PATRONES DE RECUPERACIÓN FUNCIONAL EN PERSONAS CON PARÁLISIS FACIAL CON DIFERENTES OPCIONES DE TRATAMIENTO. SERVICIO UNIVERSITARIO DE KINESIOLOGÍA. UNNE.

Jessica Andrea Isabel Zalazar Cinat, Claudia Belén Miranda, Lourdes Mariana Ramírez, Paula Martínez, Laura Elizabeth Leyes, Leandro Ezequiel Vargas.

Lugar de Trabajo Servicio Universitario de Kinesiología. Facultad de Medicina. Universidad Nacional del Nordeste.

Correo electrónico de contacto jessicazalazarcinat@hotmail.com

RESUMEN

Los patrones de recuperación funcional en el rostro, son el conjunto de características o indicios que permiten valorar el curso evolutivo de la parálisis facial. Este estudio tuvo como objetivo general; Analizar los patrones de recuperación funcional de los pacientes con parálisis facial incluidos en los grupos de estudio y control de un estudio experimental realizado en el Servicio Universitario de Kinesiología entre 2012 y 2018. Se realizó un estudio descriptivo -retrospectivo, a partir de los datos obtenidos en las fichas de seguimiento de los pacientes del estudio experimental antes mencionado. Se utilizó el programa Excel y se emplearon medidas de tendencia central y cálculo de frecuencia de las siguientes variables: Registro de House Brackman inicial y final, grupo al que pertenece, tipo de oclusión de ojos y boca, capacidad de contención de líquidos, presencia y tipo de sincinesias y tipo de parálisis facial. Se analizaron 40 registros, 20 de cada grupo. Se observó la presencia de sincinesias en los pacientes con parálisis facial crónica y House Brackman superior a 4. Se identificaron la sincinesia ojo-boca, boca- ojo y la combinación de ambos tipos. La primera estuvo presente en el 40% y 10% de los pacientes del estudio y control respectivamente. Se concluye que los patrones de recuperación funcional podrían estar relacionados con el grado de afectación del nervio facial y el tiempo de evolución de la misma y no con el tratamiento aplicado.

Palabras clave: parálisis de Bell, parálisis facial, sincinesia, tratamiento y secuelas.

SUMMARY

The functional recovery patterns in the face are the set of characteristics or indications that allow assessing the evolutionary course of facial paralysis. This study had as general objective; To analyze the functional recovery patterns of patients with facial paralysis included in the study and control groups of an experimental study carried out at the University Service of Kinesiology between 2012 and 2018. A descriptive-retrospective study was carried out, based on the data obtained in the patient follow-up files of the aforementioned experimental study. The Excel program was used and measures of central tendency and frequency calculation of the following variables were used: initial and final House Brackman record, group to which it belongs, type of occlusion of eyes and mouth, capacity to contain liquids, presence and type of synkinesias and type of facial paralysis. 40 records were analyzed, 20 from each group. The presence of synkinesis was observed in patients with chronic facial paralysis and House Brackman higher than 4. Synkinesis eye-mouth, mouth-eye and the combination of both types were identified. The former was present in 40% and 10% of the study and control patients, respectively. It is concluded that the functional recovery patterns could be related to the degree of involvement of the facial nerve and the time of its evolution and not to the treatment applied. Other methodological designs are necessary to establish the degree of relationship between the aforementioned variables.

Key words: Bell's palsy, facial palsy, synkinesis, treatment and sequelae.

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial de Bell fue descrita por primera vez en 1821 por el Dr. Charles Bell, como una disfunción del nervio facial, generalmente unilateral. Es una enfermedad benigna de la porción infratemporal del nervio facial, que consiste en la pérdida temporal de la función contráctil de la musculatura mímica de la cara, de causa desconocida, pero puede ser secundaria a un traumatismo, compresión o tumor. Este es un proceso autolimitante que no amenaza la vida del paciente y generalmente desaparece en un plazo de 1 a 3 semanas[1].

Del 3 al 15% de las parálisis faciales de Bell recidivan. El cuadro clínico se caracteriza por presentar el fenómeno de Bell, dolor facial y retroauricular, hiperacusia y disminución del lagrimeo [1]. Existen numerosas teorías etiopatogénicas (vascular, vírica, inmunológica) y ninguna de ellas está suficientemente demostrada. El virus del herpes simple tipo 1 está involucrado en un 31-79% de los casos de parálisis de Bell encontrándose incluso en la saliva de los pacientes[2].

El grado de parálisis facial más frecuente según escala de House Brackman es el grado 4, aparece en la cuarta década de vida, con predilección por el sexo femenino y lado izquierdo de la cara, tiene

relación con antecedentes patológicos como; hipertensión, diabetes, hábitos tabáquicos, alcoholismo y drogadicción.[1]

Independientemente de la verdadera causa, dependiendo del grado de daño ocasionado, el nervio facial perderá función de manera gradual. Si el edema es mínimo (neuropraxia), el nervio recuperará su función rápidamente. En la medida en que el daño al nervio aumente, las secuelas se irán agravando.[2]

La recuperación funcional en casos de parálisis facial es variable y está asociada al nivel de atrofia muscular existente. Por lo general afecta al tercio inferior ya que el tercio superior puede conservar los ramos de la inervación contralateral [3]. Los tiempos de recuperación dependen de la adherencia al tratamiento como así también de la precocidad con la que se inicie los tratamientos fisiokinesicos[4].

Las sincinesias son secuelas que consisten en el desarrollo de un movimiento involuntario asociado a un movimiento voluntario, por ejemplo; al parpadear se mueve la boca y viceversa. Aparecen a los 3 o 4 meses después de iniciada la parálisis[3].

El tratamiento fisiokinésico de la parálisis facial recurre a diferentes métodos de acuerdo a la causa y evolución del trastorno, busca aliviar y mejorar las complicaciones y efectos secundarios derivados de la inmovilidad de la musculatura facial. Estas terapias, se encuentran directamente relacionadas con la ejecución de expresiones faciales cotidianas, como arrugar la frente, abrir y cerrar los ojos, sonreír, fruncir la nariz, levantar el labio superior y apretar los labios, entre otros. Generalmente se usa un espejo para realizar los ejercicios, con la intención de que el paciente se observe y mejore su ejecución[3-5].

OBJETIVOS

Generales. Analizar los patrones de recuperación funcional de los pacientes con parálisis facial incluidos en los grupos de estudio y control de un estudio experimental realizado en el Servicio Universitario de Kinesiología desde 2012 a 2018.

Partidulares. - Describir las características de la oclusión de ojos y boca teniendo en cuenta la escala de House Brackman; Identificar los diferentes tipos de contención de líquidos en la boca.; y Tipificar los movimientos involuntarios, movimientos asociados y sincinesias en cada caso en particular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo- retrospectivo, a partir de los datos obtenidos en las fichas de seguimiento de los pacientes incluidos en los grupos de estudio y control del proyecto en el cual se enmarca este plan de trabajo. La muestra estuvo integrada por 40 unidades de análisis, de las cuales 20 correspondieron al grupo de estudio (que fueron tratados con electroestimulación mediante corriente exponencial) y 20 al grupo control (que fueron tratados mediante protocolo de reeducación facial frente al espejo y no recibieron estimulación eléctrica con corriente exponencial).

Para el procesamiento de la información se utilizó el programa Excel y se emplearon medidas de tendencia central y cálculo de frecuencia de las variables estudiadas.

Se tomaron en cuenta las siguientes variables: Registro de House Brackman inicial y final, grupo al que pertenece, tipo de oclusión de ojos, tipo de oclusión de boca, capacidad de contención de líquidos, presencia de sincinesias, tipo de sincinesia y tipo de parálisis facial.

RESULTADOS

Se tomaron 40 registros de personas con parálisis facial periférica, de las cuales 20 correspondieron al grupo de estudio (personas que recibieron electroestimulación como parte del tratamiento) y 20 al grupo control (personas que no recibieron electroestimulación como parte del tratamiento).
Se calculó la media de House Brackman inicial (3,75) y final (1,5) en ambos grupos.

Del grupo de estudio quince personas (75%) realizaron suplencias durante la oclusión de ojos y boca al finalizar el tratamiento, mientras que en el grupo control esta característica estuvo presente en trece pacientes (65%).

Respecto a la presencia de sincinesias, El 35 % y el 30% de los pacientes del grupo estudio y control respectivamente presentaron ésta secuela.

Se identificaron 3 tipos de sincinesias; 1: Ojo-boca (presente ocho pacientes del grupo de estudio y en dos del grupo control). 2: Boca-ojo (presente en un caso del grupo control) y 3: ojo-boca/ boca-ojo combinados (presente en un caso del grupo de estudio). Por otro lado, las personas con parálisis facial crónica y House Brackman superior a 4 en el grupo de estudio desarrollaron secuelas, en tanto en el grupo control los pacientes con una valoración de 3 han desarrollado esta condición.

DISCUSIÓN

Las parálisis faciales pueden generar secuelas funcionales en el rostro. En los resultados se observó la existencia del predominio de sincinesias en pacientes con un periodo de evolución mayor a un mes, consideradas parálisis faciales crónicas y con un House Brackman superior a 3 y 4.

En la acción de ocluir la boca y contener líquidos se evidenciaron suplencias en ambos grupos. No obstante, estos pacientes finalizaron el tratamiento ocluyendo la boca y conteniendo líquido, cumpliendo así con la capacidad funcional requerida para dicha zona anatómica.

Respecto al tipo de tratamiento que han recibido ambos grupos, autores como Ojeda y cols. Exponen que hacer uso de la Electroestimulación para los casos de PFP puede generar sincinesias faciales, por lo que recomiendan usarla como alternativa terapéutica durante un periodo corto o descartarla, dependiendo del caso [6]. Por el contrario, Baricich y cols. tienen sus objeciones respecto al riesgo de provocar sincinesias y contracturas musculares.[7] Pérez Chávez y col., consideran poco probable respecto a lo que refieren algunas investigaciones básicas, acerca de la posibilidad de aumento de reinervación anómala con el uso de la electroestimulación, ya que se estimula el punto motor del músculo y no el nervio.[8]

Teniendo en cuenta lo antes mencionado a la presencia y desarrollo de sincinesias, los autores suelen asociarla al tratamiento, no obstante, es menester mencionar que en el presente estudio se observó que los pacientes con parálisis facial crónica, que hicieron electroestimulación y obtuvieron una valoración de 4 y superior a 4 según escala de House Brackman desarrollaron sincinesias. Por otro lado, los pacientes que no realizaron electroestimulación han desarrollado esta condición con un grado 3 según la escala antes mencionada. Por lo cual podría decirse que la presencia de sincinesia podría no estar asociada directamente al tratamiento realizado sino a otros factores como el grado de parálisis y el tiempo de evolución.

CONCLUSIÓN

Los patrones de recuperación funcional en personas con parálisis facial periférica tienen relación con el grado de afectación del nervio facial y el tiempo de evolución de la misma. Es probable que el desarrollo de sincinesias esté vinculada a las variables antes mencionadas y no al tratamiento aplicado.

REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1- González HJM. Estudio epidemiológico de la parálisis de Bell o parálisis facial idiopática realizado en el Servicio de Fisiatría del Hospital Clínico Universitario De La Universidad Central De Venezuela. Noviembre 2003 - marzo 2.004 Resultados preliminares. Acta odontológica Venezolana. 45(3) 2007. Disponible en https://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/3/art-16/

2- García Piña JA, Gómez Pedroso Balandrano A, Teliz Meneses MA, Duran Gutiérrez A. Parálisis de Bell: algoritmo actual y revisión de la literatura. Asociación mexicana de cirugía bucal y maxilofacial, colegio mexicano de cirugía bucal y maxilofacial. 2011; 7 (2): 68-75

3- Rodríguez Ortiz MD, Mangas Martínez S, Ortiz Reyes MG, Rosete Gill HS, Vales Hidalgo O, Hinojosa González R. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. Artículo de revisión. Arch. neurocien México, 2011; 16 (3): 148-155;

4- Piñero BM, Pérez Rodríguez E, Yumar Carralero AC, Hernández Calzadilla M, Lamarque Martínez VH, Castillo Bueno E. Rehabilitation effectiveness of bell's palsy. Revista cubana de medicina física y rehabilitación 2017; 9(1): 1-14.

5- La Touche R, Escalante K, Linares MT, Mesa J. Effectiveness of physiotherapy treatment in peripheral facial palsy. A systematic review. Rev Neurol 2008; 46(12): 714-8.

6- Ojeda-Manzano A, Pérez- Padilla EA, Salgado-Burgos H. Tratamiento de la Parálisis Facial Periférica Bilateral. A propósito de un caso. Ciencia y Humanismo en la Salud 2019;6 (3): 78-83.

7- Baricich A, Cabrio C, Paggio R, Cisari C, Aluffi P. Peripheral facial nerve palsy: how effective is rehabilitation? Otol Neurotol 2012; 33(7): 1118-26.

8- Pérez Chávez E, Gámez Martínez C, Guzmán González JM, et al. Guía clínica para la rehabilitación del paciente con parálisis facial periférica. Revista médica del IMSS 2004; 42: 435-436.