

# Parálisis de Bell

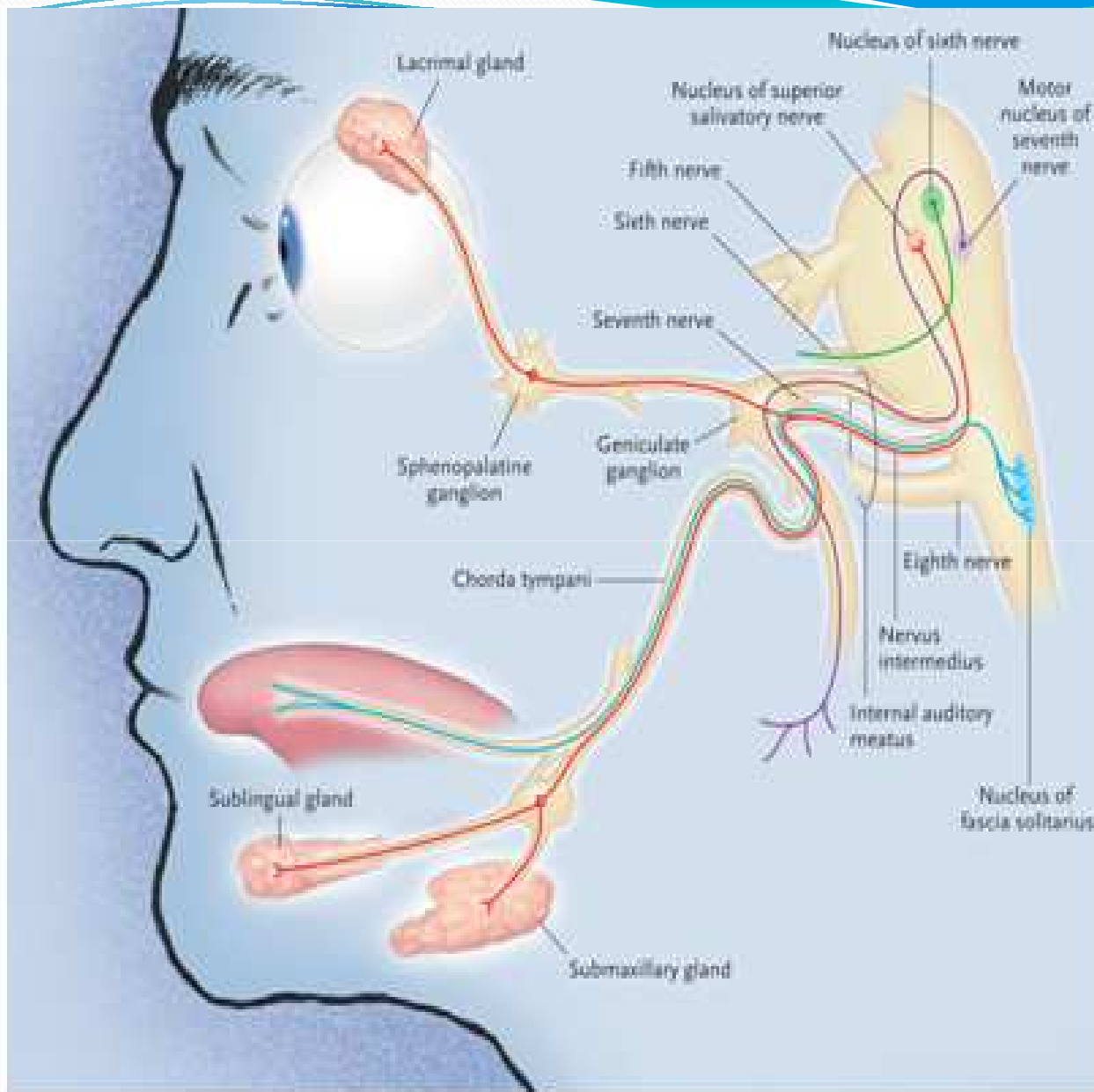
**Inmaculada de la Peña Oliete  
CAP Ramón Turro  
Barcelona 5-3-2013**

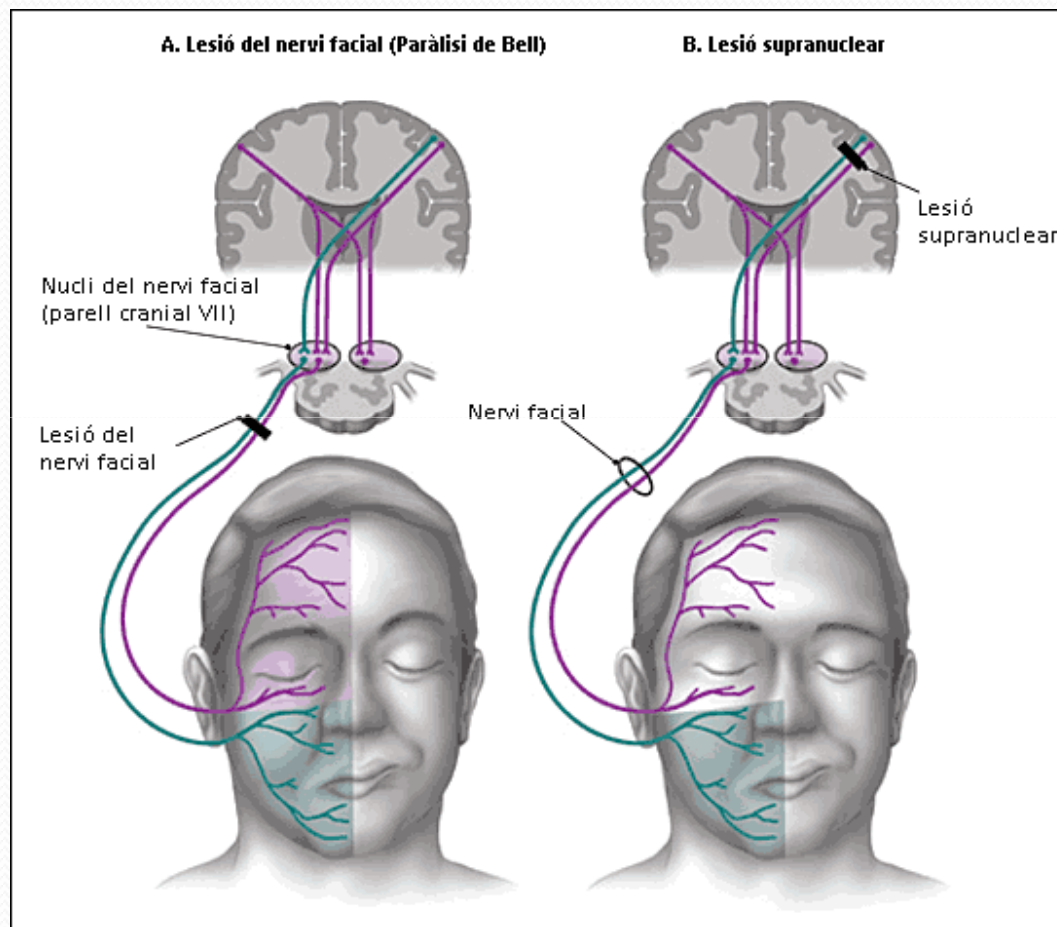
# Cualquier día por la mañana



# Definición

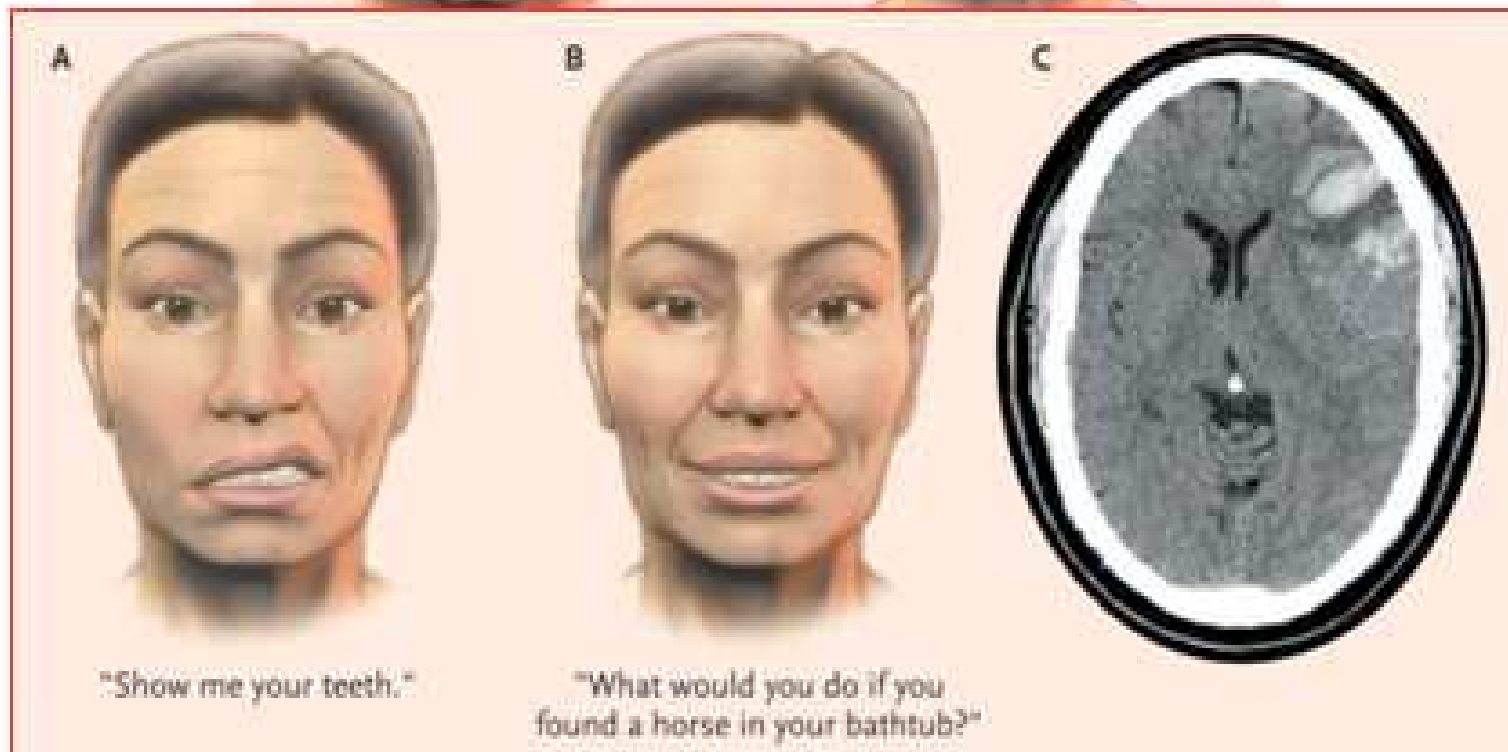
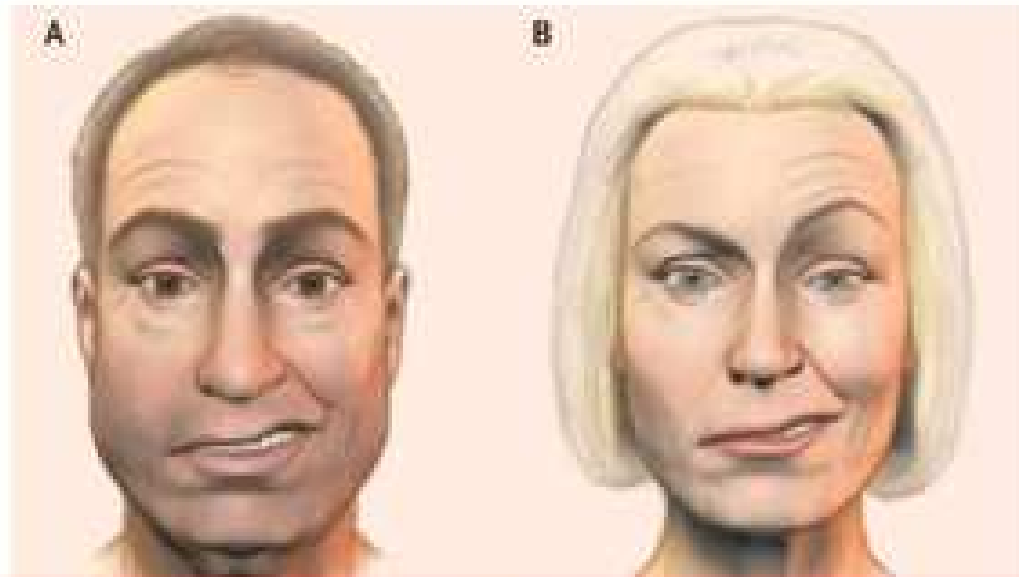
- Parálisis de Bell es:
- Parálisis unilateral
- Periférica
- Idiopática del nervio facial.





# Diferencias entre P.F. Central y Periférica

Signo	P.F. Central	P.F. Periférica
Musculatura frontal y orbicular (levantar la ceja, arrugar la frente, cerrar el ojo)	Conservado	Afectado
Signo de Bell	Ausente	Presente
Disociación entre movimientos voluntarios e involuntarios	Disociación	No disociación
Afectación de: -gusto -Secreción de lágrimas -salivación	NO	Puede



# Epidemiología

- Incidencia adultos: 10-40 /100.000 hab./ año.
- Niños <10 a. 2,7 /100.000 hab. /año  
>10 a. 10,1/100.000 hab. /año
- Máxima incidencia de 30-45 años .
- 1/60 personas a lo largo de su vida.
- Médico general 1 paciente P.F./2 años.
- Pediatra 1/ 6 o más años.
- Afecta a los 2 sexos por igual.
- No preferencia racial (más Japón, Mediterráneo)
- No preferencia de lado.
- Ant. Fam. en 1,4%
- 8% recurrencias
- Más frecuente: embarazo ,HTA y diabetes.



# Etiología de la P.F.P.

- Las podemos agrupar en 5 grandes grupos:
  - 1) Infecciosas: - locales  
- generales
  - 2) Traumáticas.
  - 3) Tumoraes.
  - 4) Otras : congénitas ,HTA , metabólicas,...
  - 5) Idiopática: Parálisis de Bell.

# Etiología P.F.P.

1) Idiopática : P. de Bell , Síndrome de Melkersson-Rosenthal.

-P.F.P recurrente  
-Lengua fisurada  
-edema labio,cara, recurrent

2) congénitas: Traumático

Distrofia miotónica.  
Síndrome de **Möebius**  
P. F. Congénita hereditaria 1,2.  
Neuropatía hipertrófica hereditaria  
Microsomía hemifacial.  
S. de Poland.  
Osteopetrosis.  
Displasias óseas esclerosantes.  
Trisomía 13, Trisomía 18.  
**Síndrome Cardio Facial o de Cayler**  
Síndrome de Goldenhar  
Beta Talasemia mayor



3) Traumáticas: -Fractura base de cráneo

-Herida penetrante en oído  
medio

-Barotrauma

-Extracción dentaria

4) Neurológicas : -Neuropatía amiloidea

-Infarto pontino ipsilat

5) Infecciones:- **Otitis media.**

-Otitis Externa.

-Mastoiditis

-Varicela

-Difteria

-**Síndrome de Ramsay - Hunt**

-Encefalitis

-Poliomielitis

-Parotiditis

-MNI

-Lepra

-Coxsackie virus

-Malaria

-Rickettsiosis

-Sífilis

-Influenza

-TBC

-Botulismo

-Enterovirus 70

-**Borreliosis**

-Tétanos

-Gnathostomiasis

-Mucormycosis

-Enf Arañazo de gato

-VIH

-Mycoplasma

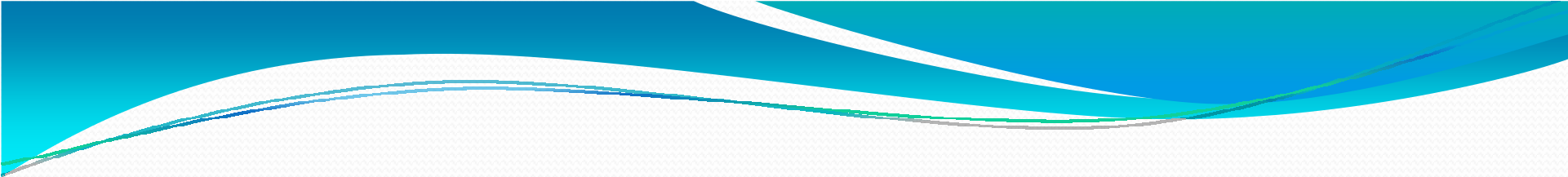
-Herpes Simple

-Cryptococcosis

-Erupción vesicular.

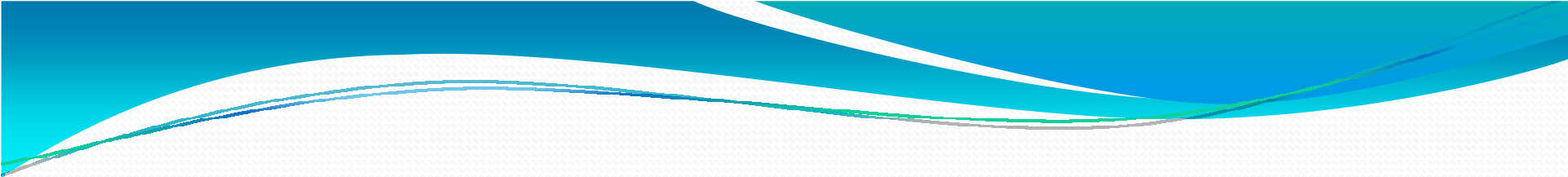
-Dolor intenso.

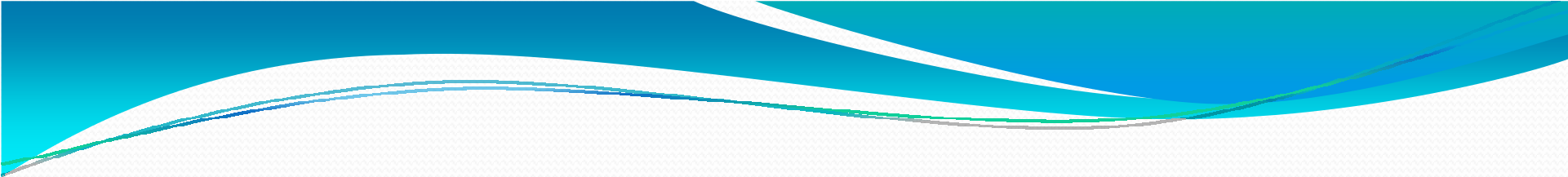
-Disfunción vestíbulo-coclear

- 
- 6) Enf. Metabólicas: -Diabetes
- Hipertiroidismo
  - Embarazo
  - HTA
  - Déficit de Vit A
  - Hiperparatiroidismo

7) Neoplásicas:-Tumores benignos de parótida

- Colesteatoma
- Tumor del VII y VIII par
- Tumor del Glomus Yugular
- Leucemia
- Meningioma
- Sarcoma
- Hemangioblastoma
- Hidradenoma (cond. Aud. Ext)
- Carcinoma local o metastásico
- Hemangioma del tímpano
- Schwanoma
- Teratoma
- Histiocitosis X
- Displasia fibrosa
- Neurofibromatosis

- 
- 8) Vasculares: -Aneurisma de la A. carótida
    - Anomalías del Seno Sigmoides
  - 9) Tóxicos: -Talidomida
    - Etilenglicol
    - Alcoholismo
    - Intoxicación por arsénico
    - Intoxicación por monóxido de carbono
  - 10) Iatrogena: -Anestesia mandibular
    - Serum antitetánico
    - vacuna de la rabia
    - post inmunización
    - Cirugía de parótida
    - Cirugía de mastoides
    - Post adenoidectomía/amigdalectomía
    - iontoforesis(anestesia local)
    - dental
    - Embolizaciones



11) Autoinmunes:-Arteritis temporal

-P.T.I.

-Síndrome de Guillain Barré

-Esclerosis múltiple

-Sarcoidosis

-Miastenia Gravis

-Periarteritis Nodosa

-Enf. de Kawasaki



# literatura(en niños)

Referencia	P. Bell	Trauma	Tumor	Congénita	Infecciosa	Otras	Total
Manning 1972	60.7%	11.5%		3.3%	14.8%	9.7%	61 casos
May 1981	42%	21%	2%	8%	13%	13%	170 casos
Grundfart 1990	16%	24%	12%	8%	28%	12%	25 casos
Peitersen 2002	39.5%	43.3%		6.9%	4%	6.3%	349 casos
Evans 2005	8.6%	34.3%	2.8%	11.4%	37.1%	5,8%	35 casos
Ogita 2006	70%	7%			23%		30 casos
Wei-Hsun Shih 2009	78.6%	7.1%	5.4%	5.4%	3.6%		56 casos
Wang CH. 2010	50.6%	16.5%	3.5%	7.1%	22.4%		85 casos
Jenke 2011	30.2%	6.6%			53.8%		106 casos
F. Drack 2012	60%	Junio- noviembre 53.3% Borrelia				38% 31% Borrelia	84 casos

## Comparison of facial Nerve paralysis in Adults and children. Chang Il Cha and cols. Yonsei Med.J. 49 (5) 725-734, 2008

- 975 pacientes con P.F.P. de 0-88 años.

Estos resultados muestran que la P.F. tiene etiologías similares en niños y adultos.

	Adultos	Niños (15,5%)
P. De Bell	54,9%	66,2%
Infección	26,8%	14,6%
Trauma	5,9%	13,4%
Iatrogenia	2%	3,2%(trauma nac.)
Tumores	1,8%	1,3% (leucemia)

# Causas de P. F. Bilateral (0,3-2% P.F.)

- Idiopática 20% casos (P. de Bell)
- Enfermedad de Lyme (+ frec zonas endémicas)
- Otras Infecciosas VIH, MNI, Mycoplasma, CMV, lepra..
- S de Guillain-Barré, S. de Miller-Fisher
- Metabolopatías. Diabetes, intoxic etilenglicol,..
- Tumoral: linfoma, leucemia, gliomas del puente..
- Neurológicas: polineuropatías.
- Congénitas: Miopatías.
- Traumáticas
- Sarcoidosis
- S. Stevens Johnsons
- Esclerosis múltiple
- S. de Möebius
- L.E.S

Siempre que hay una PF Bil se debe ingresar al enfermo y estudiar.

# ¿Qué etiologías no se nos pueden escapar?

- 1) La etiología infecciosa es la más frecuente.
  - Infecciones de oído , medio , externo. (Algunos por su frecuencia recomiendan visita ORL en < 2 a.
  - Síndrome de Ramsay Hunt. (7%)
  - Borrelia: buscar picadura, Eritema Migrans, viajes, otros síntomas.
  - Síntomas de otras infecciones.
- 2) Traumática: accidentes, intervenciones,..
- 3) Síntomas que orienten neoplasia.
- 4) Descartar otra alt neurológica, FO.
- 5) Tomar T.A.

# Patogenia de la P. de Bell

- Es desconocida.
- Se involucran distintos factores:
  - 1) Virus
  - 2) Autoinmunidad
  - 3) Localización: isquemia

# Patogenia: Virus

- Síndrome de Ramsay –Hunt provocado por virus de herpes Zóster.(otras infecciones como Borrelia, VIH, MNI,...)
- Herpes labial recurrente por reactivación del HSV en el Ganglio Trigeminal.
- Autopsias : se encuentran VHS en ganglios sensitivos dorsales en la mayor parte de los adultos.
- Murakami (1996) analiza fluido endoneural y músc temporal post, por PCR en P. Bell y controles.
  - 10/13 P. Bell (+) HSV (77%) en líq endoneural
  - 8/14 músc temp.(57%)
  - En ninguno de los controles.
  - Además Ac sangre VHS 92% P. Bell, 44% S.Ramsay-H y 56% controles.
- Furuta (2000) De 142 P.F.P :14% S de Ramsay Hunt
  - 29% Zóster sine herpete
  - La prevalencia de Ac a VHS significativamente mayor en P. de Bell
  - En contraste los (-) a VHS en un 88% tenían reactivación demostrada por VHZ.
- Aproximadamente un 70% de las P. de Bell tienen el antecedente de cuadros resp de vías altas o exposición al frío en las semanas previas. ¿Desencadenantes?

# Patogenia: Inmunología

- Al descomprimir el nervio los cirujanos aprecian inflamación. En RNM también.
- Algunos estudios han encontrado una activación de la inmunidad celular.
- Muchos enfermos con P. de Bell en LCR tienen alteraciones: pleocitosis mononuclear y aumento de proteínas. Adour encontró muchos enfermos con P. de Bell: afectación V, VIII, XII, .. Par craneales. Polineuropatía. Similitud con S. de Guillain Barré y E.M.
- Se cree que 1º actuaría virus- inflamación del nervio- afectación células de Schwann- desmielinización- inmunidad celular- destrucción axonal.

## Patogenia: isquemia

- El nervio facial : -mayor trayecto intra-óseo  
-túnel angosto  
-más en adultos que niños  
-es la mononeuropatía más frecuente
- Se cree que por su localización al inflamarse podría provocar isquemia, y mayor lesión nerviosa.
- Más frecuente en HTA y diabéticos; problemas circulación.



# Clínica de la P. de Bell

- 1) Inicio agudo, 24-48 horas.
- 2) Paresia /parálisis total, unilateral del n. Facial
  - En reposo:-No arrugas en frente, entrecejo
    - Caída de la ceja
    - Desviación de la nariz
    - Desviación de la boca
    - No pliegue nasogeniano
    - Ojo más abierto
  - En movimiento:-No puede arrugar la frente
    - no frunce el entrecejo
    - No puede cerrar el ojo , al intentarlo el globo ocular asciende ( signo de Bell)
    - desaparece el reflejo corneal
    - Desviación de la boca al lado sano( signo de Pitres)
    - No puede fruncir la boca
    - Dificultad para hablar, silvar , comer,..
- 3) Alteración del gusto
- 4) Hiperacusia
- 5) Disminución de las lágrimas
- 6) Disminución de la saliva
- 7) Entumecimiento del lado afecto
- 8) Se pueden observar sincinesias



**Figure 1:** Facial aspect of patient in case 1, showing Bell's palsy on the left side. (a) Inability to smile. (b) Incomplete left eye closure. (c) No movement in the upper left eyebrow. (d) Absence of movement in the left portion of the labial orbicular muscle.



**Figure 2:** Facial aspect of patient in case 1 after recovery of facial movement. (a) Normal, symmetric smile. (b) Complete closure of the left eye. (c) Normal left eyebrow movement. (d) Normal movement of labial orbicular muscle.

# Valoración del Grado de Parálisis

- La escala más utilizada es la de House-Brackmann. sirve para valorar evolución de forma fiable y fines pronósticos

Grado	En reposo	En movimiento
I- Normal	Normal	Normal
II- Leve	Simetría en reposo Tono normal	Frente buena función motora Cierra ojos con poco esfuerzo Al reír leve asimetría de la boca
III- Moderada	Leve disimetría no desfigura	Frente movimientos leves-moderada Ojo se cierra con esfuerzo Boca: debilidad leve con máximo esfuerzo Diferencia evidente de los 2 lados sin desfigurar Obvias pero no desfigurantes sincinesias ,espasmos o mov. enmasa.
IV- Moderada-grave	Asimetría en reposo, debilidad obvia desfigurante	Asimetría facial con desfiguración Frente lisa. No movimientos. Ojos: cierre incompleto máx. esfuerzo Boca: asimetría máx esfuerzo Severas sincinesiasmov en masa y espasmos
V- Grave	Asimetría en reposo	Movimientos difícilmente perceptibles Frente lisa sin movimiento Ojo: cierre incompleto Boca: leves movimientos Sincinesias, espasmos y contracturas normalmente ausentes
VI-	Parálisis total Asimetría en reposo	Parálisis Total . No movimientos

# Diagnóstico

- 1) Descartar Parálisis central.
- 2) descartar causas de P.F.P.
- 3) P. de Bell: diagnóstico clínico- evolutivo.

-Inicio agudo.

-Afectación de todas las ramas del facial

- No otras alteraciones neurológicas.

Una P. de Bell típica no precisa Explor. Complem.

# Exploraciones complementarias

- 1) Análisis : -descartar diabetes en adultos.  
-Hemograma, Serologías , Estudios hormonales por sospecha clínica.
- 2)Punción lumbar:- sospecha de meningitis.  
-P.F. Bilateral  
- sospecha de Borreliosis  
- Sospecha de Guillain-Barré
- 3)Pruebas de imagen.
- 4) Estudios Electrofisiológicos

# Pruebas de imagen

Se realizará TAC o RNM si:

- P.F. P. no típica como :afectación de otros pares craneales, otra focalidad neurológica, cefalea intensa, signos de HT endocraneal, no afectación de todas las ramas del facial,..
- Otitis Media Crónica.
- Mastoiditis aguda.
- Traumatismo craneal.
- Sospecha de neoplasia.
- Si progresa más de 3 sem o no inicia recuperación a los 2 meses.
- P.F. bilateral.
- Recidiva precoz tras suspender el tratamiento.
- Si empeora el cuadro durante el tratamiento.

# Estudios Electrofisiológicos

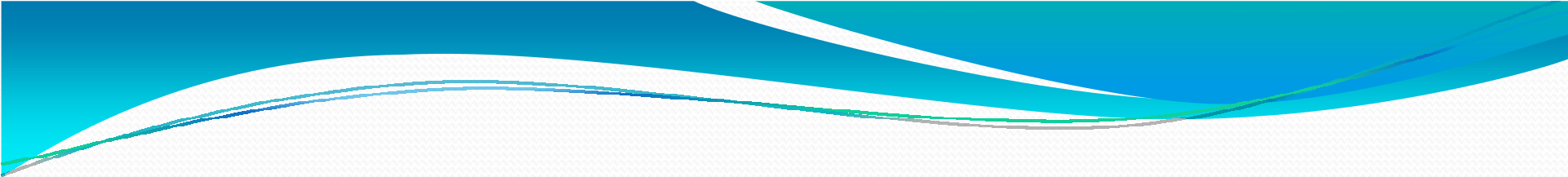
- Sirven para ver el grado de afectación del nervio y con fines pronósticos.
- Los más usados: -reflejo del parpadeo
  - ENG
  - EMG
- ENG, es el estudio de la conducción del nervio motor
  - Se estimula N. Facial a la salida de AEM y se mide la suma de potenciales evocados musculares (en gral orbicular labios).
  - A partir de 10 días de la parálisis.
  - Se compara en % con el lado sano.
  - El grado de disminución se corresponde con el % de axones afectos.
- Está indicada en parálisis totales. No mejoría tras 3 sem del inicio.

# Pronóstico

- ¿Bueno? , en adultos 71% resolución espontánea sin tratamiento. En niños 90%.
- Influyen en pronóstico:-Edad.
  - Causa.
  - Grado de parálisis
  - Evolución.
  - ENG
  - Tratamiento??

(Bell's Palsy: The Spontaneous Course of 2,500 Peripheral Facial Nerve Palsies of Different Etiologies. E. Peitersen Acta Otolaryngol 2002;Suppl 549:4-30)



- 
- Evolución:- Un 85% a 3<sup>a</sup> sem inician recuperación
    - Un 15% recuperan en 3-5 meses.
  - En P. Incompletas 55% recuperación total 3 sem.
  - En conjunto: -58% recuperan <2 m
    - 64% a los 3m
    - 71% a los 6 m
  - Inicio de la recuperación: 1<sup>a</sup> s: 88% función normal
    - 2<sup>a</sup> s:83% función normal
    - 3<sup>a</sup> s: 61% función normal

# Pronóstico

- El Grado de Parálisis medido en la Escala de House – Brackmann se correlaciona con pronóstico.

Parálisis	House-Brackmann	% Recuperación
Incompleta	II,III y IV	94%
Completa	V y VI	60%

- ENG. -Los pacientes con  $< 90\%$  degeneración a las 2-3 sem se recuperan 80-90%.

-Los que tienen degeneración 90%: solo 50% buena recuperación

- Degeneración  $>90\%$  5º día peor pronóstico que al 14ª día.

Autor/año	Nº niños	Recup Total	Casi completa	Tiempo
Condray 1993	40	90%		32 d media
Inamura H.1994	82	96,6%		
Perini 1996	33	100%		3 sem media
Dhiravibulya 2002	84	61,7%	38,2	6,6 sem media
Chen W.X.2005	29	97%		68,65 3 sem
Chang II Cha2008	157	93,1%		
Jenke 2011	106	97,6%		
F. Drack	84	89,3%		
Mc Namara 2012	45	80%	17% leve	

# Secuelas

- Paresia : 29%
- Sincinesias: 16%
- Contracturas: 17%
- Lágrimas de cocodrilo: 2%
- Ojo seco: 2%
- 83% buena evol Normal o alt leve.
- 17% mala: 13% moderada (visible con pequeños mov)  
4% grave (siempre presente)
- 0% Parálisis total



## Motivo de Ingreso

- 1) Afectación brusca de otros pares craneales.
- 2) Paresia facial bilateral.
- 3) Otra focalidad neurológica.
- 4) Síntomas de HT endocraneal.
- 5) Empeoramiento durante el tratamiento.
- 6) No mejoría tras 2 meses del tratamiento.
- 7) Recidiva precoz tras suspender el tratamiento.
- 8) Valorar ante complicaciones derivadas del trat.:TA, intol al trat.

# Tratamiento P. de Bell

- Objetivos:
  - 1) Tranquilizar a los padres.
  - 2) Restituir la función del nervio facial lo más pronto posible.
  - 3) Evitar afectación corneal.

# Restituir la función facial

- 1) Corticoides.
- 2) Antivirales.
- 3) Vitaminas.
- 4) Acupuntura.
- 5) Oxígeno hiperbárico.
- 6) Fisioterapia.
- 7) Cirugía.

# Corticoides

- Prednisona: 2 mg/Kg/ día durante 5 días seguido de disminución progresiva en los 5 días siguientes. Máximo 60-80 mg/día.

- Tratamiento precoz. ( 3 primeros días)

- Preparados: Dacortin, comprim de 5 y 30 mg

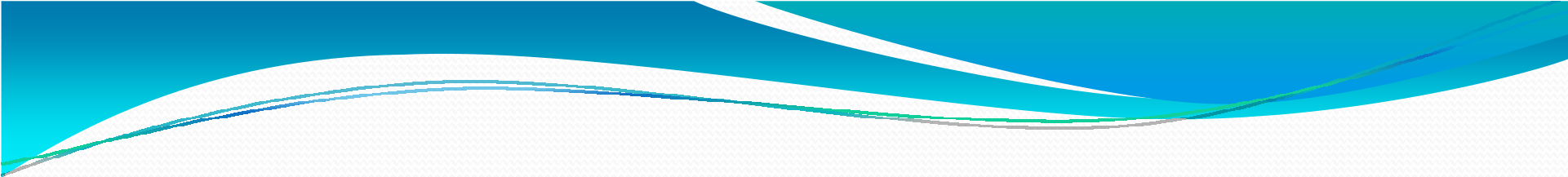
Estilsona gotas, 1ml=7mg=40 gotas (6 gotas= 1 mg)

(UpToDate, 2012)



# ¿Por qué se recomiendan corticoides?

- El tratamiento con corticoides se basa en efecto antiinflamatorio e inmunosupresor.
- Probado en adultos.
- No estudios adecuados en niños.
- Con la evidencia disponible en adultos parece correcto tratar igual a los niños.
- Sabemos que evol espontánea <90% curan sin trat, pero sobre todo en parálisis graves pueden permanecer secuelas de por vida.
- No efectos indeseables.
- Tratamiento barato.

- 
- Frank M. Sullivan, 2007, Escocia
  - Estudio doble ciego , randomizado , placebo-control.
  - 496 pacientes adultos, P. Bell, Asist primaria.
  - Comparan prednisolona, , Aciclovir, pred.+ Aciclovir , con placebo .
  - Se mide la recuperación total a los 3 y 9 meses.

# Early treatment with prednisolona or Acyclovir in Bell's Palsy. Frank M. Sullivan and cols. N. Engl. J. med. 2007;357:1598-1607

Tratamiento	Curados 3m	Curados 9m	p
Prednisolona	83%	94,4%	<0,001
Placebo	63,6%	81,6%	<0,001
Aciclovir	71,2%	85,4%	0,5
Placebo	75,7%	90,8%	0,1
Prednisolona+Aciclovir	79,7%	92,7%	<0,001

Conclusiones: En P. de Bell el trat. precoz con prednisolona mejora significativamente la probabilidad de recuperación completa a los 3 y 9 m. No hay evidencia de que el Aciclovir sea efectivo solo o unido a prednisolona. Se precisa tratar 6 para que 1 mejore a los 3m ,y 8 para que 1 mejore a los 9 meses. Consigue un 12% de reducción del riesgo. No efectos adversos

Prednisolone and valaciclovir in Bell's palsy : a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. Engström M, and cols. Lancet Neurol. 2008 Nov; 7 (11): 993-1000

- 829 pacientes adultos con P. de Bell.
- Gravedad H.B. de 4
- Tratados con Prednisona, Valaciclovir, pred+ Valaciclovir o placebo.

Tratamiento	Curación 3m	Curación 9m	p
Prednisona	62%	72%	<0,0001
Placebo	51 %	57%	

Conclusiones: Se reduce el tiempo de recuperación y aumenta el nº de curaciones con Prednisona y no con Valaciclovir.

# Antivirales

- Se basa en la frecuencia con que virus del herpes 1 o Zóster se cree implicado en P. de Bell.
- En estudios de > potencia (Sullivan, Engström) no se ha demostrado que con Aciclovir o Valaciclovir mejore el pronóstico.
- En estudios de peor calidad se aprecia un beneficio usando antivirales, precozmente y en los casos más graves.

Steroid and antiviral treatment for Bell's palsy. N. Hato and cols  
Lancet 2008, Vol 371 (31) 1818

- 296 pacientes.
- Comparan Prednisolona (60 mg /día) + valaciclovir (1000 mg /día) con prednisolona sola.

Tratamiento	Restablecimiento	p
Pred+ valaciclovir	96,5%	0,045
Pred.	89,7%	

Conclusiones: Los corticoides son efectivos en P. de Bell independientemente de la causa.  
Si sospecha de VHZ antivirales a dosis altas: 4000mg/día aciclovir o 3000mg al día valaciclovir.

Sus casos tienen H.B de 4,3, más graves.

Valaciclovir más efectivo que Aciclovir

Proponen: P. Moderada (H.B.<IV: prednisona

P. Grave, en 3 1º días (H.B V y VI: P+V)

TABLA 1

## Principales revisiones y metaanálisis sobre utilización de antivirales en la parálisis facial periférica

Estudio Año-Tipo	N	Tratamiento	Antiviral	Gravedad inicial	Conclusiones
Numthavaj et al. <sup>11</sup> 2011 (MA)	1.805 (6 EC)	AV/P AV/C AV+C/C	A VA	Moderada/ moderadamente severa/grave	AV solos menos efectivos que C AV+C mayor tasa de recuperación pero no significativa
Pallavicini et al. <sup>1</sup> 2011 (R)			A VA FA	Moderada/ moderadamente severa/grave	Evidencia eficacia C solos Sin evidencia eficacia AV solos o con C
Lockhart et al. <sup>2</sup> 2010 (MA)	1.987 (7 ECA)	AV/P AV/C AV+C/P AV+C/C AV+C/C+P	A VA	Moderada/grave	Sin evidencia eficacia AV solos Beneficio AV+C pero menor para AV que C
Worster et al. <sup>13</sup> 2010 (R)	1.631 (3 ECA)		A VA	Moderada/grave	Evidencia eficacia C solos Sin evidencia eficacia A solo o con C, posible eficacia VA+C
Almeida et al. <sup>4</sup> 2009 (RS-MA)	2.786 (18 EC)	C AV AV+C/C AV+C/AV	A VA	Moderada/grave	Evidencia eficacia C solos Sin evidencia eficacia AV solos AV+C mayor tasa de recuperación pero no significativa
Goudakos et al. <sup>12</sup> 2009 (RS-MA)	738 (5 ECA)	AV+C/C	A VA	Moderada/grave	Sin evidencia eficacia AV añadidos a C
Quant et al. <sup>10</sup> 2009 (MA)	1.145 (6 EC)	AV+C/C	A VA FA	Moderada/grave	Sin evidencia eficacia AV añadidos a C

A: aciclovir; AV: antiviral; C: corticoide; EC: ensayo controlado; ECA: ensayo controlado aleatorio; FA: famciclovir; MA: metaanálisis; P: placebo; R: revisión; RS: revisión sistemática; VA: valaciclovir.

# Antivirales en niños

- Sospecha de infección por VHZ.
- S. de Ramsay -Hunt
- Dolor asociado.
- Aciclovir: 80 mg/Kg/día en cuatro dosis, V.O. ( máximo 800 mg/dosis)
- Duración: 7 días
- Preparados: -Zovirax sus forte 8400mg en 5 ml)
  - Aciclovir Bayvit compr dispersables 200, 800 mg
  - Zovirax compr dispersables 200, 800 mg.
- En >12a se puede usar valaciclovir 1000mg/8h 7 -10 días
- Preparados:Valaciclovir teva 500 mg/compr.
- En niños con severa P.facial recomiendan prednisona 2 mg/Kg de peso /día + Valaciclovir 20 mg /Kg /3 veces al día (Máx 30000 mg al día) 1 sem.(Up To Date-2012)

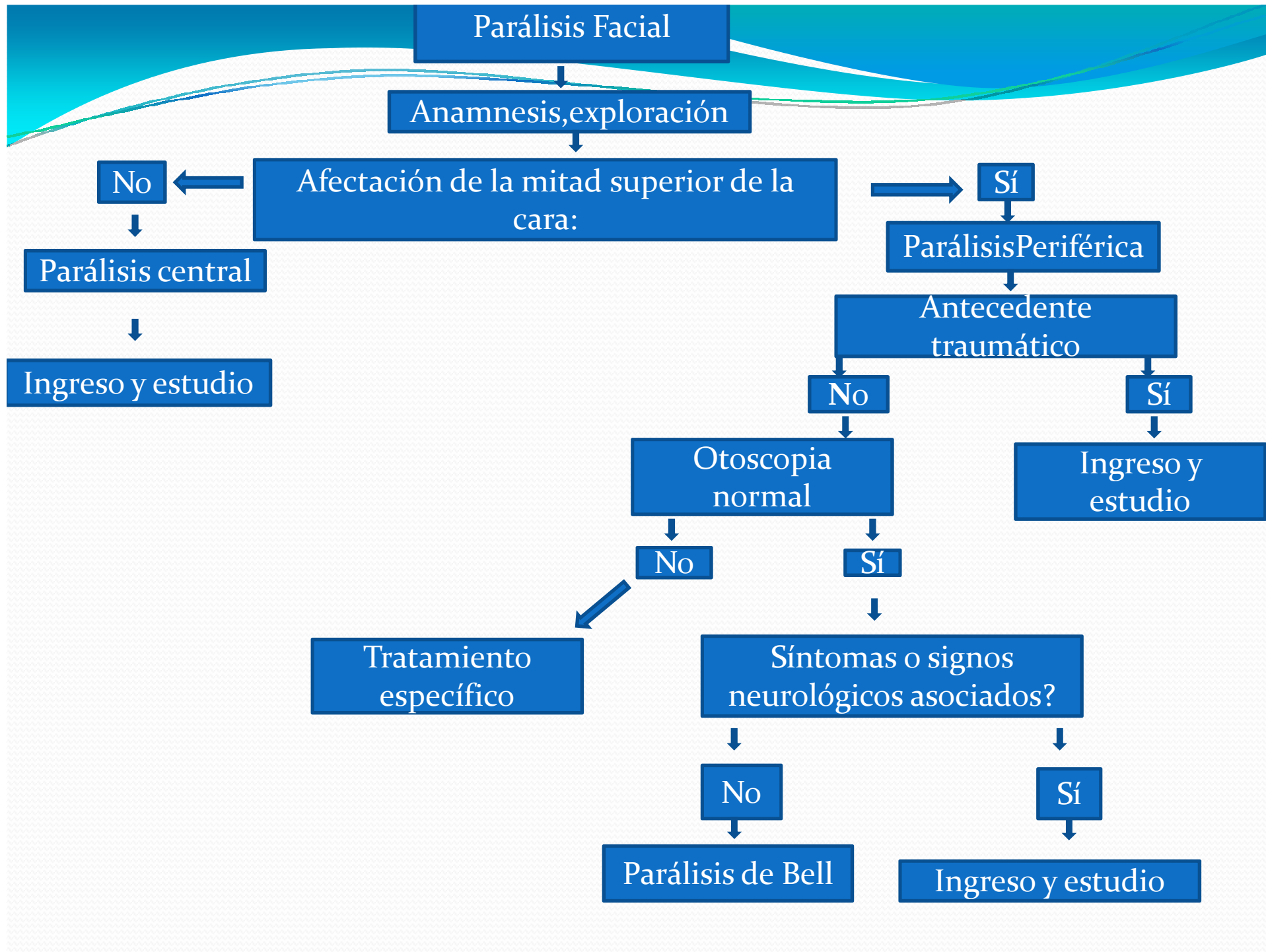


# Cuidado ocular

- Objetivo : evitar lesiones corneales si paciente es incapaz de cerrar el ojo.
- Se recomiendan lágrimas artificiales durante el día, 1 aplicación cada 1-6 h. según necesidades.-Oculotec monodosis
  - Acuolens
  - Viscofresh 0,5%
- Oclusión palpebral con parche y pomada epitelizante de noche.
- Si es incapaz de parpadeo ocluirlo todo el día.
- Si dolor o sospecha de complicación consulta con oftalmología

# Cirugía

- No estudios que confirmen efectividad , por ello no se recomienda.
- En el caso de pacientes tratados médicamente, y sin mejoría en 2-3 sem y parálisis graves (>90% degeneración en ENG) 1 estudio con 31 pacientes practica descompresión quirúrgica, con 91% buena evol a los 7m y 42% sin tratamiento
- Riesgo:- 1-15% de pérdida auditiva.
  - Fístula de LCR



# Parálisis de Bell

Escala House-Brakmann

Grado II-IV

- CUIDADO OCULAR
- PREDNISONA 2 mg/Kg/d x 5 días (disminución en 5 días)

Grado V-VI

Evolución < 3 días

- CUIDADO OCULAR
- PREDNISONA 2 mg/Kg/d x 5 días (disminución en 5 días)
- ACICLOVIR 80 MG/Kg/d x 7 días

Evolución > 3 días

- CUIDADO OCULAR
- PREDNISONA 2 mg/Kg/d x 5 días (disminución en 5 días)