



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Guías oficiales ACORL para el diagnóstico y tratamiento de las patologías más frecuentes en otorrinolaringología

Guía para el diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática

Guide for the diagnosis and treatment of idiopathic peripheral facial paralysis

Francisco González-Eslait*, Emelina Ruiz-Tejada**, Jorge Alirio Holguín-Ruiz***, Carlos Enrique León-Sarmiento****, Juan José Vélez-Rodríguez*****.

- * Médico, otorrinolaringólogo, otólogo; jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario del Valle; jefe del programa de posgrado de Otorrinolaringología la Universidad del Valle; miembro de la ACORL. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2288-0101>
- ** Médica, otorrinolaringóloga, otóloga; docente del programa de posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle; miembro de la ACORL. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5352-8255>
- *** Médico, otorrinolaringólogo; docente del programa de posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle; miembro de la ACORL. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7361-6672>
- **** Médico, residente de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle. ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-5482-1672>
- ***** Médico, residente de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-8545-1370>

Forma de citar: González-Eslait F., Ruiz-Tejada E., Holguín-Ruiz JA., León-Sarmiento CE., Vélez-Rodríguez JJ. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello.2024; 52(3): 351-376 10.37076/acorl.v52i3.819

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 22 de marzo de 2024
Evaluado: 29 de abril de 2024
Aceptado: 28 de octubre de 2024

Palabras clave (DeCS):

Parálisis facial, parálisis de Bell, nervio facial, corticoesteroides.

RESUMEN

La parálisis facial periférica idiopática ocupa el mayor porcentaje de todas las causas de parálisis facial, lo que representa aproximadamente el 60%-75%. Esta resulta de una alteración completa o parcial de los movimientos musculares de la hemicara afectada, como su nombre lo indica, su causa es desconocida, pero se han generado varias teorías y su diagnóstico es por exclusión. Se produce un déficit facial del tipo de motoneurona inferior, unilateral, de aparición rápida. Sin embargo, los pacientes pueden tener otros síntomas como hiperacusia, disgeusia, dolor facial y epífora. El diagnóstico diferencial de la parálisis facial es extenso y se puede dividir en amplias categorías como congénita, cerebrovascular, infecciosa, neoplásica, inflamatoria o autoinmune y traumática.

Correspondencia:

Jorge Alirio Holguín Ruiz
Email: holguin.jorge@correounivalle.edu.co
Dirección: Avenida 3 Norte 35N 10 Cons 210 Clínica Sogma – Cali
Tel 3155807376

ABSTRACT

Key words (MeSH):

Facial paralysis, Bell palsy, facial nerve, adrenal cortex hormones.

Idiopathic peripheral facial paralysis occupies the highest percentage of all causes of facial paralysis, representing approximately 60%-75%. It results from a complete or partial alteration of the muscular movements of the affected hemiface, as its name indicates, its cause is unknown, but several theories have been generated and its diagnosis is by exclusion. A facial deficit of the lower motor neuron type, unilateral, of rapid onset, occurs. However, patients may have other symptoms such as hyperacusis, dysgeusia, facial pain, and epiphora. The differential diagnosis of facial paralysis is extensive and can be divided into broad categories such as congenital, cerebrovascular, infectious, neoplastic, inflammatory or autoimmune, and traumatic.

Introducción

La parálisis facial periférica es una causa de consulta frecuente en otorrinolaringología, que produce angustia en el paciente dado que afecta dramáticamente la expresión, simetría y armonía facial. Adicionalmente afecta funciones como el cierre palpebral, función masticatoria, deglutoria y la articulación verbal. La forma más común de parálisis facial periférica es la parálisis facial idiopática o parálisis de Bell, en la cual nos centramos en esta guía (1, 2).

Definición

Los relatos de parálisis facial se remontan al siglo V a. de C. por Hipócrates. Charles Bell fue un anatomista, cirujano, fisiólogo y teólogo natural escocés que describió la anatomía del nervio facial y cómo se asociaba con la parálisis facial unilateral en el año 1821 (2). Desde entonces, la parálisis facial periférica idiopática se ha denominado parálisis de Bell. Esta resulta de una alteración completa o parcial de los movimientos musculares de la hemicara afectada, como su nombre lo indica, su causa es desconocida, pero se han generado varias teorías y su diagnóstico es por exclusión. Se produce un déficit facial del tipo de motoneurona inferior, unilateral, de aparición rápida. Sin embargo, los pacientes pueden tener otros síntomas como hiperacusia, disgeusia, dolor facial y epífora (2).

Orientación diagnóstica

Al evaluar a un paciente con debilidad/parálisis facial por parálisis de Bell, se debe considerar lo siguiente:

- Tiene un inicio rápido (<72 horas).
- Se diagnostica cuando no se identifica ninguna otra etiología médica como causa de la debilidad facial.
- La presentación bilateral es rara.
- Suele ser autolimitada, sin embargo, hasta el 30% de los pacientes sufren secuelas.
- Puede ocurrir en hombres, mujeres y niños, pero ocurre con mayor frecuencia entre las personas de 15 a 45 años; aquellos con diabetes, enfermedades de las vías respiratorias superiores o sistemas inmunológicos comprometidos, o durante el embarazo.
- La parálisis de Bell suele ser autolimitada, sin embargo, hasta el 30% de los pacientes sufren disfunción nerviosa permanente.

Examen físico

Incluye una valoración completa de estructuras de cefálico a caudal, con examen neurológico completo, componente motor y sensitivo con enfoque en estructuras faciales, evaluando la competencia de esfínter ocular y oral, también pares craneales. Adicionalmente debe realizarse otoscopia. La cara se evalúa y se clasifica desde parálisis incompleta o paresia hasta parálisis facial completa, según los sistemas de evaluación y clasificación de movilidad facial recomendados (3).

El diagnóstico diferencial de la parálisis facial es extenso y se puede dividir en amplias categorías como congénita, cerebrovascular, infecciosa, neoplásica, inflamatoria o autoinmune y traumática. La anamnesis y el examen físico del médico están dirigidos a eliminar enfermedades dentro de este diagnóstico diferencial (**Tabla 1**) (4).

Tabla 1. Diagnóstico diferencial de parálisis facial
Idiopática <ul style="list-style-type: none"> ● Parálisis facial periférica o de Bell
Infeciosa <ul style="list-style-type: none"> ● VIH ● Enfermedad de Lyme ● Poliomiелitis ● Meningitis/encefalitis ● Herpes ● Varicela zóster (Ramsay Hunt) ● Virus de Epstein-Barr ● Rubéola ● Parotiditis
Traumática <ul style="list-style-type: none"> ● Trauma de tejidos blandos ● Fractura de hueso temporal ● Cirugía ● Trauma al nacer ● Barotrauma
Autoinmune <ul style="list-style-type: none"> ● Guillain-Barré ● Melkersson-Rosenthal ● Esclerosis múltiple ● Amiloidosis ● Sarcoidosis ● Síndrome de Sjögren
Neoplasia <ul style="list-style-type: none"> ● Neurinoma del acústico ● Tumor del nervio facial ● Neurofibroma ● Hemangioma ● Glomo ● Tumor parotídeo ● Tumores del sistema nervioso central ● Tumores de cabeza y cuello ● Carcinoma escamocelular ● Rabdomyosarcoma ● Metástasis
Congénita <ul style="list-style-type: none"> ● Síndrome de Moebius ● Macrosomía hemifacial ● Paresia congénita unilateral del labio inferior ● CHARGE ● VACTERL ● Síndrome CHAPLE ● Síndrome branquio-oto-renal ● No sindrómicos ● Agenesia mononeural ● Ausencia congénita de musculatura facial ● Síndrome de Poland ● Trauma obstétrico
Otológica <ul style="list-style-type: none"> ● Otitis media aguda/mastoiditis ● Otitis media crónica ● Colesteatoma
Intracraneal <ul style="list-style-type: none"> ● Accidente cerebro vascular

Datos tomados de: Hohman MH, Hadlock TA. Etiology, diagnosis, and management of facial palsy 2000 patients at a facial nerve center. In: Laryngoscope. John Wiley and Sons Inc.; 2014 (5).

Justificación

La parálisis facial periférica idiopática ocupa el mayor porcentaje de todas las causas de parálisis facial, representa aproximadamente el 60%-75%, con una incidencia reportada en la literatura de 23 a 25 casos por cada 100.000 habitantes (6). Si bien la mayor parte de los pacientes cursan con una evolución clínica favorable con recuperación completa, hay pacientes que persisten con secuelas y una recuperación incompleta. Debido a la relevancia y la frecuencia de esta enfermedad, se hace imprescindible crear una guía actualizada que se base en las últimas investigaciones publicadas para garantizar el diagnóstico y tratamiento adecuados de los pacientes afectados.

Objetivo general

Proporcionar recomendaciones respaldadas por la evidencia más sólida con el fin de asistir a los profesionales en la toma de decisiones bien fundamentadas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de pacientes adultos que sufren de parálisis facial periférica idiopática. Esto permitirá establecer un protocolo común de atención para dicho grupo de pacientes, optimizar las decisiones clínicas y fomentar la eficaz gestión de recursos disponibles.

Alcance de la guía

La población diana de esta guía de práctica clínica corresponde a población adulta que se presenta con parálisis facial periférica idiopática. Esta guía va dirigida a médicos generales, médicos de urgencias, otorrinolaringólogos y neurólogos.

Usuarios

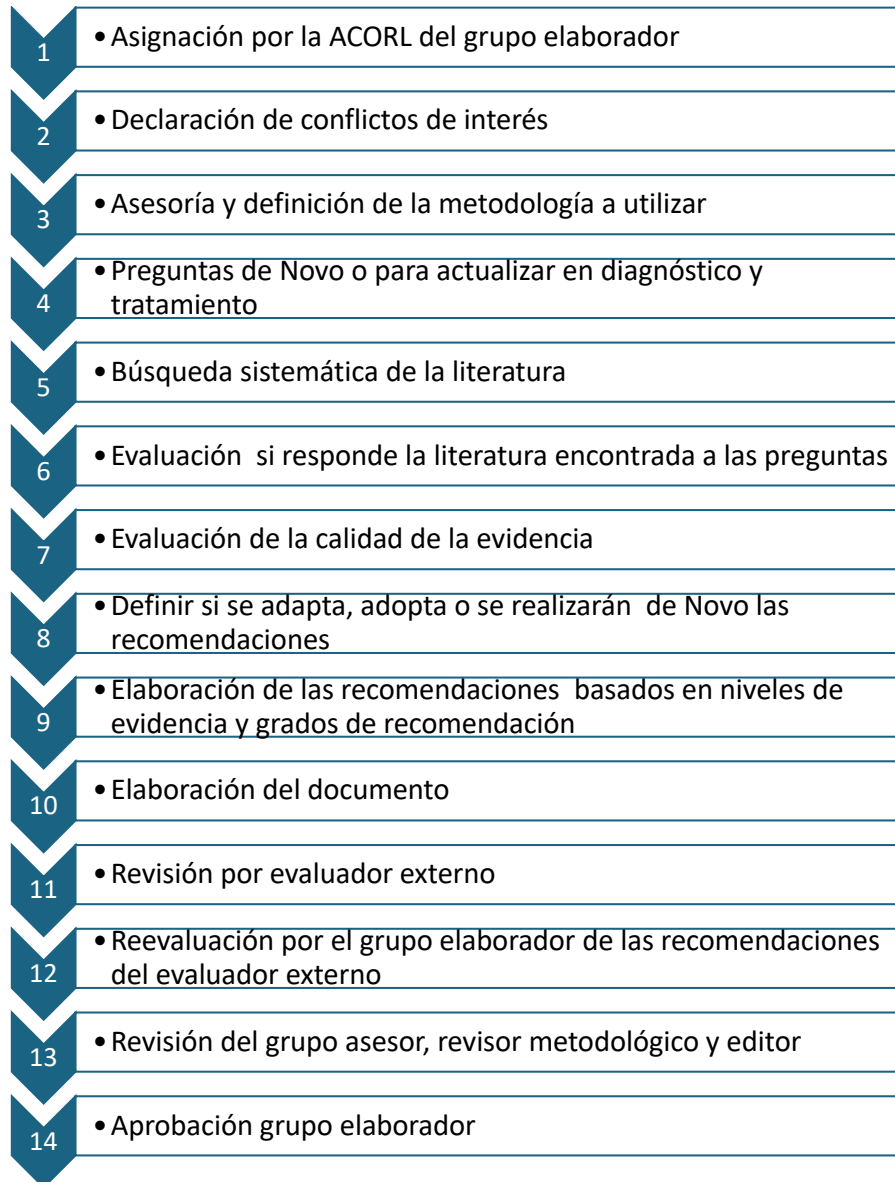
Esta guía está dirigida a otorrinolaringólogos, otólogos, audiólogos, médicos generales, médicos familiares, médicos internistas, neurólogos u otros trabajadores de la salud que se encarguen de la atención de pacientes con *tinnitus* en Colombia.

Población blanco

Pacientes con parálisis facial periférica que sean mayores de 18 años residentes de Colombia.

Metodología

Se definió por el grupo elaborador las preguntas de novo y para actualizar. Se realizó una búsqueda de la literatura, posteriormente se evaluó la calidad de la evidencia y se definió realizar según el caso de adopción, adaptación o guía de novo para la redacción del documento teniendo en cuenta la calidad de la evidencia y el grado de recomendación. La guía fue evaluada por un revisor externo y posteriormente las recomendaciones dadas fueron evaluadas por el grupo elaborador.



Fecha de elaboración de la guía

Entre enero de 2024 y mayo de 2024. Se sugiere la revisión de esta guía en el primer semestre del 2028. La guía fue elaborada de septiembre de 2023 a agosto de 2024. (*Figura 1*)



Figura 1. Metodología de elaboración de la guía. Elaboración propia.

Grupo desarrollador de la guía y su filiación

En la elaboración, redacción y revisión de esta guía participaron los doctores:

- *Francisco González Eslait. Médico, otorrinolaringólogo, otólogo; jefe del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Universitario del Valle; jefe del programa de posgrado de Otorrinolaringología la Universidad del Valle; miembro de la ACORL.*
- *Emelina Ruiz Tejada. Médica, otorrinolaringóloga, otóloga; docente del programa de posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle; miembro de la ACORL.*
- *Jorge Alirio Holguín Ruiz. Médico, otorrinolaringólogo; docente del programa de posgrado de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle; miembro de la ACORL.*
- *Carlos Enrique León Sarmiento. Médico, residente de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle.*
- *Juan José Vélez Rodríguez. Médico, residente de Otorrinolaringología de la Universidad del Valle.*

Declaración de conflictos de interés

Se declara que ninguno de los autores de la guía presenta algún conflicto de interés que declarar.

Preguntas de novo o para actualizar

1. ¿Cuáles son las escalas clínicas de clasificación de función del nervio facial más recomendadas para evaluar la severidad inicial y realizar el seguimiento de los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática?
2. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomienda realizar estudios de electrodiagnóstico como electroneuronografía (ENoG) y electromiografía (EMG) para evaluar el pronóstico?
3. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomienda realizar estudios de imagen (tomografía computarizada [TC] y resonancia magnética nuclear [RMN]) como estudios diagnósticos?
4. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática, el uso de corticosteroides mejora la tasa de recuperación o disminuye las secuelas en comparación con placebo?
5. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de antivirales solos o en combinación con corticosteroides mejoran la tasa de recuperación o disminuye las secuelas?
6. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de acupuntura, vitaminas u homeopatía y tratamientos de medicina ancestral mejora la recuperación o disminuye la morbilidad a largo plazo en comparación con no usarla?
7. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática con cierre palpebral incompleto cuáles cuidados oculares se recomiendan para evitar lesiones o daño ocular asociado?
8. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática la terapia física mejora la recuperación y disminuye las secuelas?
9. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática está indicada la electroestimulación?
10. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática la realización de descompresión quirúrgica del nervio facial mejora la recuperación comparada con manejo médico?
11. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática cuándo se debe direccionar a valoración por especialista?

Casos especiales de parálisis facial periférica (se menciona una breve descripción de cada uno al final de esta guía).

- Síndrome de Ramsay Hunt.
- Parálisis congénita.
- Parálisis facial en el embarazo.
- Parálisis facial espontánea en niños.
- Parálisis facial bilateral.
- Parálisis facial recurrente.
- Parálisis facial postraumática.
- Parálisis facial periférica idiopática en pacientes con diabetes.

Búsqueda de la evidencia

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica por parte de la ACORL en las bases de datos PubMed, Nice, Embase, Epistemonikos y Trip Database, que abarcó documentos publicados desde el 1 de enero de 2014 hasta el 21 de octubre de 2023. Se incluyeron como términos clave términos MeSH: “facial palsy” AND “facial paralysis”, y como tipo de estudio: guías de práctica clínica y revisiones sistemáticas. Como otros filtros, se usaron estudios solo en humanos. Esta información fue enviada al grupo elaborador de la Universidad del Valle. Posteriormente, se establecieron unas preguntas PICO en las que se desarrollaron los aspectos más importantes de diagnóstico y tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. Se procedió a revisar la literatura enviada

de textos que daban respuestas a estas preguntas, y cumplían con los requisitos de calidad y confianza de la evidencia. Dado que no fueron resueltas las preguntas en su totalidad, se procedió a hacer una nueva búsqueda por el grupo elaborador.

Evaluación de la calidad de la evidencia

De acuerdo con el tipo de estudio, se evaluó así:

- Se realiza una evaluación de guías de manejo, en las cuales se estableció su calidad metodológica mediante el método AGREE II, y se eligieron las que tuvieron 60% o más en cada dominio.
- Revisiones sistemáticas de la literatura, las cuales fueron evaluadas mediante AMSTAR-2, con calificación de confianza alta o media.
- Experimentos clínicos que fueron evaluados mediante la escala de Jadad (>4).
- En el anexo se presentan los procesos de evaluación de la calidad de la evidencia

Definición de adopción, adaptación o guía de novo

Se definió realizar adaptación de las guías de práctica clínica para parálisis facial periférica idiopática que tuvieran calidad suficiente con un AGREE II mayor al 60%, dado la nueva evidencia disponible, se modificaron las recomendaciones y se revisaron las mismas para evaluar su implementación

Clasificación de los niveles de evidencia, fuerza de recomendación y metodología para realizar las recomendaciones

Nivel A

- Intervención: experimentos clínicos bien diseñados y conducidos.
- Metaanálisis.
- Diagnóstico: estudios de diagnóstico con patrón de referencia independiente, aplicable a la población.

Nivel B

- Estudios experimentales o de diagnóstico con limitaciones menores.
- Hallazgos consistentes de estudios observacionales.

Nivel C

- Uno o pocos estudios observacionales o múltiples estudios con hallazgos inconsistentes o limitaciones mayores.

Nivel D

- Opinión de expertos, reporte de casos o razonamiento a partir de los principios. Los niveles de la evidencia se clasificaron siguiendo las recomendaciones de clasificación de las Guías de Práctica Clínica de la Academia Americana de Pediatría.

Clasificación tomada de: American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics*. 2004;114(3):874-77. doi: 10.1542/peds.2004-1260.

Grado de las recomendaciones

Tabla 2. Grado de recomendaciones según la metodología GRADE basado en la evidencia y balance riesgo-beneficio.

Grade	Fuerte a favor	Débil /condicional a favor	Débil /condicional en contra	Fuerte en contra
Recomendación	Definitivamente se debe usar la intervención.	Probablemente se debe usar la intervención.	Probablemente no se debe usar la intervención.	Definitivamente no se debe usar la intervención.
Balance riesgo-beneficio	Los beneficios claramente superan los riesgos.	Los beneficios probablemente superan los riesgos.	Los riesgos probablemente superan los beneficios.	Los riesgos definitivamente superan los beneficios.

Tomada de: Organización Panamericana de la Salud. Directriz para el fortalecimiento de los programas nacionales de guías informadas por la evidencia. Una herramienta para la adaptación e implementación de guías en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.

Se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

1. *Balance entre beneficios y riesgos*: se realiza una apreciación entre los desenlaces de efectividad y seguridad de las intervenciones.

2. *Calidad de la evidencia científica*: antes de formular una recomendación, se analiza la confianza sobre la estimación del efecto observado con base en la calidad de la evidencia de los desenlaces.
3. *Valores y preferencias*: las preferencias de los pacientes se tienen en cuenta dada su importancia en el momento de evaluar la adherencia a las recomendaciones.
4. *Costos*: este aspecto es específico de cada contexto donde la guía se implementará, dado que los costos pueden diferir. Este aspecto representa un ítem relevante durante el proceso de toma de decisiones y formulación de las recomendaciones.

Tabla 3. Resumen de las recomendaciones, nivel de evidencia científica y fuerza de la recomendación.

Pregunta a desarrollar	Recomendación	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
1. ¿Cuáles son las escalas clínicas de clasificación de función del nervio facial más recomendadas para evaluar la severidad inicial y realizar el seguimiento de los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática?	<i>Se recomienda utilizar la escala House-Brackmann en conjunto con la escala de Sunnybrook para la clasificación inicial de severidad y para el seguimiento clínico de los pacientes.</i>	C	Débil/condicional a favor
2. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomienda realizar estudios de electrodiagnóstico como electroneuronografía (ENoG) y electromiografía (EMG) para evaluar pronóstico?	<i>Se recomiendan en casos específicos como en la parálisis facial completa, con evolución desfavorable o como un criterio para recomendar un manejo quirúrgico.</i>	C	Débil/condicional a favor
3. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomienda realizar pruebas de imagen (TC y RMN) como estudios diagnósticos?	<i>No se recomienda realizar imágenes (TC y RMN) de rutina en pacientes con parálisis facial periférica idiopática de reciente aparición.</i>	C	Fuerte en contra
4. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de corticosteroides mejora la tasa de recuperación o disminuye las secuelas en comparación con placebo?	<i>En los pacientes con parálisis facial periférica idiopática los corticosteroides han demostrado aumentar la tasa de recuperación facial, con una disminución del riesgo de recuperación facial insatisfactoria cuando son administrados de manera temprana comparados con placebo.</i>	A	Fuerte a favor
4.1 ¿Se recomienda el uso de corticosteroides intratimpánicos?	<i>No hay suficiente evidencia para recomendar el uso de corticoides intratimpánicos para pacientes con parálisis facial periférica idiopática. Puede ser una alternativa terapéutica en casos particulares.</i>	C	Débil/condicional en contra
5. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomiendan los antivirales como monoterapia?	<i>No se recomienda usar medicamentos antivirales como monoterapia para el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática.</i>	B	Fuerte en contra
6. ¿Se recomienda el uso de terapia combinada de corticosteroide más antiviral en pacientes con parálisis facial idiopática?	<i>Se recomienda el tratamiento temprano dentro de las 72 h de inicio del cuadro combinado corticosteroides y antivirales, en situaciones especiales como pacientes con parálisis completa asociada a otalgia intensa.</i>	B	Débil/condicional a favor
7. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de acupuntura, vitaminas u homeopatía y tratamientos de medicina ancestral mejora la recuperación o disminuye la morbilidad a largo plazo en comparación con no usarla?	<i>No hay evidencia consistente para recomendar el uso de terapias alternativas como acupuntura, vitaminas, homeopatía y tratamientos de medicina ancestral para pacientes con parálisis facial periférica idiopática.</i>	C	Sin recomendación
8. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática con cierre palpebral incompleto cuáles cuidados oculares se recomiendan para evitar lesiones o daño ocular asociado?	<i>Se recomienda uso de lubricante ocular 3 a 4 veces al día y cubrimiento ocular nocturno en los pacientes con parálisis facial cuando el cierre palpebral sea incompleto.</i>	D	Fuerte a favor
9. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se debe indicar terapia física para mejorar la recuperación y disminuir secuelas?	<i>Se recomienda la terapia física supervisada para pacientes con parálisis facial periférica idiopática con debilidad persistente a las 8 semanas de inicio del cuadro dado el riesgo de recuperación incompleta y secuelas.</i>	C	Débil/condicional a favor
10. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de electroestimulación mejora la recuperación?	<i>No se recomienda la electroestimulación en paciente con parálisis facial periférica idiopática dado evidencia inconsistente.</i>	C	Débil/condicional en contra

11. ¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática la realización de descompresión quirúrgica del nervio facial mejora la recuperación comparada con manejo médico?	No se recomienda la descompresión quirúrgica del nervio facial de manera rutinaria para la parálisis facial periférica idiopática. Sin embargo, dada la variabilidad de resultados y técnicas reportadas podría ser considerada como una opción en casos seleccionados.	C	Opcional
12. Derivar a especialista	Se recomienda la derivación a un especialista en parálisis facial si no hay mejoría del cuadro después de 3 meses.	D	Fuerte a favor

Recomendaciones

Recomendación 1

¿Cuáles son las escalas clínicas de clasificación de función del nervio facial más recomendadas para evaluar la severidad inicial y realizar el seguimiento de los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática?

Grado de recomendación: débil/condicional a favor.

Nivel de evidencia: C.

Se recomienda utilizar la escala House-Brackmann en conjunto con la escala de Sunnybrook para la clasificación inicial de severidad de la parálisis facial periférica idiopática y para el seguimiento clínico de los pacientes.

La escala House-Brackmann (HB) (**Figura 2**), aunque originalmente se diseñó para evaluar la función facial después de la cirugía del neurinoma del VIII par, sigue siendo la herramienta más empleada por los otorrinolaringólogos para evaluar cualquier tipo de parálisis facial. Sin embargo, es menos sensible a los cambios que ocurren durante la recuperación de la función facial. Esta escala sigue siendo la más recomendada en las guías de práctica clínica a nivel internacional, dado que es una clasificación estandarizada de alta difusión entre los profesionales y con facilidad de uso (7).

I. Normal. Función facial normal en todas las áreas
II. Disfunción leve. Macroscópica: ligera debilidad notable por inspección cercana. Sincinesia ligera. Simetría y tono normales en reposo. Movimiento: Frente: función buena a moderada. Ojo: cierre completo con esfuerzo mínimo. Boca: ligera asimetría.
III. Disfunción moderada. Macroscópica: Diferencia obvia pero no desfigurante, sincinesia, contractura o espasmo hemifacial notables, pero no graves. Simetría y tonos normales en reposo. Movimiento: Frente: movimiento ligero a moderado. Ojo: cierre completo con esfuerzo. Boca: debilidad ligera con esfuerzo máximo.
IV. Disfunción moderada grave. Macroscópica: Debilidad obvia, asimetría desfigurante, o ambas. Tono y simetría normales en reposo. Movimiento: Frente: ninguno. Ojo: cierre incompleto. Boca: asimetría con esfuerzo máximo.
V. Disfunción grave. Macroscópica: Solo hay movimiento apenas perceptible. Asimetría en reposo. Movimiento: Frente: ninguno. Ojo: cierre incompleto. Boca: movimiento ligero.
VI. Parálisis total. No hay movimiento

Figura 2. Escala House-Brackmann. Tomada de: Sweeney K. Evaluation and management of Bell's Palsy. Grand Rounds Presentation, UTMB. 2002 (3).

En una revisión sistemática se describe que la escala de clasificación facial de Sunnybrook (**Figura 3**) ha sido evaluada de manera robusta para cumplir con varios criterios deseados: puntúa cada territorio del nervio facial, examina la actividad estática y dinámica, y documenta sincinesias. Se ha comprobado que es un método reproducible, con baja variabilidad tanto entre observadores como dentro de un mismo observador, y es lo bastante sensible como para detectar los cambios a lo largo del tiempo y tras intervenciones específicas. La confiabilidad intraobservador e interobservador ha sido examinada en varios estudios. Los coeficientes de correlación intraclase variaron de 0,838 a 0,985 para la variabilidad intraobservador y de 0,831 a 0,997 para la variabilidad interobservador, donde 1,0 es una correlación perfecta. Es conveniente para el uso clínico generalizado por parte de los profesionales (8). La puntuación final (compuesta) se obtiene restando las puntuaciones de simetría en reposo y sincinesia de la puntuación del movimiento voluntario. La puntuación final oscila entre 0 para parálisis facial completa y 100 para función facial normal (4).

Sistema de Gradación Facial Sunnybrook

Simetría en Reposo	Simetría de Movimiento Voluntario	Sincinesias																																																																	
<p>Comparada con el lado normal</p> <p>Apertura entre párpados (Elegir sólo una)</p> <p>Normal 0 Disminuida 1 Aumentada 1 Cirugía de Párpados 1</p> <p>Mejilla (Surco Naso-Labial)</p> <p>Normal 0 Ausente 2 Menos pronunciado 1 Más pronunciado 1</p> <p>Boca</p> <p>Normal 0 Comisura caída 1 Comisura hacia arriba/afuera 1</p> <p style="text-align: right;">Total <input type="checkbox"/></p> <p>Puntaje de Simetría en Reposo Total X 5 <input type="checkbox"/></p>	<p>Grado de Excursión Muscular Comparado con el lado normal</p> <p>Expresiones Estándares</p> <p>Iniciar de Iniciar Movimiento Inicia leve movimiento Inicia movimiento con moderada excursión Movimiento casi completo Movimiento Completo</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Arrugar la Frente</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cerrar los Ojos</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonreír con Labios Abiertos</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arrugar la Nariz</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estirar Labios Hacia Adelante</td> <td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Total <input type="checkbox"/></p> <p>Puntaje de Movimiento Voluntario Total X 4 <input type="checkbox"/></p>	Arrugar la Frente	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Cerrar los Ojos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Sonreír con Labios Abiertos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Arrugar la Nariz	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	Estirar Labios Hacia Adelante	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>	<p>Califique el grado de CONTRACCIÓN MUSCULAR INVOLUNTARIA asociada con cada expresión</p> <p>Ninguna: Sin sincinesia O movimiento en masa Leve: Sincinesias leves Moderado: Sincinesias ovid, pero no desfigurante Severa: Sincinesias desfigurante</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Arrugar la Frente</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cerrar los Ojos</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sonreír con Labios Abiertos</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Arrugar la Nariz</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Estirar Labios Hacia Adelante</td> <td>0</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">Puntaje de Sincinesias Total <input type="checkbox"/></p>	Arrugar la Frente	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Cerrar los Ojos	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Sonreír con Labios Abiertos	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Arrugar la Nariz	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Estirar Labios Hacia Adelante	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>
Arrugar la Frente	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>																																																													
Cerrar los Ojos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>																																																													
Sonreír con Labios Abiertos	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>																																																													
Arrugar la Nariz	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>																																																													
Estirar Labios Hacia Adelante	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>																																																													
Arrugar la Frente	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>																																																														
Cerrar los Ojos	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>																																																														
Sonreír con Labios Abiertos	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>																																																														
Arrugar la Nariz	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>																																																														
Estirar Labios Hacia Adelante	0	1	2	3	<input type="checkbox"/>																																																														
<p>Nombre del Paciente _____</p> <p>Diagnóstico _____</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Puntaje de Movimiento Voluntario <input type="checkbox"/> - Puntaje de Simetría en Reposo <input type="checkbox"/> - Puntaje de Sincinesias <input type="checkbox"/> = Puntaje Final <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: right;">Puntaje Final <input type="checkbox"/></p>																																																																	

Fliess, Fradet, Niedzelski 1992
Homologación Chilena por Galindo, Sandoval, Cerdá, Ulloa & Vargas, 2016

Figura 3. Sistema de gradación facial Sunnybrook. Tomado de: Chee GH, et al. Facial Plast Surg. 2000;16(4):315-24.

- Valores y preferencias: no tomados en cuenta.
- Costos: los relacionados con la capacitación e instrucción de los profesionales en la escala House-Brackmann y Sunnybrook.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: se recomienda usar en conjunto las dos escalas dado los beneficios complementarios que aportan.

Electrodiagnóstico

Recomendación 2

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomienda realizar estudios de electrodiagnóstico como electroneuronografía (ENoG) y electromiografía (EMG) para evaluar pronóstico?

Grado de recomendación: débil/condicional a favor.

Nivel de evidencia: C.

Las pruebas electrofisiológicas tienen indicación limitada en el contexto de la parálisis facial periférica idiopática y no se recomiendan de forma rutinaria o en casos de parálisis incompleta.

Las pruebas se recomiendan en casos específicos como en la parálisis facial completa con evolución desfavorable o como un criterio para recomendar un manejo quirúrgico.

En pacientes con el cuadro clínico típico de parálisis de Bell con parálisis facial incompleta, no se recomienda solicitar pruebas de electrodiagnóstico de forma rutinaria, dado que las posibilidades de recuperación completa son muy altas con tasas que van desde aproximadamente el 70% hasta el 94% con esteroides, y estas no proporcionan ningún beneficio directo al tratamiento o diagnóstico, además del alto costo y la incomodidad del procedimiento. Sin embargo, en casos de parálisis facial completa o recuperación deficiente, las pruebas de electrodiagnóstico pueden proporcionar información de pronóstico y

ayudar a identificar posibles candidatos a un eventual tratamiento rehabilitador (manejo quirúrgico). La electroneuronografía (ENoG) en las primeras 72 horas a 21 días tiene valor pronóstico. La electromiografía (EMG) es más valiosa si se realiza a las 2 a 3 semanas hasta los 3 meses de iniciado el cuadro (7, 9, 10).

En un estudio de cohortes prospectivo que incluyó 120 pacientes, la ENoG fue la evaluación electrofisiológica más precisa para la predicción de neuropraxias, aunque no fue lo suficientemente específica para un diagnóstico diferencial entre lesiones de axonotmesis y neurotmesis. La prognosis basada en ENoG usualmente considera un índice de degeneración (DI) >90% como el valor que identifica a sujetos con una mayor incidencia de parálisis residual (4). Un grado HB severo (V-VI) tanto en la primera (odds ratio [OR] = 2,91, p = 0,019) como la segunda evaluación (OR = 4,98, p = 0,016) fue uno de los factores predictivos más significativos para resultados desfavorables y la aparición de sincinesias (11).

En una revisión sistemática que incluyó once estudios con 3837 participantes, de los cuales el 91,6% fueron diagnosticados con parálisis de Bell, el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo para la recuperación de la movilidad facial, basado en los hallazgos de la EMG, osciló entre 82,1% y 100% y 66,7% y 80,5%, respectivamente, encontrando que la EMG sigue siendo un predictor significativo de recuperación en el análisis multivariado y es una herramienta útil para obtener información para guiar las decisiones de manejo y aconsejar a los pacientes sobre sus expectativas (12).

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- Costos: intervención que tiene su beneficio en términos de costos en los casos descritos.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: se define evolución desfavorable como el paciente que en el término de 6 meses no ha recuperado la movilidad y el tono de la musculatura facial.

Recomendación 3

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomienda realizar pruebas de imagen (TC y RMN) como estudios diagnósticos?

Grado de recomendación: débil/condicional en contra.

Nivel de evidencia: C.

No se recomienda realizar imágenes (TC y RMN) de rutina en pacientes con parálisis facial periférica idiopática de reciente aparición. Se recomienda realizar imágenes para descartar neoplasias u otros diagnósticos alternativos en pacientes con características atípicas del cuadro, debilidad progresiva o sin mejoría. Adicionalmente cuando es recurrente o bilateral (leer apartado casos especiales).

La realización de imágenes diagnósticas en el momento de la presentación inicial de estos pacientes no se recomienda. Aunque en los estudios de RMN en parálisis de Bell pueden mostrar realce a lo largo del nervio facial afectado (ipsilateral), especialmente alrededor de la región del ganglio geniculado, este hallazgo no influye en el curso del tratamiento. Sin embargo, si hay un curso atípico de la enfermedad, como la falta de recuperación dentro del marco de tiempo esperado, parálisis bilateral o recurrente, parálisis de ramas aisladas, afectación de otros nervios craneales u otras características atípicas de la parálisis de Bell, se deben realizar imágenes de todo el trayecto del nervio facial (9, 13).

La modalidad de imagen preferida es la resonancia magnética con contraste para el estudio del recorrido del nervio facial, que debe incluir secuencias cerebrales centradas en la región del ángulo pontocerebeloso-conducto auditivo interno (APC-CAI), así como secuencias de cuello que abarquen la glándula parótida. La TC se reserva para situaciones en las que la resonancia magnética no sea factible o en casos con antecedentes de traumatismo (7, 9).

En un estudio retrospectivo que incluyó un total de 163 pacientes con diagnóstico de parálisis de Bell, se dividieron en dos grupos: los que recibieron imágenes (TC y RMN) y los que fueron diagnosticados sin imágenes. Se concluye que hay una carga financiera innecesaria y no se deben realizar estudios de imagen de rutina al diagnosticar la parálisis de Bell no complicada (14).

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- Costos: no es costo-eficiente implementar pruebas de imagen de rutina en pacientes con parálisis facial periférica idiopática.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: ninguno.

Recomendación 4

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de corticosteroides mejora la tasa de recuperación o disminuye las secuelas, comparado con placebo?

Grado de recomendación: fuerte a favor.**Nivel de evidencia: A.**

Se recomienda el uso de corticosteroides en todos los pacientes con parálisis facial periférica idiopática que no tengan contraindicaciones para su uso.

En los pacientes con parálisis facial periférica idiopática los corticosteroides han demostrado aumentar la tasa de recuperación facial, con una disminución del riesgo de recuperación facial insatisfactoria cuando son administrados de manera temprana comparados con placebo (9, 13). Una revisión sistemática de Cochrane publicada en 2016 que incluyó 7 estudios ensayos clínicos aleatorizados con 895 pacientes con parálisis facial periférica idiopática de diversos grados de severidad, evidenció que los pacientes que usaron corticosteroides tuvieron menor riesgo de recuperación incompleta facial a los 6 meses al ser comparados con personas que solo recibieron placebo con diferencia estadísticamente significativa (RR 0,63). Adicionalmente esta revisión sistemática evidenció menor riesgo de sincinesias motoras y “lágrimas de cocodrilo” (ojos llorosos al comer o beber) en el grupo de pacientes que usaron corticosteroide (15).

- Costos: la intervención es costo-efectiva.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: se recomienda el uso de corticoides de manera temprana idealmente menor a 72 horas desde el inicio de los síntomas.
- Recomendación: se recomienda el uso de prednisona 50-60 mg/día por 7-10 días iniciada idealmente dentro de las primeras 72 horas del inicio del cuadro para el manejo de la parálisis facial periférica idiopática.

Grado de la recomendación: débil a favor.**Nivel de evidencia: B.**

En una revisión sistemática realizada en 2019, que incluyó 8 estudios de cohorte retrospectivo, con 1637 pacientes compararon la dosis estándar (50-60 mg de prednisolona/día) con dosis altas de corticosteroides (100 mg o más de prednisolona/día) para el manejo de la parálisis de Bell. Los pacientes tratados con dosis altas mostraron menor tasa de no recuperación a los 6 meses (OR = 0,45, intervalo de confianza [IC] del 95% 0,22-0,8) (16). No se observaron diferencias en efectos adversos. Sin embargo, las dosis usadas en los diferentes estudios fueron variadas, y los estudios tenían alto riesgo de sesgo. Dado lo anterior es necesario una mayor investigación con metodología más robusta para permitir analizar la eficacia y la seguridad de dosis altas de corticosteroides comparadas con la dosis habitual (17). Dado el balance riesgo/beneficio demostrado por los corticosteroides a dosis habitual, se recomienda su uso para el manejo de la parálisis facial idiopática (7, 9, 13).

- Valores y preferencias: ninguna.
- Costos: es una intervención costo-efectiva.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: se proponen dosis de 1 mg/kg/día de esteroide oral (prednisona), máximo hasta 60 mg/día, teniendo en cuenta los efectos adversos asociados y el pobre beneficio de las dosis altas de esteroide sistémico.

Recomendación 4.1

¿Se recomienda el uso de corticosteroides intratimpánicos?

Grado de recomendación: débil/condicional en contra.**Nivel de evidencia: C.**

No hay suficiente evidencia para hacer una recomendación sobre el uso de corticoides intratimpánicos para pacientes con parálisis facial periférica idiopática.

En una revisión sistemática realizada en 2022 se incluyeron 3 estudios clínicos controlados aleatorizados y dos estudios de cohortes, con un total de 350 pacientes con parálisis de Bell y síndrome de Ramsay Hunt para evaluar la eficacia y seguridad de la aplicación de esteroide intratimpánico. El método de administración de los corticosteroides intratimpánicos varió de 1 a 2 veces por semana hasta 10 días consecutivos y se evidenció que en los pacientes tratados con corticosteroides sistémicos asociados a corticosteroides intratimpánicos de manera diaria redujeron la tasa de no recuperación, al ser comparados con el grupo de corticosteroides sistémicos solos (OR = 0,14, IC del 95% 0,04-0,50). Sin embargo, no se evidenció disminución de la tasa de no recuperación con la administración de corticosteroides no diaria (OR = 0,93, IC del 95% 0,37-2,34). Dado lo anterior se necesita mayor evidencia para valorar la efectividad de los corticosteroides intratimpánicos en los pacientes con parálisis facial periférica idiopática (18).

- Valores y preferencias: la aplicación de inyección intratimpánica puede generar dolor y morbilidad en el paciente.
- Costos: no hay evidencia que respalde que sea costo-efectivo la aplicación intratimpánica de corticosteroides.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: uso a criterio del profesional teniendo en cuenta evolución y condiciones particulares. Puede ser una alternativa terapéutica en pacientes con diabetes mellitus de difícil control glucométrico.

Recomendación 5

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se recomiendan los antivirales como monoterapia?

Grado de recomendación: fuerte en contra.

Nivel de evidencia: B.

No se recomienda usar medicamentos antivirales como monoterapia para el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática.

Todos los estudios clínicos doble ciegos controlados con placebo desde 2007, así como metaanálisis, han demostrado la ausencia de mejoría significativa, ausencia de disminución de recuperación insatisfactoria con el uso aislado de antivirales (aciclovir y valaciclovir) para los pacientes con parálisis de Bell. A pesar de que no se ha evidenciado aumento de eventos adversos mayores, el uso de antivirales es más costoso que no usarlo. Dado lo anterior no hay razón para ofrecer manejo con medicamentos antivirales de manera aislada para los pacientes con parálisis de Bell (9, 19). No existe literatura de buena calidad más reciente sobre el uso aislado de antivirales en parálisis de Bell dado el beneficio demostrado de la terapia con corticosteroides.

En una revisión sistemática de Cochrane de 2019 se compararon dos ensayos clínicos que incluyeron 658 pacientes con parálisis facial idiopática tratados con antivirales como monoterapia frente a placebo. El análisis no evidenció diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la proporción de pacientes con recuperación incompleta (RR: 1,10, IC del 95% 0,87-1,40) secuelas motoras a largo plazo como sincinesias o síndrome de lágrimas de cocodrilo (RR: 1,04, IC del 95% 0,56-1,24), así como en efectos adversos (RR: 0,83, IC del 95% 0,56-1,24) (9, 17).

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- Costos: no es costo-efectivo el uso de antivirales como monoterapia para la parálisis de Bell.
- La opción es factible de implementar.
- Recomendación: no se recomienda el uso rutinario de antivirales en combinación con corticoides para pacientes con parálisis facial periférica idiopática.

Grado de la recomendación: débil/condicional en contra.

Nivel de la evidencia: B.

La evidencia de utilización de antivirales asociados a corticoesteroides ha mostrado resultados controversiales. En 2019 Cochrane publicó una revisión sistemática que incluyó 13 ensayos clínicos que compararon la tasa de recuperación incompleta en pacientes con parálisis de Bell tratados con antivirales en combinación con corticosteroides frente a pacientes tratados con corticosteroides solos, encontrando un menor riesgo de recuperación incompleta en el grupo tratado con la terapia combinada (RR: 0,59, IC del 95% 0,47-0,70). Sin embargo, al analizar solo ensayos clínicos con el menor riesgo de sesgo, se incluyeron 3 ensayos clínicos con 766 pacientes en total, sin encontrar una diferencia clara entre estas dos intervenciones para recuperación incompleta (RR: 0,81, IC del 95% 0,36-0,87) (17).

El análisis de dos ensayos clínicos que incluyeron 469 que tenían como desenlace las secuelas tardías motoras (sincinesias y síndrome de lágrimas de cocodrilo), evidenció que pacientes del grupo de manejo combinado de antivirales con corticosteroides tuvo una reducción de las secuelas tardías, sincinesias, en comparación con el grupo de corticosteroides de manera aislada, con una diferencia estadísticamente significativa (RR = 0,56, IC del 95% 0,36-0,87) (17).

- Costos: no es costo-efectivo el uso de antivirales en combinación con corticosteroides de forma rutinaria en el manejo de parálisis de Bell.

Recomendación 6

¿Se recomienda el uso de terapia combinada de corticosteroide más antiviral en pacientes con parálisis facial idiopática?

Grado de recomendación: débil/condicional a favor.**Nivel de evidencia: B.**

Se recomienda el tratamiento temprano (dentro de las primeras 72 horas) combinando corticosteroides y antivirales para pacientes con parálisis facial periférica idiopática en situaciones especiales como pacientes con parálisis completa asociada a otalgia intensa.

Hasta un 30% de parálisis facial periférica por herpes zóster puede presentarse sin la aparición de vesículas, por lo cual, ante una supuesta parálisis de Bell completa, acompañada de mucho dolor, podría indicarse el uso de antivirales asociado a corticoterapia. En la revisión sistemática de Cochrane de 2019 se analizó el uso de antivirales asociados a corticoides frente a corticoides solos en pacientes con parálisis de la movilidad facial de grado severo, encontrando una menor proporción de pacientes que presentaron recuperación incompleta en el grupo de manejo combinado (RR = 0,64, IC del 95% 0,41-0,99) (2). Sin embargo, al realizar el análisis de solo 4 estudios con el menor riesgo de sesgo (N=98) no se encontró dicha diferencia (RR 0,82, IC del 95% 0,57-1,17) (5). No se ha evidenciado un aumento de efectos adversos en pacientes tratados con antivirales asociados a corticoides frente a corticoides de manera aislada (17).

Las opciones de antiviral incluyen valaciclovir a una dosis de 20-30 mg/kg 3 veces al día durante 5 días, y el aciclovir de 800 mg 5 veces al día durante 7 días.

Recomendación 7

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de acupuntura, vitaminas u homeopatía y tratamientos de medicina ancestral mejora la recuperación o disminuye la morbilidad a largo plazo en comparación con no usarla?

Grado de recomendación: no recomendación.

No hay evidencia consistente para recomendar el uso de terapias alternativas como acupuntura, vitaminas, homeopatía y tratamientos de medicina ancestral para pacientes con parálisis facial periférica idiopática.

El uso de acupuntura como terapia alternativa para la parálisis de Bell es controvertido. En una revisión sistemática realizada en 2014 que incluyó 14 ensayos clínicos controlados aleatorizados, que comparaban el uso de acupuntura versus otras terapias para el tratamiento de la parálisis de Bell en población tanto adulta como pediátrica, se incluyeron 151 pacientes y se evidenció mayor tasa de respuesta efectiva en el grupo de pacientes tratados con acupuntura con una diferencia estadísticamente significativa (RR: 1,14, IC del 95% 1,04-1,25); sin embargo, con una heterogeneidad alta entre los estudios (I²=87%), con un alto riesgo de presentar sesgo en los estudios y sin evaluación de la incidencia de complicaciones (20). En un metaanálisis chino, la acupuntura fue reportada como superior al tratamiento con medicamentos, sin embargo, este metaanálisis tuvo un considerable riesgo de sesgo (9).

Dado lo anterior el uso de acupuntura podría ser efectiva como una alternativa para la parálisis de Bell, sin embargo, no hay suficiente evidencia que pueda respaldar su eficacia ni seguridad (9). El uso de terapias alternativas como homeopatía o vitaminas no tiene una evidencia científica de calidad suficiente para evaluar su utilidad en el tratamiento de la parálisis facial de Bell.

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- Costos: el uso de terapias alternativas es más costoso que no usarlo, sin beneficio evidenciado en la literatura.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: a criterio del profesional y condiciones particulares de cada individuo.

Recomendación 8

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática con cierre palpebral incompleto cuáles cuidados oculares se recomiendan para evitar lesiones o daño ocular asociado?

Grado de recomendación: fuerte a favor.**Nivel de evidencia: D.**

Se recomienda uso de lubricante ocular 3 a 4 veces al día y cubrimiento ocular nocturno en los pacientes con parálisis facial cuando el cierre palpebral sea incompleto. En caso de presentar cambios inflamatorios oculares o alteración de agudeza visual, debe ser valorado por oftalmología.

La parálisis de la musculatura facial puede limitar la capacidad del paciente para parpadear y el cierre ocular completo, lo que puede provocar dolor, irritación y sequedad ocular y, en algunos casos, daño corneal (queratopatía por exposición) y problemas de visión. Para pacientes con parálisis facial con cierre incompleto del ojo, los tratamientos incluyen el uso frecuente durante el día de gotas lubricantes para los ojos y, al dormir, el ojo debe cubrirse con un adhesivo médico después de aplicar suavemente una pomada oftálmica. Los pacientes deben ser revisados mensualmente durante los primeros tres meses para detectar posibles exposiciones corneales (21).

En un estudio reciente, en el que se incluyeron 1870 pacientes con parálisis facial, la prevalencia de discapacidad visual grave fue del 15% y el 47% tuvo exposición de la superficie ocular en la primera presentación. La presencia de cicatriz corneal (28% frente a 10,2%, $p < 0,001$; OR 3,05), úlcera corneal (12,9% frente a 2,3%, $p < 0,001$; OR 4,67), edad avanzada en el momento de la presentación ($p < 0,001$; OR 1,02), lagoftalmos > 10 mm ($p < 0,001$; OR 8,7), sexo masculino y duración de la parálisis facial ($p = 0,021$; OR 1) fueron factores de riesgo independientes para desarrollar discapacidad visual. De los 893 ojos con exposición de la superficie ocular, 75 (3,9%) tenían una úlcera corneal y 11 (0,6%) estaban perforados, y el resto tenía defectos epiteliales y queratopatía puntiforme (7, 9, 13).

- Comentarios o juicio del grupo elaborador: evidencia de baja, pero se recomienda por el grupo elaborador por el riesgo de queratopatía por exposición.

Recomendación 9

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática se debe indicar terapia física para mejorar la recuperación y disminuir secuelas?

Grado de recomendación: débil/condicional a favor.

Nivel de evidencia: C

Se recomienda la terapia física supervisada para pacientes con parálisis facial periférica idiopática con debilidad persistente a las 8 semanas de inicio del cuadro dado el riesgo de recuperación incompleta y secuelas.

No se dan recomendaciones con respecto a la terapia física (supervisada y no supervisada) en la etapa aguda debido a la falta de evidencia consistente.

La fisioterapia se aplica clásicamente en la parálisis de Bell que persiste más allá de los primeros meses, para acelerar la recuperación y limitar las secuelas. Varios estudios informan un alto riesgo de sesgo debido a variaciones en las técnicas y el momento de inicio de la terapia. Sin embargo, está claro que la rehabilitación de los músculos faciales mejora la función facial cuando la parálisis de Bell no se resuelve. En el caso de la parálisis de Bell grave o en caso de factores que favorezcan una mala recuperación, se recomienda el tratamiento por parte de un especialista en rehabilitación (logopeda o fisioterapeuta, con las cualificaciones pertinentes) (7).

La realización de ejercicios sin supervisión profesional en la fase de parálisis no aporta ningún beneficio y facilita la reinervación aberrante y el reclutamiento de UM en exceso, lo que favorece patrones anormales de movimiento y la aparición de sincinesias, movimientos en masa y áreas hipertónicas cuando se produce la reinervación (22).

Una revisión sistemática y metaanálisis de alta calidad de Teixeira y colaboradores en 2011 publicado en Cochrane evidencia que los ejercicios faciales personalizados pueden mejorar la función facial (baja calidad), principalmente en personas con parálisis moderada y casos crónicos, y puede reducir las secuelas en casos agudos (22).

En otra revisión sistemática en la que se incluyeron 19 estudios, que evaluó todo tipo de intervenciones de ejercicios faciales supervisados para la parálisis facial, en los que se especificó la etapa de recuperación, 6 estudios se concentraron en la fase aguda, reclutando pacientes desde las 48 horas hasta un mes desde el inicio de la parálisis facial. Otros 12 estudios se centraron en casos crónicos, incluidos pacientes entre 2 y 30 años después del inicio. Estos estudios refuerzan la evidencia de revisiones Cochrane anteriores sobre el valor de la fisioterapia en las primeras fases de la recuperación, y también se suman a la evidencia previamente limitada que respalda su uso en casos crónicos. La naturaleza heterogénea de la base de evidencia actual también limita la capacidad de establecer una correlación clara entre la efectividad de la terapia de ejercicios faciales y el tiempo desde la aparición de la parálisis facial, la gravedad clínica u otros datos demográficos del paciente (23).

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: realizar terapia física inicial supervisada. La terapia física temprana no supervisada conlleva riesgos de mayores secuelas por reinervación aberrante como sincinesias. El paciente con parálisis facial completa debe evitar cualquier esfuerzo o estimulación facial más allá de masajes suaves.

Recomendación 10

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática el uso de electroestimulación mejora la recuperación?

Grado de recomendación: débil en contra.

Nivel de evidencia: C.

No se recomienda la electroestimulación en pacientes con parálisis facial periférica idiopática dado que la evidencia es inconsistente.

La evidencia disponible de muy baja calidad proporciona poco respaldo para la electroestimulación; además, el perfil de seguridad de dicha terapia no está comprobado y hay un costo adicional (13). Algunas guías de práctica clínica consideran que la electroterapia y el ejercicio forzado (chicle, biofeedback) están formalmente contraindicados en la parálisis de Bell (7).

En una revisión sistemática en la que se evaluó el efecto de la electroacupuntura (EA) en la parálisis facial intratable (IFP, parálisis facial que persiste >2 meses), se incluyeron un total de 18 estudios con 1119 participantes, todos ellos con diversos aspectos de riesgo de sesgo. Los resultados del metaanálisis revelaron que las formas de EA mejoraron la tasa efectiva total en comparación con sus contrapartes sin EA (RR 1,23, IC del 95%: 1,17–1,31, I² = 0%, 18 estudios, 1119 participantes) y mejoraron la tasa de curación de manera más significativa que los grupos sin EA (RR 2,04; IC del 95%: 1,70–2,44, I² = 0%, 18 estudios, 1119 participantes). Ninguno de los estudios informó eventos adversos. Concluyen que la terapia con EA es más beneficiosa para los pacientes con parálisis facial intratable que sin EA, pero carece de evidencia suficiente para evaluar su seguridad y efecto de seguimiento. Por lo tanto, se necesita el desarrollo la realización de más estudios clínicos con metodologías de mayor calidad para verificar aún más los efectos a largo plazo de la EA para la PFI y mejorar el nivel de evidencia (24).

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- La opción es factible de implementar.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: no hay suficiente evidencia para dar recomendaciones a favor, se han descrito efectos nocivos y secuelas asociadas a reinervación aberrante. Se debe individualizar cada caso y condiciones particulares.

Recomendación 11

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática la realización de descompresión quirúrgica del nervio facial mejora la recuperación comparada con manejo médico?

Grado de recomendación: opcional.

Nivel de evidencia: C.

No se recomienda la descompresión quirúrgica del nervio facial de manera rutinaria para la parálisis facial periférica idiopática. Sin embargo, dada la variabilidad de resultados y técnicas reportadas podría ser considerada como una opción en casos seleccionados.

Dado la fisiopatología de parálisis de Bell, algunos autores han sugerido la descompresión quirúrgica del nervio facial como alternativa de manejo. Sin embargo, no hay consenso sobre la descompresión quirúrgica de nervio facial para el tratamiento en la parálisis de Bell. Se han desarrollado múltiples enfoques, sin embargo, los más comunes son la descompresión transmastoides y la craneotomía de fosa media (7).

Los efectos adversos reportados del enfoque transmastoides son la desarticulación del yunque con posterior hipoacusia, lesiones iatrogénicas del nervio facial, mientras que, para el enfoque de craneotomía de fosa media, son la fístula de líquido cefalorraquídeo, la meningitis y las complicaciones asociadas a la retracción del lóbulo temporal como la afasia y convulsiones.

Se han realizado pocos estudios para evaluar la efectividad de la descompresión quirúrgica del nervio facial. En un metaanálisis que evaluó la descompresión del nervio facial por medio de un enfoque combinado transmastoides y de craneotomía de fosa craneal media fue superior al tratamiento clínico. Otros estudios no han demostrado diferencias significativas.

En una revisión sistemática realizada por Cochrane en 2021, para evaluar los resultados del procedimiento quirúrgico temprano en pacientes con parálisis de Bell, se incluyeron dos estudios que incluyeron 65 pacientes en total en los que se encontró riesgo de sesgo en ambos estudios en múltiples dominios, sin poder soportar o excluir los beneficios de esta intervención (22).

En otra revisión sistemática realizada en el 2018 se evaluaron estudios que compararon pacientes con parálisis de Bell llevados a descompresión quirúrgica por medio de abordaje transmastoides, descompresión quirúrgica por abordaje por fosa craneal media y pacientes en los que se realizó solo manejo médico. Se evaluó el puntaje final de House Brackmann como resultado. En el metaanálisis se demostró una diferencia significativa con mejores resultados en pacientes llevados a descompresión por fosa craneal media que se realizó en los primeros 14 días del inicio de los síntomas, al ser comparados con

pacientes intervenidos con la misma técnica, pero desarrollada posterior a 14 días. Sin embargo, no se encontró diferencia entre pacientes llevados a terapia quirúrgica frente a pacientes solo manejados con tratamiento médico (25).

Dado las potenciales complicaciones y la falta de evidencia sólida que demuestre la eficacia de la descompresión de nervio facial no se recomienda de manera rutinaria; sin embargo, dada la diversidad de técnicas y resultados con este manejo, la descompresión quirúrgica podría ser considerada una opción en pacientes seleccionados de acuerdo con el balance de riesgo beneficio y experticia del equipo tratante (9, 26).

- Valores y preferencias: no tenidos en cuenta.
- Costos: implementar esta estrategia de manejo implica costos técnicos y locativos altos.
- Comentarios o juicio del grupo elaborador: a criterio del profesional y condiciones particulares de cada individuo.

Recomendación 12

¿En los pacientes adultos con parálisis facial periférica idiopática cuándo se debe direccionar a valoración por especialista?

Grado de recomendación: fuerte a favor.

Nivel de evidencia: D.

Se recomienda la derivación a un especialista en parálisis facial si no hay mejoría del cuadro después de 3 meses (opinión de expertos).

Casos especiales de parálisis facial

Síndrome de Ramsay Hunt

El síndrome de Ramsay Hunt es similar a la parálisis facial periférica idiopática, sin embargo, clínicamente tiene algunas diferencias. La principal de ellas es mayor tendencia a la recurrencia (27). Tradicionalmente este síndrome se presenta como un herpes zóster ótico con parálisis facial periférica, pero puede presentar otros síntomas como tinnitus, pérdida auditiva, vértigo, nistagmo, náuseas y emesis. Lo anterior explicado por la proximidad del ganglio geniculado con el octavo par craneal. La parálisis facial más intensa ocurre en una semana de inicio de los síntomas. Presenta una incidencia de 5 casos por 100.000 habitantes anualmente, con una mayor prevalencia en pacientes de más de 60 años y menos frecuente, así como menos severo en niños (28).

El herpes zóster se puede presentar sin la aparición de rash (zoster sine herpette), pudiéndose presentar a nivel ótico como otalgia intensa con parálisis facial asociada. En un estudio que incluyó 1705 pacientes con parálisis facial sin lesiones vesiculares aproximadamente el 2,4% tenían zoster sine herpette. Adicionalmente, la progresión es más severa con 30%-85% de los pacientes presentando secuelas aún con el tratamiento con corticosteroides. Para su manejo se recomienda el inicio de tratamiento temprano en las primeras 72 horas, con corticosteroides por 7 días combinado con antiviral (aciclovir) (7, 9, 29).

Parálisis facial congénita

La parálisis del nervio facial presente desde el nacimiento puede originarse por anomalías en el desarrollo o por causas traumáticas (**Tabla 1**). Factores de riesgo para la parálisis facial traumática incluyen un peso al nacer superior a 3500 gramos, parto asistido con fórceps y prematuridad. Los defectos en el desarrollo, como los síndromes de denervación congénita, son causas poco comunes de parálisis facial desde el nacimiento. La presencia de dismorfia multisistémica y múltiples anomalías en los nervios craneales sugieren anomalías en el desarrollo. Un ejemplo bien conocido de parálisis facial congénita es el síndrome de Moebius, que comúnmente se manifiesta con problemas en el movimiento ocular y, en muchos casos, pie zambo. La paresia facial congénita hereditaria 1 y 2 son trastornos poco frecuentes que afectan exclusivamente al nervio facial y están asociados con variantes genéticas en los cromosomas 3q21-22 y 10q21.3-22.1, respectivamente (30-32). Otros síndromes también pueden estar relacionados con la parálisis facial, como los trastornos de la secuencia de malformación del arco branquial, por ejemplo, el síndrome de Goldenhar (33, 34).

Una forma de diferenciar las parálisis faciales congénitas de las traumáticas en el período perinatal es la recuperación completa o parcial, más característico de las de origen traumático. Por lo anterior, estudios tempranos de conducción nerviosa motora (electrodiagnóstico) pueden ayudar a distinguir una parálisis facial aguda de una crónica y puede ayudar a diferenciar estas etiologías.

Parálisis facial en embarazo

La parálisis facial se ha observado en asociación con el embarazo, con una prevalencia estimada de 45 casos por cada 100.000 mujeres embarazadas. Se ha notado que la mayoría de los casos de parálisis facial durante el embarazo ocurren en el tercer trimestre y durante el período de posparto. Un estudio encontró tasas más altas de hipertensión gestacional y preeclampsia entre mujeres embarazadas con parálisis facial en comparación con la población obstétrica general. Sin embargo, la investigación sobre la parálisis facial durante el embarazo, especialmente en cuanto a su tratamiento y los resultados en términos de función facial, es limitada.

Durante el embarazo, varios factores pueden contribuir al desarrollo de una parálisis facial idiopática. La compresión de los nervios puede ocurrir debido al edema perineural causado por la retención de líquidos, que tiende a ser más pronunciada en el tercer trimestre. Además, en esta etapa, los niveles elevados de cortisol libre en la sangre materna pueden conducir a una inmunosupresión, lo que posiblemente aumente la prevalencia de la parálisis facial. La hipercoagulabilidad que se presenta en las etapas finales del embarazo puede provocar la trombosis de los vasa nervorum y, por ende, la parálisis facial.

El tratamiento principal para la parálisis facial implica el uso de corticosteroides, a veces combinados con antivirales. Se ha observado que el uso de corticosteroides sistémicos en el primer trimestre puede tener un modesto aumento en el riesgo de fisura labial con o sin paladar hendido. No obstante, hay poca evidencia que respalde un aumento en el riesgo de parto prematuro, preeclampsia o restricción del crecimiento fetal. Los corticosteroides utilizados al final del embarazo parecen ser seguros; sin embargo, como con cualquier tratamiento médico durante el embarazo, se debe considerar cuidadosamente la relación riesgo-beneficio (35).

Parálisis facial espontánea en niños

La parálisis facial en la población pediátrica es una condición poco común, con una incidencia de 21,1 por cada 100.000 niños menores de 15 años por año. Existen diversas causas de parálisis facial en niños, que pueden ser congénitas o adquiridas, incluyendo causas inflamatorias, neoplásicas, traumáticas o iatrogénicas. La evaluación del daño al nervio facial en un niño, así como los principios básicos de tratamiento, son similares a los de un adulto (31).

Cuando un paciente presenta parálisis facial unilateral es fundamental que el médico realice una historia clínica detallada seguida de un examen sistemático para identificar las posibles causas y descartar aquellas que no coincidan con los hallazgos. Es necesario llevar a cabo un examen neurológico completo, una otoscopia y medir la presión arterial. Se debe investigar cualquier comorbilidad que pueda afectar al paciente, y los médicos deben prestar atención a la aparición y duración de los síntomas, ya que una aparición gradual puede sugerir una causa neoplásica, como una lesión masiva. También se debe indagar sobre antecedentes de picaduras de garrapatas o actividades al aire libre en regiones endémicas de garrapatas, lo que puede generar sospecha clínica de enfermedad de Lyme. Además, los antecedentes de traumatismo justifican la búsqueda de otros signos de fracturas del hueso temporal durante el examen físico (36).

Si hay una fuerte sospecha de que la parálisis de Bell es la causa de la condición, no es necesario solicitar imágenes radiológicas para confirmar el diagnóstico ni pruebas de laboratorio adicionales. El tratamiento de la parálisis facial en niños varía según su causa y su gravedad. En los casos de parálisis facial espontánea, es probable que se trate de parálisis de Bell, y el tratamiento principal son los esteroides. Se recomienda ampliamente el tratamiento con corticosteroides a corto plazo, comenzando dentro de las primeras 72 horas desde la aparición de los síntomas. Por lo tanto, en niños, se aconseja iniciar preferiblemente los corticosteroides dentro de los 3 días (hasta 7 días) desde el inicio de los síntomas. La dosis recomendada de prednisolona oral es de 1 a 2 mg/kg/día (con una dosis máxima de 60 mg) durante 5 a 7 días, seguida de suspensión.

En cuanto al uso de tratamiento antiviral adicional, la evidencia sugiere que debe adaptarse a cada paciente según los hallazgos. Si no hay sospecha de una causa infecciosa, no es necesario utilizar tratamiento antiviral. Es importante destacar que la tasa de recuperación espontánea en niños con parálisis de Bell es excelente, con hasta un 90% de recuperación a los 6 meses y casi el 100% al año (36).

Parálisis facial bilateral

La parálisis facial bilateral es una condición rara, con una incidencia de 1 en 5 millones por año. Corresponde aproximadamente a 0,3%-3% de los casos de parálisis facial (37). A diferencia de la parálisis facial unilateral, que con mayor frecuencia se atribuye a la parálisis de Bell, la parálisis del nervio facial bilateral con mayor frecuencia tiene una causa identificable. En un estudio reciente realizado por Gaudin y colaboradores, aunque la parálisis de Bell siguió siendo el diagnóstico más común, solo representó aproximadamente un tercio de los casos de parálisis facial bilateral vistos en su unidad. Entre los pacientes restantes, los diagnósticos más comunes fueron enfermedad de Lyme, síndrome de Moebius, síndrome de Guillain-Barré, procesos neoplásicos benignos (es decir, neurofibromatosis tipo 2), malformaciones vasculares y traumatismos. La necesidad de estudios complementarios, de imagen o de laboratorio, depende del nivel de sospecha de un diagnóstico determinado. Es

posible que se requiera una variedad de pruebas de laboratorio para descartar causas infecciosas o autoinmunes. La resonancia magnética se obtendrá para diagnosticar trastornos del sistema nervioso central. Cuando se sospecha un traumatismo, se utilizan imágenes adecuadas de la base del cráneo, en forma de TC de corte fino, para evaluar la presencia de fracturas en la base del cráneo. Se pueden obtener estudios de electrodiagnóstico en pacientes seleccionados con parálisis adquirida para predecir la probabilidad de recuperación espontánea.

La causa y la evolución temporal de la parálisis informan el potencial del paciente para una recuperación funcional espontánea y el papel del tratamiento médico frente al quirúrgico. Para determinadas causas, como infecciosas, autoinmunes e idiopáticas, puede estar justificado un tratamiento conservador antes de considerar el tratamiento quirúrgico (34). Cuando la parálisis es congénita o resulta de una alteración física (es decir, traumática o iatrogénica) del nervio facial, o cuando el tratamiento médico o conservador falla, puede estar justificada la intervención quirúrgica. En general, las intervenciones quirúrgicas se clasifican en estáticas o dinámicas. Los procedimientos estáticos restauran el tono en reposo para mejorar la simetría, cosmética, y, a veces, función. En el ojo, estos procedimientos facilitan el cierre. En la parte inferior de la cara pueden ayudar con la competencia oral. Los procedimientos dinámicos restauran el movimiento bajo control emocional o volitivo (37).

Parálisis facial recurrente

Entre el 4% y el 7% de todos los casos de parálisis de Bell se cree que son recurrentes. La parálisis de Bell se ha clasificado en cinco categorías: unilateral no recurrente, unilateral recurrente, bilateral simultánea, bilateral alterna y bilateral recurrente. Por lo general, el intervalo medio entre recurrencias es de más de un año, y más de dos recaídas son menos comunes, mientras que más de cuatro son raras. No se ha observado una prevalencia secundaria de recurrencia de la parálisis de Bell. Existe una gran variabilidad en los informes sobre el pronóstico de la parálisis facial recurrente.

Algunos estudios han observado que los ataques ipsilaterales recurrentes (es decir, las parálisis unilaterales recurrentes en el mismo lado) tienen un peor pronóstico en comparación con las parálisis no recurrentes, mientras que los ataques recurrentes que involucran el nervio facial contralateral (parálisis bilaterales alternas) muestran una mejor recuperación facial. Sin embargo, otros estudios han sugerido que la parálisis facial recurrente no indica un peor pronóstico para la recuperación independientemente del lado afectado. Se ha observado que cuanto más joven es el paciente con parálisis de Bell, mayor es la probabilidad de recurrencia, y la probabilidad de recurrencia aumenta con el número total de episodios. Las causas que predisponen a un individuo a la recurrencia de la parálisis facial idiopática no se comprenden bien, aunque se han propuesto asociaciones con hipertensión maligna, diabetes y embarazo. Las recurrencias en el mismo lado deben ser evaluadas para descartar malignidad, particularmente schwannoma, por lo que se pueden solicitar estudios de imagen.

Se ha sugerido que la predisposición familiar, las mutaciones cromosómicas y la displasia fibrosa del hueso temporal pueden ser factores etiológicos de la parálisis facial recurrente. Además, se ha propuesto una patogénesis inmunomediada de la parálisis facial recurrente, y se ha relacionado con el síndrome de Melkersson-Rosenthal en algunos casos. El manejo de la parálisis facial recurrente sigue siendo controvertido, y tanto la descompresión subtotal transmastoides como la descompresión total combinada transmastoides y fosa craneal media han sido defendidas como opciones. Sin embargo, en la actualidad, el manejo principal sigue siendo médico, con seguimiento periódico del paciente (38).

Parálisis facial postraumática

Cuando una parálisis facial se origina como resultado de un traumatismo con lesión del nervio facial, se presentan dos situaciones distintas: lesión del nervio facial en su porción extratemporal, como en el caso de lesiones penetrantes que afectan el tronco nervioso o sus ramas; o lesión del nervio facial en su trayecto a través del hueso temporal, secundaria a una fractura. En el caso de una parálisis facial secundaria a una fractura del hueso temporal, esto suele ser el resultado de un trauma de alta energía, por lo que el paciente debe ser estabilizado de acuerdo con los protocolos de Soporte Vital Avanzado en Trauma (ATLS). La parálisis facial ocurre en un 7%-10% de las fracturas del hueso temporal y puede manifestarse de forma inmediata en las primeras horas posteriores al traumatismo, o de manera tardía debido a la isquemia causada por el edema en el canal de Falopio.

Las fracturas del hueso temporal se clasifican tradicionalmente según la relación de la línea de fractura con el eje del hueso petroso, dividiéndose en fracturas longitudinales (70%-80%), transversales (10%-20%) o mixtas (10%). Para determinar el nivel de lesión del nervio facial, se puede realizar un diagnóstico topográfico clínico evaluando las tres ramas intratemporales del nervio. Se utilizan diversas pruebas, como el test de Schirmer para evaluar el nervio petroso superficial mayor, la impedanciometría para evaluar el reflejo estapedial y la gustometría para evaluar el nervio cuerdo del tímpano. La técnica de imagen preferida es la tomografía axial computarizada, mientras que los estudios electrodiagnósticos se emplean como herramienta complementaria (39).

El manejo de la parálisis facial traumática es desafiante y controvertido, especialmente en lo que respecta a la indicación de descompresión quirúrgica, el momento óptimo para realizarla y el método de abordaje. Un estudio clínico realizado en 2018 evaluó a 28 pacientes con parálisis facial traumática, encontrando que aquellos con parálisis facial clínica completa y sin

mejoría con tratamiento conservador y electromiografía con potenciales de fibrilación fueron sometidos a descompresión quirúrgica mediante abordaje transmastoides. Este estudio reveló una tasa de recuperación del 70% en los pacientes intervenidos quirúrgicamente y una recuperación completa en todos los pacientes tratados conservadoramente (40).

Además, la parálisis facial traumática puede ocurrir en el período perinatal como resultado de trauma durante el parto, manifestándose típicamente de forma unilateral y generalmente asociada a un buen pronóstico. Los factores de riesgo para este tipo de parálisis facial incluyen la prematuridad, ser hijo de una madre primeriza, parto asistido con fórceps y macrosomía (9).

Parálisis facial periférica idiopática en pacientes con diabetes

La diabetes *mellitus* es uno de los factores que pueden predisponer a la parálisis facial aguda. Se ha establecido que la diabetes *mellitus* está vinculada tanto con microangiopatía como con macroangiopatía, y se cree que afecta negativamente el sistema inmunológico del organismo; esto podría aumentar el riesgo de infecciones virales, lo cual podría ser un factor que contribuya al desarrollo de la parálisis facial aguda. Investigaciones previas han demostrado que las personas con diabetes *mellitus* o alteraciones en el metabolismo de la glucosa tienen una mayor probabilidad de desarrollar parálisis de Bell. Además, la gravedad de la parálisis facial suele ser mayor en estos pacientes. De forma similar, otros estudios han demostrado que los pacientes con parálisis de Bell presentan una mayor prevalencia de diabetes *mellitus* en comparación con aquellos que no la padecen (41).

El fundamento del tratamiento farmacológico para la parálisis facial o la parálisis del nervio facial consiste en la administración temprana y corto plazo de corticosteroides por vía oral. Sin embargo, dado que los corticosteroides pueden aumentar el riesgo de afectar el control de la glucosa en personas con diabetes, tratar a este grupo de pacientes representa un desafío (42).

A pesar de que los corticosteroides son conocidos por su efecto negativo sobre los niveles de glucosa en sangre, es posible mantener un control adecuado de la glucosa mediante la administración correcta de insulina y un monitoreo riguroso de los niveles de glucosa durante la terapia con esteroides (42).

El control riguroso de la glucosa es tan importante como el tratamiento con esteroides en el manejo de estas condiciones. Por ello, es fundamental combinar un control estricto de la diabetes *mellitus* con la terapia con esteroides (41).

En ciertos casos, en los que el adecuado control glucométrico de los pacientes no es posible, se podría considerar el uso temprano de inyecciones intratimpánicas de esteroides como una alternativa terapéutica. Este tratamiento permite acceder directamente al área afectada a través de la dehiscencia natural del canal facial y el canalículo de la cuerda del tímpano, evitando los efectos secundarios no deseados de la terapia sistémica con esteroides. Esta hipótesis se basa en estudios histológicos que indican que la dehiscencia del canal facial tiene una prevalencia entre el 56% y el 74%. Hay estudios que demuestran que no hay diferencia estadística en la tasa de recuperación al compararlos con la terapia sistémica (43).

Monitorización intraquirúrgica del nervio facial

El recorrido intratemporal del nervio facial y las relaciones anatómicas durante su recorrido (**Tabla 4**) lo expone a lesiones durante procedimientos quirúrgicos diversos con parálisis facial resultante. Adicionalmente, el nervio facial puede presentar un curso anatómico inesperado en el 7,8% de los pacientes y es difícil de identificar por cirujanos entrenados hasta en el 39,2% de los casos (44).

Tabla 4. Referencias anatómicas para la localización del nervio facial

Ángulo pontocerebeloso/canal auditivo interno	El nervio facial sale del tronco anteroinferiormente al nervio vestibulococlear. En el fundus del canal auditivo interno se localiza en posición anterosuperior.
Oído medio	El nervio facial transcurre superior a la ventana oval e inmediatamente medial y superior al proceso cocleariforme.
Mastoides	El segundo codo del nervio facial se encuentra anteroinferior al canal semicircular horizontal. La tercera porción del nervio facial se localiza inmediatamente lateral a la ampolla del canal semicircular horizontal. La porción más inferior de la tercera porción del nervio facial se encuentra anterior a la cresta digástrica.
Parótida	Inserción del músculo digástrico. Pointer (cartílago del trago). Sutura timpanomastoidea.

Adaptado de Lassaletta L, et al. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2020;71(2):99-118 (6).

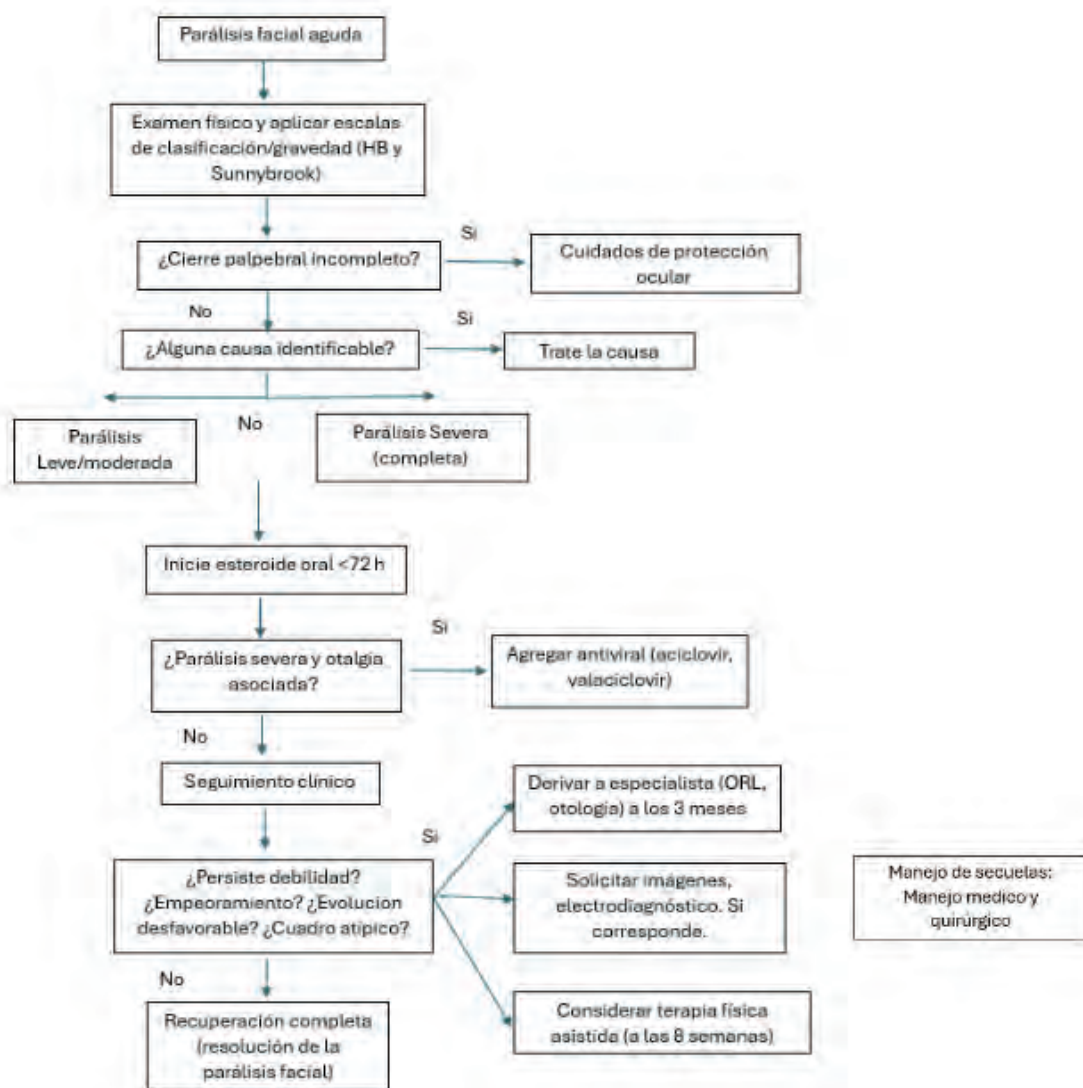
La monitorización del nervio facial ha surgido como una herramienta que puede ayudar a su localización intraoperatoria, lo que disminuyó el riesgo de lesiones del nervio derivada de los procedimientos quirúrgicos.

Se recomienda la monitorización intraquirúrgica del nervio facial en cirugías en las que se prevea la manipulación del nervio durante el procedimiento quirúrgico o aquellas intervenciones en las que se prevea un riesgo elevado de lesionarlo durante la intervención, como en enfermedades crónicas o intervención otológica previa (66,7% de los casos) (44), así como cirugías de base de cráneo, mastoidectomía radical, cirugía del oído interno, cirugía del oído medio (con riesgo de daño del nervio facial) y cirugía parotídea (6).

Asimismo, la monitorización del nervio facial ha mostrado disminuir el tiempo quirúrgico y permitir que residentes de otorrinolaringología realicen más proporción de la cirugía (68,9% de los casos) (44). Dado lo anterior se recomienda su uso en intervenciones quirúrgicas otológicas en centros de formación con residentes o para especialistas que estén realizando su curva de aprendizaje inicial.

Sin embargo, el conocimiento de las referencias anatómicas, el recorrido del nervio y cada una de sus porciones y la localización del nervio facial intraquirúrgicamente es la principal herramienta para prevenir lesiones derivadas de las intervenciones quirúrgicas.

Algoritmo de manejo



Elaboración propia de los autores.

Revisión de la guía por pares

Revisión externa nacional:

*José Agustín Caraballo-Arias**

* *Especialista en Otorrinolaringología y Otorólogo, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia. ORCID <https://orcid.org/0009-0003-7422-5472>*

Forma de citar: Caraballo-Arias JA. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 351-376 DOI.10.37076/acorl.v52i3.819

Asesora general metodológica

*Diana Quijano-García**

* *Otorrinolaringóloga Fundación Santa Fe de Bogotá. Fellow en Rinología. Magistra en Epidemiología Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Colombia ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6177-7225>*

Forma de citar: Quijano-García D. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 351-376 DOI.10.37076/acorl.v52i3.819

Revisora metodológica

*Mary Eugenia Posada-Álvarez**

* *Otorrinolaringóloga Universidad del Rosario. Epidemióloga Clínica Universidad Autónoma de Bucaramanga. Fellow Cirugía Sinonasal Avanzada Universidad Autónoma de México. Otorrinolaringóloga Pediatra, Universidad Autónoma de México- Titulación en proceso de convalidación en Bogotá, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0935-6188>*

Forma de citar: Posada-Álvarez ME. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 351-376 DOI.10.37076/acorl.v52i3.819

Director Científico Guías ACORL

Coordinador Comité Académico Permanente ACORL

*Ricardo Silva-Rueda FACS**

* *Otorrinolaringólogo, Fellow del American College of Surgeons, Coordinador Servicio Otorrinolaringología Hospital Militar Central. Expresidente Asociación Colombiana De Otorrino Profesor Asociado Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá – Colombia – ORCID <https://orcid.org/0000-0002-7539-5938>*

Forma de citar: Silva- Rueda R. Guía para el diagnóstico y el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. Acta otorrinolaringol. cir. cabeza cuello. 2024; 52(3): 351-376 DOI.10.37076/acorl.v52i3.819

Actualización de la guía

Se sugiere la revisión de esta guía en el primer semestre del 2028.

Aplicabilidad

Esta guía será publicada con acceso abierto en la revista y la web de ACORL y será socializada en diferentes eventos de la ACORL.

Fortalezas y limitaciones

Entre las principales fortalezas se destaca el uso de la mejor y más reciente evidencia científica, basándonos en las principales guías internacionales para el manejo y la atención del paciente con parálisis facial periférica idiopática. Adicionalmente, todas las recomendaciones fueron adaptadas para ser puestas en práctica en nuestro contexto social y cultural, para facilitar así adaptación a las mismas.

Financiación

El costo de elaboración de la guía fue asumido en parte por la Asociación Colombiana de Otorrinolaringología (ACORL), el tiempo y la dedicación por la por la Universidad del Valle.

Las guías de práctica clínica serán actualizadas cada 5 años o antes si existe evidencia que indique la necesidad de cambio.

Diseminación

Estará abierta al público general de manera virtual a través de la Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello, <https://revista.acorl.org.co/index.php/acorl>

REFERENCIAS

1. Saborío Cervantes IE, Villalobos Bonilla D, Bolaños Parajeles C. Abordaje de la parálisis de Bell: diagnóstico y tratamiento. *Revista Médica Sinergia*. 2019;4(6):81–9. doi: 10.31434/rms.v4i6.247
2. Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. *J Neurol*. 2020;267(7):1896-1905. doi: 10.1007/s00415-019-09282-4
3. Sweeney K. Evaluation and management of Bell's Palsy. . Grand Rounds Presentation, UTMB. 2002.
4. Vakharia K, Vakharia K. Bell's Palsy. *Facial Plast Surg Clin North Am*. 2016;24(1):1-10. doi: 10.1016/j.fsc.2015.08.001
5. Hohman MH, Hadlock TA. Etiology, diagnosis, and management of facial palsy: 2000 patients at a facial nerve center. In: *Laryngoscope*. John Wiley and Sons Inc.; 2014.
6. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Aristegui M, Batuecas Á, et al. Facial paralysis: Clinical practice guideline of the Spanish Society of Otolaryngology. *Acta Otorrinolaringol Esp (Engl Ed)*. 2020;71(2):99-118. English, Spanish. doi: 10.1016/j.otorri.2018.12.004
7. Fieux M, Franco-Vidal V, Devic P, Bricaire F, Charpiot A, Darrouzet V, et al. Management of acute Bell's palsy. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2020;137(6):483-488. doi: 10.1016/j.anorl.2020.06.004
8. Fattah AY, Gurusinghe ADR, Gavilan J, Hadlock TA, Marcus JR, Marres H, et al. Facial nerve grading instruments: systematic review of the literature and suggestion for uniformity. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(2):569-579. doi: 10.1097/PRS.0000000000000905
9. Pauna HF, Silva VAR, Lavinsky J, Hyppolito MA, Vianna MF, Gouveia MCL, et al. Task force of the Brazilian Society of Otolaryngology - evaluation and management of peripheral facial palsy. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2024;90(3):101374. doi: 10.1016/j.bjorl.2023.101374
10. Urban E, Volk GF, Geißler K, Thielker J, Dittberner A, Klingner C, et al. Prognostic factors for the outcome of Bells' palsy: A cohort register-based study. *Clin Otolaryngol*. 2020;45(5):754-761. doi: 10.1111/coa.13571
11. Mancini P, De Seta D, Prosperini L, Nicastrì M, Gabriele M, Ceccanti M, et al. Prognostic factors of Bell's palsy: multivariate analysis of electrophysiological findings. *Laryngoscope*. 2014;124(11):2598-605. doi: 10.1002/lary.24764
12. Petrides GA, Hayler R, Lee JW, Jankelowitz S, Low TH. Electromyography in the prognostication of recovery in patients with acute peripheral facial nerve palsy: A systematic review. *Clin Otolaryngol*. 2023;48(4):563-575. doi: 10.1111/coa.14072
13. de Almeida JR, Guyatt GH, Sud S, Dorion J, Hill MD, Kolber MR, et al. Management of Bell palsy: clinical practice guideline. *CMAJ*. 2014;186(12):917-22. doi: 10.1503/cmaj.131801
14. Kazemian E, Schaffer HM, Wozniak A, Leonetti JP. Economic Impact of Diagnostic Imaging in the Workup of Uncomplicated Bell's Palsy. *J Neuro Surg B Skull Base*. 2021;83(3):323-327. doi: 10.1055/s-0040-1722231
15. Madhok VB, Gagyor I, Daly F, Somasundara D, Sullivan M, Gammie F, et al. Corticosteroids for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;7(7):CD001942. doi: 10.1002/14651858.CD001942.pub5
16. Fujiwara T, Namekawa M, Kuriyama A, Tamaki H. High-dose Corticosteroids for Adult Bell's Palsy: Systematic Review and Meta-analysis. *Otol Neurotol*. 2019;40(8):1101-1108. doi: 10.1097/MAO.00000000000002317
17. Gagyor I, Madhok VB, Daly F, Sullivan F. Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2019;9(9):CD001869. doi: 10.1002/14651858.CD001869.pub9
18. Fujiwara T, Iwata S, Hosokawa Y, Mitani S. Intratympanic corticosteroid for Bell's palsy and Ramsay Hunt syndrome: Systematic review and meta-analysis. *Auris Nasus Larynx*. 2022;49(4):599-605. doi: 10.1016/j.anl.2021.12.005
19. de Almeida JR, Al Khabori M, Guyatt GH, Witterick IJ, Lin VY, Nedzelski JM, et al. Combined corticosteroid and antiviral treatment for Bell palsy: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2009;302(9):985-93. doi: 10.1001/jama.2009.1243
20. Li P, Qiu T, Qin C. Efficacy of Acupuncture for Bell's Palsy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *PLoS One*. 2015;10(5):e0121880. doi: 10.1371/journal.pone.0121880
21. Singh S, Das AV, Ali MH. Ocular involvement in facial nerve paralysis: risk factors for severe visual impairment and ocular surface exposure in 1870 patients. *Orbit*. 2023;42(3):256-261. doi: 10.1080/01676830.2022.2090013

22. Teixeira LJ, Valbuza JS, Prado GF. Physical therapy for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(12):CD006283. doi: 10.1002/14651858.CD006283.pub3
23. Khan AJ, Szczepura A, Palmer S, Bark C, Neville C, Thomson D, et al. Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): An updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. *Clin Rehabil*. 2022;36(11):1424-1449. doi: 10.1177/02692155221110727
24. Zhou Y, Dong X, Xing Y, Wang R, Yang S, Han Y, et al. Effects of electroacupuncture therapy on intractable facial paralysis: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(7):e0288606. doi: 10.1371/journal.pone.0288606
25. Casazza GC, Schwartz SR, Gurgel RK. Systematic Review of Facial Nerve Outcomes After Middle Fossa Decompression and Transmastoid Decompression for Bell's Palsy With Complete Facial Paralysis. *Otol Neurotol*. 2018;39(10):1311-1318. doi: 10.1097/MAO.0000000000001979
26. Andresen NS, Sun DQ, Hansen MR. Facial nerve decompression. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;26(5):280-285. doi: 10.1097/MOO.0000000000000478
27. Kanerva M, Jones S, Pitkaranta A. Ramsay Hunt syndrome: characteristics and patient self-assessed long-term facial palsy outcome. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020;277(4):1235-1245. doi: 10.1007/s00405-020-05817-y
28. van Oorschot D, Vroiling H, Bunge E, Diaz-Decaro J, Curran D, Yawn B. A systematic literature review of herpes zoster incidence worldwide. *Hum Vaccin Immunother*. 2021;17(6):1714-1732. doi: 10.1080/21645515.2020.1847582
29. Patil A, Goldust M, Wollina U. Herpes zoster: A Review of Clinical Manifestations and Management. *Viruses*. 2022;14(2):192. doi: 10.3390/v14020192
30. Kremer H, Kuyt LP, van den Helm B, van Reen M, Leunissen JA, Hamel BC, et al. Localization of a gene for Möbius syndrome to chromosome 3q by linkage analysis in a Dutch family. *Hum Mol Genet*. 1996;5(9):1367-71. doi: 10.1093/hmg/5.9.1367
31. Verzijl HT, van der Zwaag B, Lammens M, ten Donkelaar HJ, Padberg GW. The neuropathology of hereditary congenital facial palsy vs Möbius syndrome. *Neurology*. 2005;64(4):649-53. doi: 10.1212/01.WNL.0000151848.65094.55
32. Verzijl HT, van den Helm B, Veldman B, Hamel BC, Kuyt LP, Padberg GW, et al. A second gene for autosomal dominant Möbius syndrome is localized to chromosome 10q, in a Dutch family. *Am J Hum Genet*. 1999;65(3):752-6. doi: 10.1086/302539
33. Jankauskienė A, Azukaitis K. Congenital unilateral facial nerve palsy as an unusual presentation of BOR syndrome. *Eur J Pediatr*. 2013;172(2):273-5. doi: 10.1007/s00431-012-1795-4
34. Traboulsi EI. Congenital cranial dysinnervation disorders and more. *J AAPOS*. 2007;11(3):215-7. doi: 10.1016/j.jaapos.2007.04.007
35. Jones H, Hintze J, Slattery F, Gendre A. Bell's palsy in pregnancy: A scoping review of risk factors, treatment and outcomes. *Laryngoscope Investig Otolaryngol*. 2023;8(5):1376-1383. doi: 10.1002/lio.2.1136
36. Wohrer D, Moulding T, Titomanlio L, Lenghart L. Acute Facial Nerve Palsy in Children: Gold Standard Management. *Children (Basel)*. 2022;9(2):273. doi: 10.3390/children9020273
37. Domeshek LF, Zuker RM, Borschel GH. Management of Bilateral Facial Palsy. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018;51(6):1213-1226. doi: 10.1016/j.otc.2018.07.014
38. Swami H, Dutta A, Nambiar S. Recurrent Bell's Palsy. *Med J Armed Forces India*. 2010;66(1):95-6. doi: 10.1016/S0377-1237(10)80115-7
39. Munjal M, Badyal HL, Mehndiratta A, Munjal S, Bharadwaj I, Kalra S, et al. Role of topodiagnostic tests in evaluation of facial nerve palsy in head injury. *Int J Otorhinolaryngol Head Neck Surg*. 2020;6(10):1874-7.
40. Vajpayee D, Mallick A, Mishra AK. Post Temporal Bone Fracture Facial Paralysis: Strategies in Decision Making and Analysis of Efficacy of Surgical Treatment. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2018;70(4):566-571. doi: 10.1007/s12070-018-1371-y
41. Seo HW, Ryu S, Lee SH, Chung JH. Diabetes Mellitus and Acute Facial Palsy: A Nationwide Population-Based Study. *Neuroepidemiology*. 2024;58(1):37-46. doi: 10.1159/000534760
42. Alam D, Islam MR, Habib R, Hossen Khan MS, Binte Rouf RS. Management of adult diabetic patients of Bell's palsy with and without steroid: experience from a tertiary care hospital. *Bangladesh Crit Care J*. 2022;10(1), 33–37. doi: 10.3329/bccj.v10i1.59201
43. Demir D, Genç S, Güven M, Yılmaz MS, Kara A, Erorkmaz Ü. Intratympanic Steroid Treatment of Bell's Palsy in Patients with Comorbid Disease: A Preliminary Report. *J Int Adv Otol*. 2020;16(1):47-52. doi: 10.5152/iao.2019.5415
44. Casano K, Giangrosso G, Mankekar G, Sevy A, Mehta R, Arriaga M. Additional Benefits of Facial Nerve Monitoring during Otologic Surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020;163(3):572-576. doi: 10.1177/0194599820915458

Anexos

Guía de práctica clínica parálisis facial ACORL, 2009.

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	61%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	65%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%

Guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL, 2019

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	62%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	67%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	62%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	87.5%

Facial nerve electrodiagnostics for patients with facial palsy: a clinical practice guideline, 2020

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	63%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	62%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	62%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	61%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%

Management of Bell palsy: clinical practice guideline. Canadian Medical Association, 2014

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	64%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	78%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	79%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	89%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	96%

Task force of the Brazilian Society of Otology - Evaluation and management of peripheral facial palsy, 2024

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	83%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	62%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	69%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	65%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%

French Society of ENT (SFORL) guidelines. Management of acute Bell’s palsy, 2022

Dominio 1 - ALCANCE Y OBJETIVO	
Puntuación del dominio	83%
Dominio 2 - PARTICIPACIÓN DE LOS IMPLICADOS O GRUPOS DE INTERES	
Puntuación del dominio	61%
Dominio 3 - RIGOR EN LA ELABORACIÓN	
Puntuación del dominio	60%
Dominio 4 - CLARIDAD DE PRESENTACIÓN	
Puntuación del dominio	63%
Dominio 5 - APLICABILIDAD	
Puntuación del dominio	83%
Dominio 6 - INDEPENDENCIA EDITORIAL	
Puntuación del dominio	100%