

Parálisis facial tratamiento

□ 1. Tratamiento inicial de protección ocular En pacientes con incapacidad para cerrar adecuadamente el párpado (lagofthalmos), la protección ocular es crítica para prevenir complicaciones graves como queratitis o úlceras corneales:

Lágrimas artificiales (sin conservantes preferentemente) cada 2-4 horas según necesidad.

Pomadas oftálmicas lubricantes y antibióticas (p. ej., eritromicina o epitelizante) antes de dormir y cada 6-8 horas durante el día.

Oclusión ocular parcial o total durante el sueño para evitar exposición corneal.

En casos severos, se puede considerar un tarsorrafia temporal (quirúrgica o con toxina botulínica).

□ 2. Corticoides Especialmente indicados en casos de parálisis facial aguda por inflamación o edema postoperatorio (siempre tras valoración individualizada):

Prednisona oral en pauta decreciente durante 7-14 días, iniciando precozmente (primeras 48 horas).

□ 3. Tratamiento rehabilitador precoz Clave para minimizar secuelas funcionales, mejorar tono muscular y evitar fibrosis o atrofia:

Masoterapia facial: Masajes suaves para mantener elasticidad muscular y circulación.

Ejercicios pasivos faciales: Movilización guiada para mantener movilidad articular y elasticidad muscular.

Ejercicios propioceptivos y reeducación neuromuscular: Ejercicios activos frente al espejo para favorecer la reconexión cerebral-muscular.

Biofeedback electromiográfico (en casos específicos): Favorece la conciencia muscular y la activación selectiva de músculos afectados.

□ 4. Tratamiento farmacológico complementario (controvertido) Vitaminas del grupo B (complejo vitamínico B), utilizadas frecuentemente aunque sin evidencia fuerte de efectividad.

En casos específicos, según el mecanismo, pueden plantearse fármacos neurotróficos (ácido alfa-lipoico, citicolina), aunque su evidencia científica es limitada.

□ 5. Tratamientos avanzados y quirúrgicos (parálisis persistente o grave) Si la parálisis facial persiste más allá de 6-12 meses sin signos de recuperación, se pueden valorar alternativas quirúrgicas especializadas:

Toxina botulínica para manejo de sincinesias o espasmos faciales asociados.

Cirugía de reanimación facial:

Anastomosis nerviosa (por ejemplo, hipogloso-facial).

Transferencias musculares (por ejemplo, transferencias microquirúrgicas del músculo gracilis).

□ 6. Seguimiento multidisciplinar Neurología/Neurocirugía para seguimiento etiológico y evaluación de la evolución neurológica.

Oftalmología para prevención y tratamiento de complicaciones oculares.

Medicina física y rehabilitación para recuperación funcional integral.

Psicología o apoyo emocional en pacientes con alteración de imagen corporal o secuelas psicológicas por la parálisis facial.

□ Pronóstico en casos quirúrgicos La recuperación tras una lesión quirúrgica del nervio facial depende del grado de daño nervioso.

Las lesiones por compresión leve o edema suelen recuperarse parcialmente en semanas o meses.

Las lesiones por transección o manipulación directa del nervio durante la cirugía pueden tardar más en recuperarse o tener recuperación incompleta.

Tratamiento quirúrgico

La anastomosis del nervio hipogloso-facial es uno de los procedimientos habituales para restaurar la función después de la parálisis facial secundaria a la cirugía para la extirpación de tumores del ángulo ponto-cerebeloso.

Los resultados publicados de la anastomosis del nervio hipogloso-facial han sido variables, y todavía hay preguntas sobre las indicaciones, el momento y las técnicas quirúrgicas para este procedimiento.

En un análisis retrospectivo de 22 casos con parálisis facial completa, de una serie de 245 casos de tumores del ángulo pontocerebeloso intervenidos quirúrgicamente por uno de los autores. Veinte pacientes tenían un neurinoma del acústico (con una media de 3,5 cm), un paciente tenía un meningioma del peñasco, y un paciente tenía un neuroma facial.

La edad media de los pacientes fue de 47,3 años (rango 19 a 69 años).

El intervalo medio entre la cirugía del tumor a la anastomosis del nervio hipogloso-facial fue de 6,4 meses (rango 12 días a 17 meses), y el período medio de seguimiento después del procedimiento fue de 65 meses.

Los resultados fueron buenos en 14 casos (63,6%), regulares en tres (13,6%), y pobres en cuatro (18,2%); uno (4,5%) fue un fracaso.

Los buenos resultados se produjeron con mayor frecuencia en pacientes más jóvenes que se operaron en intervalos más cortos, aunque estas relaciones no fueron estadísticamente significativas.

No hubo complicaciones quirúrgicas.

Los buenos resultados se lograron en 17 (77,3%) de los 22 casos, y por lo tanto la anastomosis del nervio hipogloso-facial se considera un procedimiento eficaz para la mayoría de los pacientes con parálisis facial tras la cirugía de tumores del ángulo ponto-cerebeloso (Pitty 1992).

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=paralisis_facial_tratamiento

Last update: **2025/05/03 23:58**

