología no recomienda esta práctica en la parálisis facial de Bell.²²

La parálisis facial periférica, comienza su regresión después de 2-3 semanas del inicio de síntomas; aquellos pacientes que experimentan un mayor deterioro o no presentan mejoría después de 4 meses deben ser revalorados con la finalidad descartar un origen tumoral o denervación.²³

De forma general, los pacientes con músculos faciales fisiológicamente viables se benefician de los procedimientos de injerto de nervios que restablecen la inervación del músculo paralizado. Cuando los músculos faciales están denervados durante mucho tiempo, el movimiento facial dinámico, atrófico, fibrótico o de desarrollo anormal, solo puede ser restaurado con un procedimiento de transferencia muscular funcional.²⁴

CONCLUSIONES

La parálisis facial, tanto periférica como central, puede dejar secuelas en el paciente, determinadas por el tiempo en que se detecta y se inicia el tratamiento de la afección, así como su gravedad. Los signos y síntomas de la enfermedad, son reversibles, en dependencia del tratamiento utilizado. La fisioterapia constituye una alternativa efectiva en el tratamiento de la enfermedad, que ayuda a recuperar la funcionalidad y la estética de la región afectada.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

MJGG: conceptualización, administración del proyecto, supervisión, visualización, investigación, metodología, re-

dacción – borrador original, redacción– revisión y edición. **ECSA:** conceptualización, visualización, investigación, metodología, redacción– revisión y edición. **PEQA:** metodología, redacción– revisión y edición. **GHR:** conceptualización, visualización, redacción – revisión y edición.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente revisión.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G1. Álvarez Sánchez CA, Mora Vargas N, González Cortés R. Parálisis facial periférica: enfoque desde la medicina física y rehabilitación en Costa Rica. *Rev Med Costa Rica y Centroamérica* [Internet]. 2015 [citado 2020 Dic 17]; (615) 249 – 255. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66090>.
2. Lassaletta L, Morales Puebla JM, Altuna X, Arbizu A, Arístegui M, Batuecas A, et al. Facial paralysis: Clinical practice guideline of the Spanish Society of Otolaryngology. *Acta Otorrinolaringol Esp.* [Internet]. 2019 May 13. [citado 2020 Dic 17]; 71(2): 99-118. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.12.004>
3. Cinesi Gómez C, Caballero Sánchez MM, Álvarez de los Heros F. Parálisis facial periférica en Atención Primaria. *SEMERGEN* [Internet]. 2003 [citado 2020 Dic 17]; 29(7)350-4. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(03\)74206-3](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(03)74206-3)
4. Casas E, A Barbosa, Rubio García E, Cebrián J, Díaz Pérez C; De la Fuente E, et al. Insolated peripheral facial paralysis in a patient with COVID-19. *Rev Neurol.* [Internet]. 2020 Jul 1 [citado 2020 Dic 17]; 71(1): 40-41. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.7101.2020229>
5. Payá Rubio A, Navarro Monsoliu R, Climent Alberola I, Redondo Aguirre M. Recurrent and alternating peripheral facial palsy in a Rehabilitation department. *Rehabilitation (Madr).* [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic 17]; 53(1): 60-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rh.2018.06.001>
6. Hernández RV, González MR, Polar EO, del Tánago PGG, Carlavilla FJP. Parálisis facial periférica. *Panor Actual Medica.* [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 17]; 41(409):1031–1035. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6252650>.
7. Santos Lasaosa S, Pascual Millán LF, Tejero Juste C, Morales Asín F. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev neurol.* [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic 19]; 41: 287-90. Disponible en: <https://doi.org/10.33588/rn.3011.99618>
8. López Garciarena I, Sinovas Varona I. Peripheral facial paralysis, a presentation of Lyme disease. *Emergencias.* [Internet]. 2017 Feb. [citado 2020 Dic 19]; 29(1): 65-66. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29077284/>
9. Moraleda S, Hachoue Z, Abdel Muti E, Ruiz G, Díez Sebastian J, Lassaletta L. Encuesta de satisfacción del paciente con secuelas de parálisis facial periférica en tratamiento con toxina botulínica A. *Rehabilitación (Madr)* [Internet]. 2020 [citado 2020 Dic 19]; 54(4): 254-259. Disponible en: <https://10.1016/j.rh.2020.03.002>
10. Reddy S, Redett R. Facial paralysis in children. *Facial Plast Surg.* [Internet]. 2015 [citado 2020 Dic 19]; 31(2): 117-22. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4677084/>.
11. Gómez González B, González García J, Gómez Frapón A, Pardo De la Vega R, Félix Muñoz J, Fernández Martínez B, et al. Parálisis facial periférica recurrente. *Rev Alerg Mex* [Internet]. 2020 [citado 2020 Dic 19]; 67(4): 421-424. Disponible en: <https://doi.org/10.29262/ram.v67i4.791>
12. Lassaletta L, Morales Puebla JM, González Otero T, Moraleda S, Roda JM, gavián J. The experience of a facial nerve unit in the treatment of patients with facial paralysis following skull base surgery. *Otology & Neurotology* [Internet]. 2020 Dec [citado 2020 Dic 19]; 41(10): e1340-e1349. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000002902>
13. Muñ Paredes Rojas LI. Tratamiento fisioterapéutico en parálisis facial periférica. [Internet] 2018 [citado 2020 Dic 19]; Disponible en <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/2238>
14. Ubillus carrasco GE, Sánchez Vélez A. Fisioterapia en la parálisis facial. *Rev Cuerp Med HNAAA* [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic 19]; 11(4). Disponible en: <http://www.cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/rcmhnaaa/article/view/470>.
15. Tibanquiza A, Omar O. La técnica de facilitación neuromuscular propioceptiva como tratamiento coad-

yuvante en la parálisis facial periférica en pacientes que acuden al Hospital Regional Docente Ambato en el servicio de rehabilitación [Internet]. 2014 [citado 2020 Dic 22]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8376/1/Ango%20Tibanquiza,%20Oscar%20Omar.pdf>.

16. Karp E, Waselchuk E, Landis C, Fahnhorst J, Lindgren B, Lyford Pike S. Facial rehabilitation as noninvasive treatment for chronic facial nerve paralysis. *Otology & Neurotology*. [Internet]. 2019 Feb [citado 2020 Dic 22]; 40(2): 241-245. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/MAO.0000000000002107>

17. Lugones Botell M, Bueno Hidalgo ML, Jaime Álvarez A. Parálisis facial y preeclampsia. *Rev Cuba Obstet Ginecol*. [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 22]; 43(1):1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0138-600X2017000100013.

18. Escusol SR, Moreno SG. Parálisis facial periférica recidivante. *Pediatría Aten Primaria*. [Internet]. 2018 [citado 2020 Dic 22]; 20(77):15-18. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322018000100011&lng=es&nrm=iso.

19. De Souza IF, Dias ANM, Fontes FP. Métodos Fisioterapêuticos utilizados no tratamento da Paralisia Facial Periférica: uma revisão. *Rev Bras Ciênc Saúde*. [Internet]. 2015 [citado 2021 Ene 18]; 19(4):315-320. Disponible en: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/16106>

20. Arce-Osuna Cristina, Alcalá Arellano Angela Rosa. Plan de intervención de fisioterapia de un caso de parálisis de Bell. *Repositorio Institucional de Documentos de la Universidad de Zaragoza*. [Internet]. 2016 [citado 2021 Feb

4]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/14195>

21. Luu NN, Chorath KT, May BR et al. Clinical practice guidelines in idiopathic facial paralysis: systematic review using the appraisal of guidelines for research and evaluation instrument. *J Neurol*. [Internet]. 2021 [citado 2021 Feb 4]; 268: 1847-1856. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00415-020-10345-0>

22. Garro A, Nigrivic LE. Managing peripheral facial palsy. *Ann Emerg Med* [Internet]. 2017 [citado 2021 Feb 4]; 71(5): 618-624. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.08.039>

23. Saborío Cervantes IE, Villalobos Bonilla D, Bolaños Parajeles C. Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. *Rev Med Sinerg* [Internet]. 2019 Jun [citado 2021 Feb 6]; 4(6): 81-89. Disponible en: <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.247>

24. Menchetti I, McAllister K, Walker D, Donnan PT. Surgical interventions for the early management of Bell's palsy. *Cochrane* [Internet]. 2021 [citado 2021 Feb 6]; 1(1): CD007468. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007468.pub4>

Recibido: 20 de febrero de 2021

Aceptado: 15 de marzo de 2021

Publicado: 2 de abril de 2021



Este artículo de la **Revista Inmedsur** está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso la **Revista Inmedsur**.