

# PARÁLISIS DE BELL DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

RM. Alcolea García <sup>a</sup>; V. López-Marina <sup>b</sup>; T. Rama Martínez <sup>c</sup>; G. Pizarro Romero <sup>d</sup>; D. Moreno Martínez <sup>a</sup>; D. Rodríguez Vargas <sup>b</sup>.

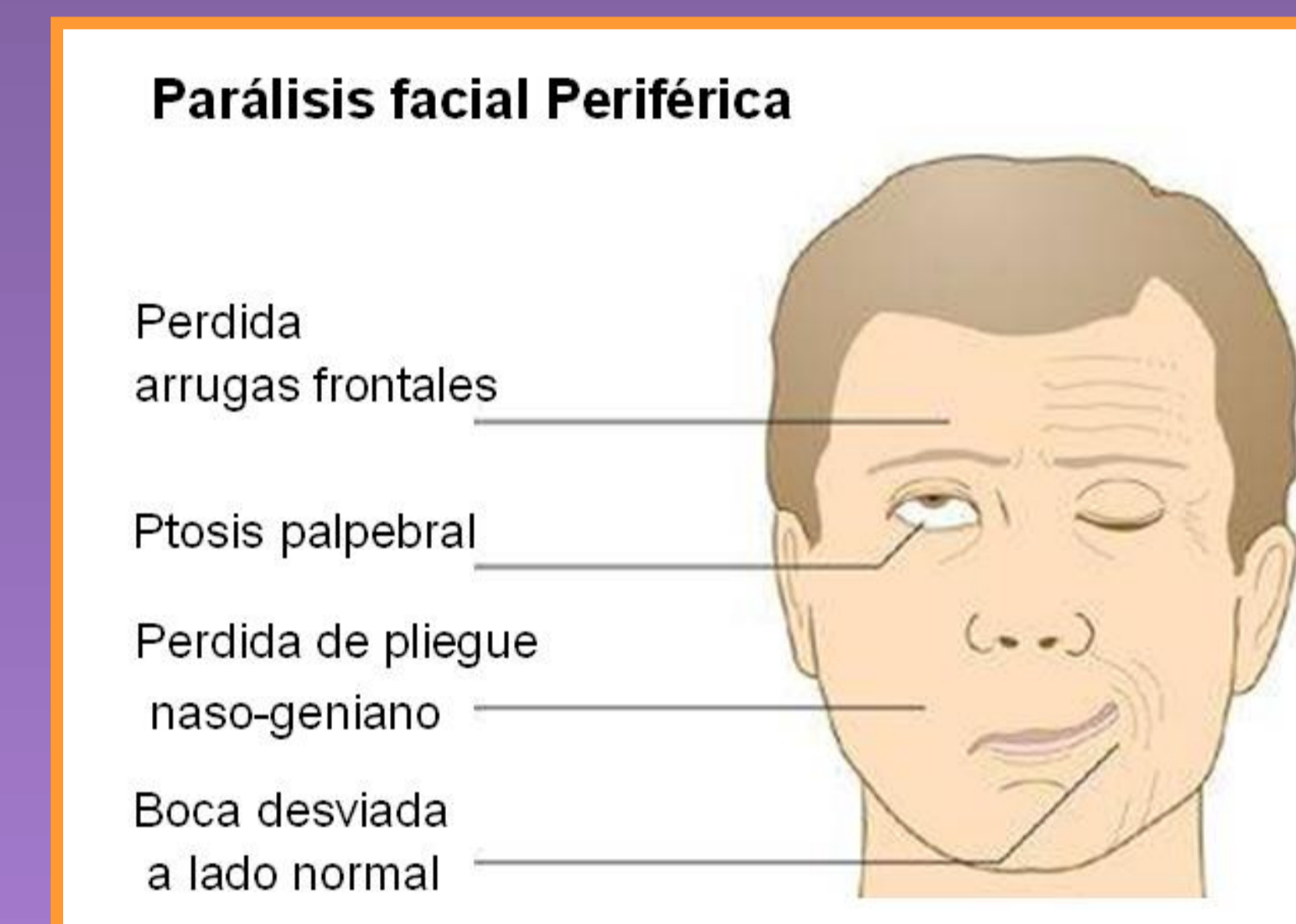
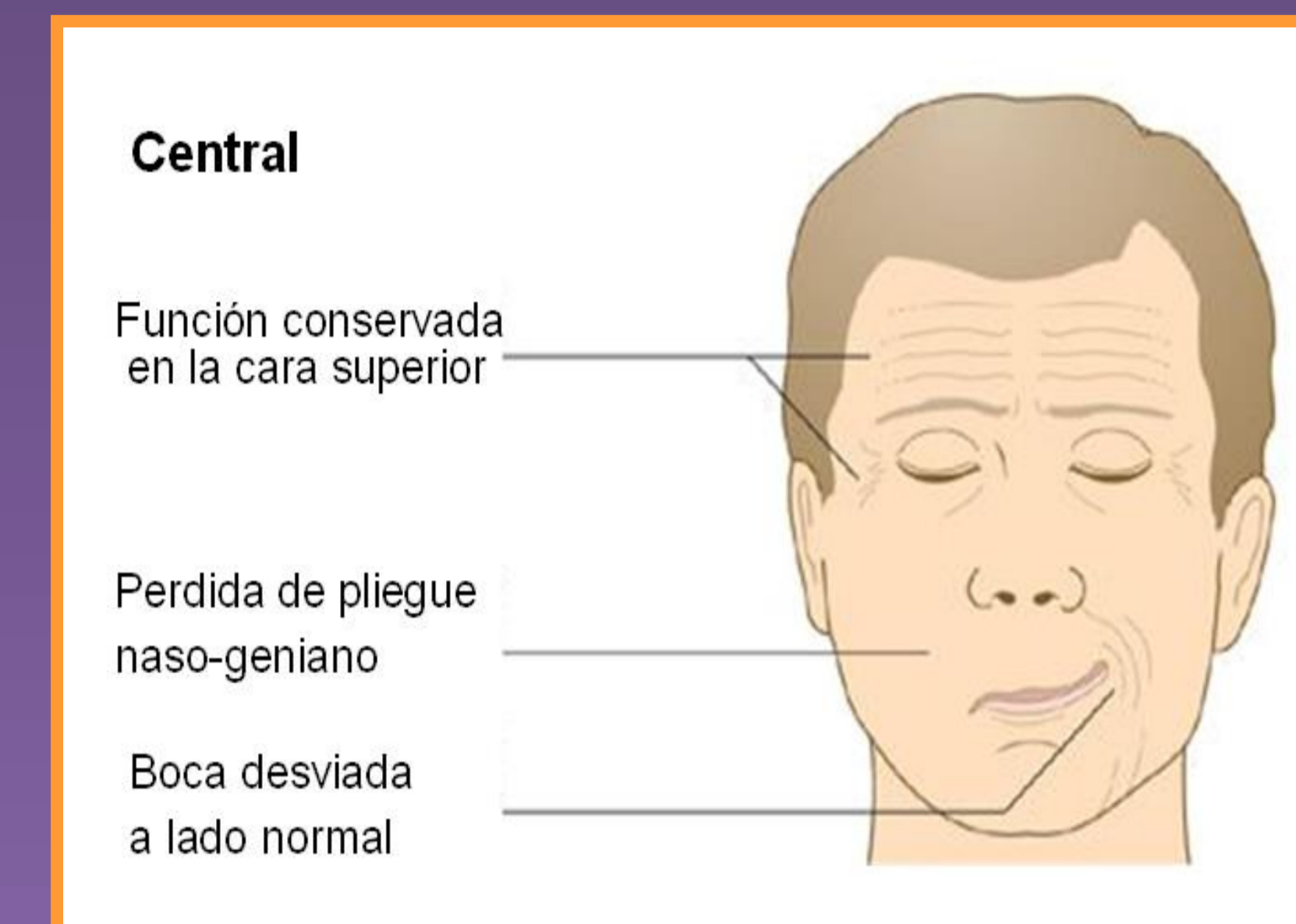
EAP Besós <sup>a</sup>; EAP Piera <sup>b</sup>; EAP Masnou <sup>c</sup>; EAP Badalona 6-Llefiá <sup>d</sup>. ICS. Barcelona.

## INTRODUCCIÓN:

La parálisis de Bell (PB) es una parálisis facial periférica temporal. Presenta caída del párpado y de la comisura de la boca, sequedad del ojo o la boca, alteración del gusto y epifora del ojo afecto. Evolución entre 3 semanas y 6 meses y pronóstico generalmente bueno.

## DESCRIPCION SUCINTA DEL CASO:

Varón de 36 años que consulta por no poder cerrar ojo derecho (D). **Exploración:** desviación comisura labial a la izquierda. Se prescribe prednisona en pauta descendente y oclusión ocular. A las 3 semanas, al no haber mejoría, consulta a urgencias y derivan a neurología, sin más tratamiento. **Analítica, con VSG y serología luética, hepatitis, VIH, citomegalovirus y herpes virus, normal.** **Electromiograma:** neuropatía facial D severa (a los 5 meses, sin cambios). **Resonancia Cerebral:** ocupación pseudonodular próxima a ganglio geniculado. **TAC de Oídos:** se descarta colesteatoma. **Diagnóstico diferencial:** parálisis facial central, síndrome de Ramsay-Hunt, enfermedad de Lyme, otitis media aguda/mastoiditis, tumores (de hueso temporal, canal acústico interno, parótida). Actualmente persiste parálisis facial, con parestesias en hemicara D e imposibilidad de cerrar ojo D. En seguimiento por neurología.



## ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

La PB es una patología que se establece en 72 horas, es más frecuente a los 15-45 años, su diagnóstico es clínico-evolutivo y de exclusión. La PB bilateral es excepcional. Se resuelven entre las 3 semanas y los 6 meses, dependiendo de la severidad del cuadro. Un 30% con afectación completa no curan y el objetivo terapéutico es el de minimizar las secuelas (espasmos hemifaciales, epifora, etc). El tratamiento es sintomático basándose en la oclusión ocular para evitar lesiones oculares, siendo el uso de corticoides y el de antivirales controvertido.

CLASIFICACIÓN HOUSE-BRACKMANN (define grado de lesión según clínica y útil para control evolutivo)		
	GRADO	DEFINICIÓN
I	Normal	Función normal en todas sus áreas
II	Disfunción leve	En reposo: simetría y tono normal En movimiento movimientos de frente casi normal, cierra ojos completamente con mínimo esfuerzo, discreta asimetría al moverse boca
III	Disfunción moderada	Asimetría en reposo y movimiento. Poco o ningún movimiento de frente, mueve ojos con esfuerzo intenso, asimetría evidente en boca con esfuerzo máximo.
IV	Disfunción moderadamente grave	Asimetría en reposo. No mueve frente, incapacidad para cerrar ojo con máximo esfuerzo. Asimetría a los movimientos de la boca.
V	Disfunción grave	Asimetría en reposo. No mueve frente. Cierre incompleto ojo y ligero movimiento palpebral con gran esfuerzo. Discreto movimiento ángulo boca.
VI	Parálisis total	Pérdida de tono, asimetría, sin movilidad.

## BIBLIOGRAFÍA:

[KEY WORDS: Bell's Palsy]

1. Patel DK, Levin KH. Bell palsy: Clinical examination and management. Cleve Clin J Med. 2015; 82 (7): 419-26.
2. Guisado CM, Bordas JJM. Parálisis facial periférica. AMF. 2015; 11 (2): 73-81.
3. Cinesi GC, Caballero SMM, Álvarez HF. Parálisis facial periférica en atención primaria. Semergen. 2003; 29: 350-4.