



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

La observación clínica nos ha demostrado que los pacientes afectados de parálisis facial concurren inicialmente al Odontólogo, debido a que los signos y síntomas de esta afección son cráneo-faciales; ello nos ha llevado a hacer un resumen de los caracteres clínicos de la misma con el fin de que sirvan de ayuda para su correcto diagnóstico y tratamiento

Definición: La parálisis facial, parálisis de Bell, parálisis del VII par, es un síndrome producido por una lesión del nervio facial que se caracteriza por la abolición de la motilidad en el territorio por el inervado.

Clasificación: Se las divide en dos grupos:

- a) **Parálisis facial central:** Corresponde al sistema nervioso central y la lesión se produce por encima del núcleo de origen del facial; de acuerdo a la localización, se la subdivide en: a) supranuclear cuando la lesión reside en el trayecto de la vía piramidal, desde la corteza cerebral hasta el núcleo del facial y b) nuclear cuando la lesión reside en la misma protuberancia.
- b) **Parálisis facial periférica:** Es la que más interés tiene desde el punto de vista del Odontólogo y es debida a una lesión del nervio desde su emergencia hasta su dis-

tribución en la cara. Es la de mayor frecuencia (80 a 85% de los casos).

Etiología Hasta no hace mucho tiempo la lesión era atribuida a exposición al aire frío, viento o hielo; injurias traumáticas o infecciosas del facial; enfermedades sistémicas (sífilis, diabetes, difteria, etc.); intoxicaciones; ingestión de bebidas frías; intervenciones quirúrgicas sobre A.T.M.; anestias tronculares a nivel de la espina de Spix, etc. De todas éstas la causa más común aceptada era la de la exposición al frío del lado comprometido (por ello se las llama también "parálisis a frigori") y sería debida a la compresión del facial en su trayecto intrapetroso por los vasos que lo acompañan y que estarían injuritados por efectos de la temperatura (neurodocitis de Sicard).

En la actualidad esto no es aceptado ya que se cree que el frío es una causa predisponente (que puede faltar a veces), mientras la causa real y determinante es un virus neurotrópico que se halla acantonado en dicho nervio y que se revela ante cualquier causa predisponente.

Sintomatología: Se la encuentra generalmente en el adulto y podemos encontrarnos con:

- 1. **Trastornos motores:** En su comienzo que es generalmente brusco, la parálisis interesa to-

(*) Jefe de Clínica de la Cátedra de Clínica Estomatológica y Parodontia. Avenida Octavio Pinto 1199 - Bajo Palermo - Córdoba - Rep. Argentina.

dos los músculos faciales del lado de la lesión (no los masticadores por estar inervados por el V par). Al ser unilateral en la mayoría de los casos, llama la atención la asimetría facial y la facidez de los músculos, quedando

esa parte del rostro inexpressiva; se borran los surcos faciales normales, la hendidura palpebral se amplia y permanece abierta aún durante el sueño debido a que es incapaz de cerrar el ojo a consecuencia de la pa-

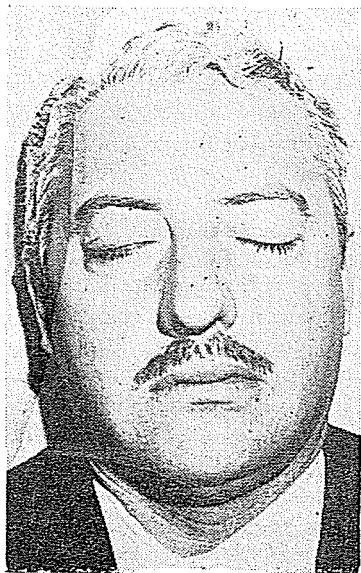


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5

rálisis del orbicular de los párpados: es el signo de Bell o del "ojo fugante" (al cerrar los ojos el globo ocular del lado de la parálisis gira hacia arriba y hacia afuera, ocultándose la córnea debajo del párpado superior); no puede fruncir el ceño; hay ptosis de la ceja y colocando bruscamente ante el paciente una luz fuerte no se produce parpadeo del lado enfermo (reflejo óptico palpebral).

La paciente de la foto anterior concurre a la consulta enviada por su médico por presentar dolores de oído y a los fines de investigar presencia de focos sépticos de origen dentario. Como podemos apreciar en las fotos anteriores el movimiento de la hemiarcada acentúa la asimetría, al igual que la risa y el llanto, todo lo cual configura uno de los signos más importantes; hay dificultad para articular las palabras y para ingerir los alimentos ya que la lengua se desvía ligeramente. Si a ello agregamos que la comisura está descendida en el lado afectado, vemos que el paciente no puede soplar ni silbar; la mejilla del lado afectado se levanta en la espiración (facies del fumador de pipa).

2. **Trastornos sensitivos:** Tales como dolores frecuentes de oído, conducto auditivo externo, pabellón retroarticular y vecindades; hipoestusias, hormigueos dolorosos, etc. La otalgia se debe a la lesión de las fibras sensitivas del facial que vienen por el nervio intermediario de Wrisberg.

3. **Trastornos vasomotores:** Podemos encontrarnos con vasodilatación y rubor de la zona; está disminuída la secreción sudoral de la mitad paralizada; están aumentadas la secreción nasal, la salival (que puede caer por la comisura) y la lagrimal que da el síndrome de las "lágrimas de cocodrilo", caracterizado por la aparición del lagrimeo y la congestión conjuntival en el período de restitución de las parálisis periféricas.

Bing y Bogorath han descripto el signo de las lágrimas de cocodrilo o reflejo gusto lagrimal: consiste en la secreción abundante de lágrimas en el ojo del lado afectado, durante la masticación, hecho que recuerda el fenómeno corriente en el cocodrilo que llora cuando engulle su presa. Este fenómeno se explica por las conexiones que existen entre la cuerda del timpano y las fibras secretoras lagrimales en el ganglio esfenopalatino; al producirse la parálisis sobreviene la hiperexcitabilidad de las fibras secretoras con la consiguiente secreción por los estímulos gustativos.

Tratamiento: En realidad no hay uno especial y por lo general lo que se hace es un tratamiento sistomático, siendo según Rimbaud "necesario saber esperar".

Hay que someter al paciente a agentes terapéuticos que tengan acción anticongestiva o antiflogística: radioterapia profunda, calor local en todas sus formas (onda corta y diatermia,

fomentos, bolsas de agua caliente, etc.) y cortisona que es lo más usado hoy en día, y de ellas en especial la prednisolona de acción prolongada.

Se puede complementar con: tranquilizantes la primera semana; vitamina B1 los primeros quince días; y posteriormente psicoterapia, masajes manuales, ejercicios activos frente a un espejo (elevación de la ceja, oclusión labial, desviación de la comisura hacia e lado paralizado). La fisioterapia debe continuarse durante 2 a 3 meses, pasados los cuales si no se aprecia ninguna mejoría debe abandonarse y hacer alguna cirugía plástica.

Hay que prestar especial atención al cuidado del ojo en los primeros días y usar defensas contra el viento y el polvo, lo que se ve facilitado con el uso de anteojos.

Evolución: Por lo general el curso de la enfermedad es benigno y sólo un 15 a un 25% no curan espontáneamente (Martín); la recuperación se hace gradualmente y cede al término del tratamiento o se completa meses después. Así vemos que las parálisis ligeras curan en 4-5 semanas, las formas medianas duran de 3-4 meses y las graves pasan la fase de contractura y no curan más.

Recordemos que la pérdida del gusto o ageusia, es sólo temporal. El gusto se encuentra abolido en la parte anterior de la lengua (desde la V lin-

gual hasta la punta por lesión de la cuerda del tímpano).

Resumen: Se hace una reseña de la sintomatología y tratamiento de la parálisis facial periférica con miras a un mejor desempeño del Odontólogo general frente a una afección que cae dentro de su especialidad.

SUMMARY

A brief outline is made about the symptomatology and treatment of the peripheric facial paralysis with a view of improving the general knowledges of the odontologist in what concerns an affection that falls within his speciality.

BIBLIGRAFIA

1. BURKET, L. W. Medicina bucal. México, Interamericana, 1954.
2. GONZALEZ, Lucas L. Patología clínica bucodentales (v. 3). Buenos Aires, Purinzón, 1957.
3. SAENZ DE LA CALZADA, I. Exploración clínica en estomatología... 2. ed. Madrid, Paz Montalvo, 1961.
4. La ESCUELA odontológica alemana. (v. 1). Barcelona, Labor, 1947.
5. MILLER, Charles S. Diagnóstico y tratamiento bucal. Rosario, La Médica, 1957.
6. OBREGON, Manuel; VIETTA, Luis, y BATTEZZATI, Oreste.
7. BRODSKY, Howard. Atlas of oral and facial lesions. Baltimore, Williams & Wilkins, 1948.
8. LITTER y WEXSELBLATT. Tratado de neurología. 4. ed.