

Artículo Científico

# Tratamiento y pronóstico de la parálisis parcial periférica en adultos

## *Treatment and prognosis of partial peripheral paralysis in adults*

 Tibán-Herrera, John Alexander <sup>1</sup>  
 <https://orcid.org/0009-0008-4682-6613>  
 [johnherrera375@gmail.com](mailto:johnherrera375@gmail.com)  
 Investigador independiente, Ecuador, Ambato.

Autor de correspondencia <sup>1</sup>

 DOI / URL: <https://doi.org/10.55813/gaea/rcym/v3/n3/82>

**Resumen:** La parálisis facial periférica representa un desafío clínico por la ausencia de consenso en los tratamientos disponibles y accesibles para la población adulta. Esta condición, con una frecuencia estimada de 25 a 35 casos por cada 100.000 habitantes, puede originarse por diversas causas, siendo la de Bell la presentación más habitual. Ante esta problemática, se realizó una revisión sistemática de literatura publicada entre 2016 y 2023 bajo la metodología PRISMA, aplicando criterios rigurosos de inclusión y exclusión. Se consultaron bases de datos como PubMed y Tripdatabase, lo que permitió identificar opciones terapéuticas farmacológicas y de rehabilitación. Destacó la administración temprana de corticosteroides dentro de las primeras 72 horas para optimizar la recuperación y reducir secuelas. Igualmente, se consideró relevante la fisioterapia como apoyo en la mejoría funcional, aunque se evidenció la necesidad de más investigaciones que respalden su eficacia con alto nivel de evidencia. Se identificaron factores pronósticos determinantes, como el grado inicial de parálisis y la respuesta temprana al manejo. El estudio plantea la importancia de establecer guías homogéneas y un seguimiento sistemático para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los afectados.

**Palabras clave:** parálisis facial periférica, tratamiento, pronóstico, corticosteroides, rehabilitación.



Check for updates

**Received:** 28/Ago/2025  
**Accepted:** 11/Sep/2025  
**Published:** 21/Sep/2025

**Cita:** Tibán-Herrera, J. A. (2025). Tratamiento y pronóstico de la parálisis parcial periférica en adultos. *Revista Científica Ciencia Y Método*, 3(3), 385-399. <https://doi.org/10.55813/gaea/rcym/v3/n3/82>

Revista Científica Ciencia y Método (RCyM)  
<https://revistacym.com>  
[revistacym@editorialgrupo-aea.com](mailto:revistacym@editorialgrupo-aea.com)  
[info@editoriagrupo-aea.com](mailto:info@editoriagrupo-aea.com)

© 2025. Este artículo es un documento de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de la **Licencia Creative Commons. Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.**



**Abstract:**

Peripheral facial paralysis represents a clinical challenge due to the lack of consensus on available and accessible treatments for the adult population. This condition, with an estimated frequency of 25 to 35 cases per 100,000 inhabitants, can have various causes, with Bell's palsy being the most common presentation. In light of this problem, a systematic review of the literature published between 2016 and 2023 was conducted using the PRISMA methodology, applying rigorous inclusion and exclusion criteria. Databases such as PubMed and Tripdatabase were consulted, which allowed the identification of pharmacological and rehabilitation treatment options. The early administration of corticosteroids within the first 72 hours to optimize recovery and reduce sequelae was highlighted. Similarly, physical therapy was considered relevant as a support for functional improvement, although the need for further research to support its efficacy with a high level of evidence was evident. Determinant prognostic factors were identified, such as the initial degree of paralysis and early response to management. The study highlights the importance of establishing uniform guidelines and systematic follow-up to improve the prognosis and quality of life of those affected.

**Keywords:** peripheral facial paralysis, treatment, prognosis, corticosteroids, rehabilitation.

## 1. Introducción

La parálisis facial se resume en un deterioro de la musculatura voluntaria que es inervada por el nervio facial, esto se desencadena en una asimetría del rostro muy marcada (Gaber et al., 2022). Casi dos tercios de los pacientes no consiguen una recuperación en su totalidad, lo que genera una repercusión a la persona además que, puede presentar secuelas crónicas debido a un fallo en la regeneración del nervio (Cooper et al., 2017). La privatización parcial o completa de los movimientos de la cara son en su mayoría relacionados con una parálisis facial periférica que repercutirá negativamente en la vida social y emocional de las personas, debido a que se incapacita la habilidad voluntaria de parpadear, alimentarse, ingerir líquidos y hasta comunicarse con fluidez (ten Harkel et al., 2023).

La enfermedad más común que causa la parálisis del nervio facial es la parálisis de Bell idiopática, su patogénesis se piensa es la reactivación del virus del herpes simple tipo 1 como la infección más relevante, otras infecciones como el virus de varicela zoster y el virus del herpes humano también pueden ser bastante comunes, aun así, el origen causal es impreciso hasta hoy (Kim & Lee, 2020).

El nivel de afectación es de 25 a 35 personas por cada 100,000 habitantes cada año y comúnmente presentes en un grupo de edad de 35 a 45 años (Menchetti et al., 2021). También se menciona una asociación común con personas inmunodeprimidas,

mujeres embarazadas, obesidad, hipertensión, diabetes mellitus o recientemente relacionado con enfermedades respiratorias (Khan et al., 2022).

Sus características clínicas más habituales en la parálisis facial incluyen aparición súbita, debilidad del nervio fácil, dolor de oído, cefalea, hiperacusia, disgeusia, ojo seco y entumecimiento facial (Zhang et al., 2019). Se estima que cerca de un 70% de pacientes logran una recuperación por completo dentro de un periodo de 6 meses, mientras que, el 30% restante no lo logra e inclusive pueden llegar a presentarse secuelas de índole moderada graves como lo son el espasmo hemi facial, contractura y sincinesia (Shi et al., 2022).

El plan terapéutico de una parálisis facial a la fecha ofrece muchas opciones para el paciente. Entre lo más sobresalientes por sus resultados son la terapia farmacológica y terapia física (Khan et al., 2022). En el tratamiento farmacológico se usa la prednisona, obteniendo buenos resultados, pero haciendo uso en las primeras 72 horas del inicio de la clínica, ya que el uso de corticoesteroides orales ayuda a disminuir el lapso de recuperación y aumenta la probabilidad de una mejoría total del nervio (Campos & Villamizar, 2018).

De la misma manera se hace hincapié en el uso de una terapia combinada de esteroides y hidrostático debido a su mayor grado de efectividad con gran énfasis en pacientes de parálisis facial grave (Heckmann et al., 2019). No obstante, estos pacientes con mayor grado de severidad no logran obtener un pronóstico alentador posterior a 12 meses a pesar de haber usado el tratamiento con esteroides (Kim et al., 2021). Asimismo, existe la alternativa de la fisioterapia, donde se reentrenan la musculatura del rostro con ejercicios faciales, electroterapia, resistencia y masajes para tratar esta enfermedad con el objetivo de mejorar la funcionalidad muscular y nerviosa (Zhang et al., 2020).

Es palpable la dificultad de encontrar y acceder a un consenso sobre los mejores enfoques de tratamiento, ya que existe un vacío importante en la práctica clínica, al no contar con una guía confiable, eficaz y segura que ayude al paciente aun restablecimiento de la simetría y movimientos más finos o incluso una recuperación de la función nerviosa que ayudaría notablemente cambiando la calidad de vida del paciente (Pinkiewicz et al., 2022). Esta condición de la parálisis facial tiene repercusiones a la cotidianidad del diario vivir de los pacientes, ya que, se ven disminuidas sus relaciones sociales, laborales, e incluso interfiere la capacidad de expresarse no verbalmente afectando su bienestar físico y emocional (Khan et al., 2022).

En la actualidad no se posee de una evaluación clínica completamente estandarizada que sea aplicable en el entorno de la práctica médica de rutina, debido a que, aun se necesita de un sistema de evaluación y categorización con precisión clínica para poder seleccionar los protocolos de tratamiento y rehabilitación adecuados acorde a cada individuo (Gaber et al., 2022). Por lo tanto, es fundamental abordar esta situación problemática y poder resolverlo apoyándose en evidencia científica de calidad, que

aporten en el mejoramiento de los resultados clínicos de recuperación en los pacientes (Su et al., 2017).

Ante este contexto, surge una necesidad de una revisión sistemática de carácter rigurosa que evalúe y sintetice la información disponible sobre el tratamiento y pronóstico de la parálisis facial. Como tal esta investigación aclarara las lagunas de conocimiento actual, además de analizar críticamente la eficacia de estos tratamientos y poder así entregar recomendaciones cruciales para una correcta práctica clínica (Pinkiewicz et al., 2022).

## 2. Materiales y métodos

La presente investigación tiene su fundamentación en el método de Revisión sistemática de la literatura, esta se diferencia de las revisiones narrativas tradicionales porque, ayuda a recopilar todas las publicaciones y documentación relacionado a nuestros criterios de inclusión previamente establecidos con la finalidad de dar respuesta a la pregunta de investigación planteada. Esta metodología se basará en un proceso minucioso, ordenado y transparente que se guía por una pregunta de investigación correctamente establecida.

Se ejecutó un análisis con importante detenimiento crítico, evaluativo y sistemático de la literatura focalizada en el tema tanto en el idioma en español e inglés, en diciembre del 2023, que recogió resultados de las publicaciones realizadas desde el año 2016 hasta la actualidad, en dos bases de datos: PubMed y Tripdatabase.

El proceso de recopilación de información científica se lo realizó adoptando el formato PICO (Pacientes, Intervenciones, Comparaciones y Resultados), que me permitió establecer la pregunta de investigación en términos precisos y enfocados. Se aplicó un vocabulario controlado en conjunto con operadores booleanos para la búsqueda y síntesis de información, así mismo se utilizó los términos médicos subject headings (Mesh) que son: Facial Parálisis, Bell Palsy, Facial Nerve Diseases, Therapeutics y Prognosis y la estrategia de búsqueda será la siguiente: (((Facial Parálisis) AND (Bell Palsy)) AND (Facial Nerve Diseases)) AND (Therapeutics)) AND (Prognosis).

En esta fase de la investigación, se construyó un análisis documental detallista y sistemático de las distintas fuentes bibliográfica significativas, que facilitaron en la obtención de datos oportunos de gran valor. Su clasificación y selección, se encaminó en las pautas proporcionadas por Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis Protocols (PRISMA) (16), es un instrumento de guía que ayuda a los investigadores a describir mucho mejor lo que se hizo y lo que se encontró garantizando así, una investigación viable, académica y transparente.

Criterios de inclusión:

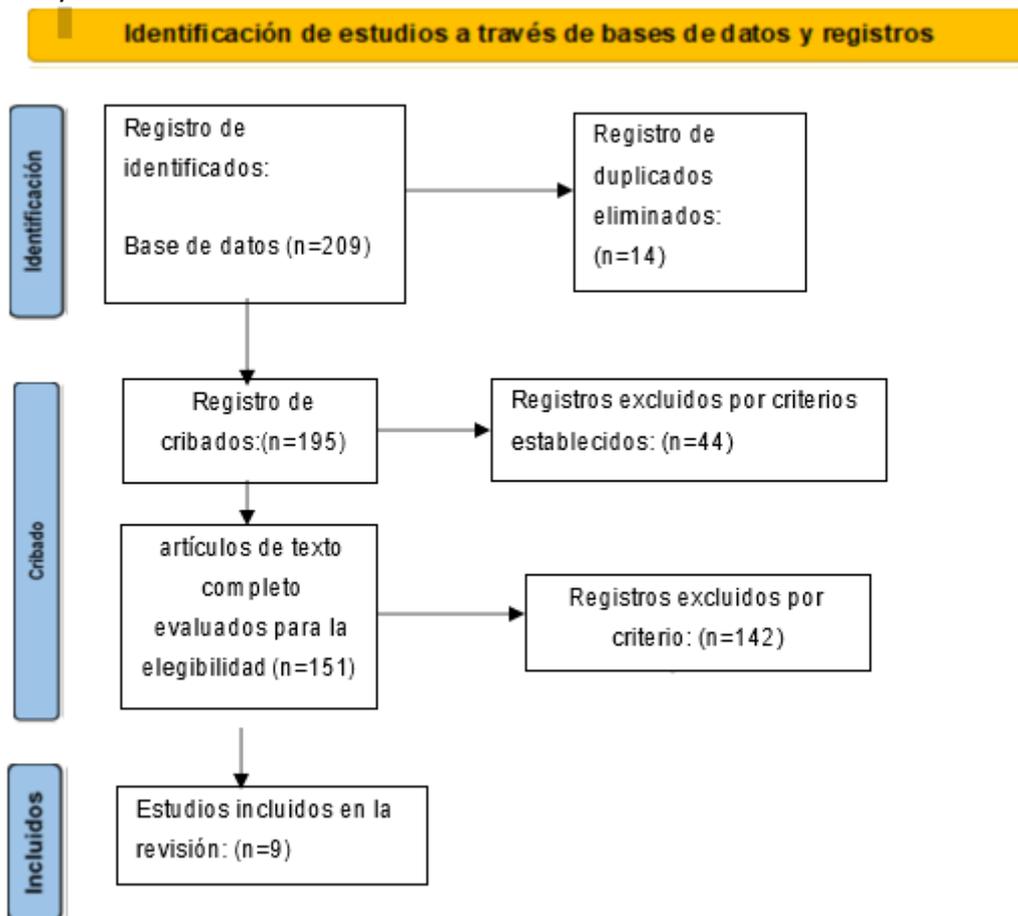
- Artículos en idioma inglés, español y portugués

- Los estudios que proporcionen una información detallada sobre intervenciones terapéuticas o resultados pronósticos de 8 años de antigüedad (2016-2023)

Criterios de exclusión:

- Estudios que no aborden el tratamiento o pronóstico
- Repositorios de tesis
- Estudios con información carente de confiabilidad científica
- Páginas web

**Figura 1**  
Diagrama prisma



Nota: (Autor, 2025).

### 3. Resultados

Es importancia comenzar y mencionar conocimientos básicos anatómicos acerca del nervio facial para un mejor entendimiento de la etiopatogenia de la parálisis facial, el nervio facial es originario de la unión de la protuberancia y la medula del tronco del encéfalo con un trayecto lateral a través del ángulo pontocerebeloso con recorrido intra y extracraneal, luego de salir de la protuberancia se dirige y atraviesa el canal auditivo interno junto con el nervio auditivo, entra en su propio canal de Falopio, que es dentro del hueso temporal, posteriormente sale por el agujero estilo mastoideo, del

cual se desprende una rama sensorial que va a irrigar parte del conducto auditivo externo y la membrana timpánica, luego ingresa a la parótida, pasando entre los lóbulos profundo y superficial en donde se va a dividir dos de sus principales ramas, la temporofacial superior y la rama cérvico facial inferior conocida como pie de pato, y por último estos se dividen para formar las cinco ramas finales (McKernon et al., 2019). De esta forma es capaz de proporcionar una inervación motora eferente hacia todos los músculos de la expresión facial, el estapedio, el vientre posterior de los músculos digástricos y las fibras parasimpáticas y sensoriales, estas últimas tienen irrigación a las glándulas submandibulares y lagrimales a través de la cuerda del tímpano y el nervio petroso superficial mayor que lo hace muy susceptible a paralizarse ante cualquier daño de gravedad (Singh & Deshmukh, 2022).

Por su parte los datos estadísticos, nos muestran una incidencia mundial de la parálisis facial periférica decada 11 a 40 casos por 100.000 personas al año en adultos y de 11,5 a 30 por 100,000 personas en niños (Bertin et al., 2023), mientras que en la práctica clínica es relativamente frecuente encontrarse pacientes con parálisis facial periférica, que indistintamente de la causa, un 85% logra recuperar alguna función, logrando así más del 70% en el proceso de recuperación completa.

Aunque la etiología continúa siendo incierta, se posee una teoría principal la cual es la reactivación del VHS-1, en donde va a provocar un edema e inflamación en el nervio, estimulando consigo una compresión a su paso en el estrecho canal de Falopio en el hueso temporal del cráneo (George et al., 2020). Estos herpesvirus son de gran tamaño con envoltura y ADN lineal de doble cadena, en específico tenemos que VHS-1, VHS – 2 y el virus de la varicela zoster son los más comunes en el mundo y los cuales se dirigen hacia las neuronas periféricas y persisten durante toda la vida del huésped (Zhang et al., 2020). Sin embargo, existen otros causantes de una parálisis facial como son: infecciosas; Enfermedad de Lyme, Virus de Epstein Barr, meningitis por herpes simple tipo 1, idiopático; parálisis de Bell, neoplásico; Tumor de glándula parótida, coleostoma, trauma; fracturas de la base del cráneo y hueso temporal y por causas neurológicas; síndrome de Guillain – Barré (McKernon, House, & Balmer, 2019).

### 3.1. Clínica y examen físico

Estas lesiones que se producen en el nervio facial van a ser determinantes para una asimetría del rostro, a lo que puede ser considerado como un impacto profundo a la vida social del paciente, por lo tanto, es de gran relevancia poder identificar con precisión y otorgar el tratamiento más personalizado al individuo, para de esta forma disminuir la tasa de malos resultados en su recuperación y de reducir también el riesgo de disfunción persistente del nervio facial y malestar psicológico (Kim et al., 2022).

La parálisis facial tiene un inicio agudo, que puede aparecer en unas horas y llegar a su máximo en 72 horas involucrando en ese lapso al nervio facial, que viene acompañado de un dolor post auricular, disminución del lagrimeo, disgeusia o

hiperacusia, muy frecuentemente se suele solucionar en un periodo de 3 a 6 semanas (Garro & Nigrovic, 2018).

### 3.2. Clasificación

La más utilizada para registrar el alcance de la gravedad de una parálisis de Bell, son la escala House-Brackmann o escalad y clasificación del nervio facial; tabla 1, evidentemente con esta escala se puede fácilmente ser subjetivo e inducirá una incorrecta interpretación de la gravedad de la parálisis; pero por sus sencillas se usa mucho para concluir con el diagnóstico y así mismo clasificar con el grado de disfunción. Con esta escala el examinador debe de observar y determinar el grado de afectación, tomando por función normal el grado I y el grado 6 el nulo movimiento facial (De Almeida et al., 2014).

**Tabla1**

*Escala de House-Brackmann*

Grado	Descripción	Características	Frente	Ojo	Boca
I	Normal	Función normal en todas las áreas	Función normal	Cierre completo sin esfuerzo	Asimetría normal al movimiento
II	Disfunción leve	Debilidad muscular notoria solo en la exploración	Función moderada	Cierre completo o casi completo con esfuerzo	Asimetría normal al movimiento
III	Disfunción moderada	Deficiencia notoria, pero asimétrica en ambos lados	Movimientos moderados ligeros	Cierre completo con esfuerzo	Ligera debilidad con el uso del máximo esfuerzo
IV	Disfunción moderadamente severa	Asimetría desfigurante	Parestesias	Cierre incompleto ojo	Demuestra asimetría al esfuerzo
V	Disfunción severa	Escaso movimiento perceptible	Parálisis	Cierre incompleto	Movimientos ligeros
VI	Parálisis total	Nulo movimiento	Nulo movimiento	Ningún cierre	Ningún movimiento

*Nota:* (Autor, 2025).

### 3.3. Tratamientos

La implementación de corticoesteroides como tratamiento primario con una dosificación de 60 a 80 miligramos diarios por un periodo aproximado de 1 semana, en la evidencia detalla que el uso combinado de este grupo farmacológico de los corticoesteroides y los antivirales pueden demostrar una mejoría en comparación a los resultados obtenidos del uso individual de los corticoesteroides en el tratamiento (Gagyor et al., 2019). Sin embargo, en un metaanálisis realizado en el año 2009 se encontró que la implementación por si sola de los esteroides eran el tratamiento predilecto para la parálisis de Bell, mientras que el uso de antivirales no demostró por completo una estadística significativa (Quant et al., 2009). En consensos mucho más actualizados mencionan que se debe usar 2 pautas avaladas para el tratamiento los cuales son: prednisona 50 mg por alrededor de 10 días o prednisolona 60mg durante 5 días con descensos de la dosificación de 10 mg/día, por un periodo de 5 días

siguientes, además, este tratamiento es efectivo si se lo administra en las primeras 72 horas desde el inicio de la sintomatología, sin más es recomendable ya en la práctica clínica hacer uso de este esquema sencillo del uso de la prednisolona ajustada a 1mg/kg/día por 5 días con una reducción descendente de 10 mg/día los días posteriores hasta llegar a una dosis de cero, como se lo puede observar en la tabla 2 (Lassaletta et al., 2020).

**Tabla 2**  
*Ejemplo del uso de la dosificación de corticoides*

Días	Prednisona 30 mg
Del día 1 al día 5	2 + 1/2 comprimidos (75 mg)
Día 6	2 + 1/3 comprimidos (70 mg)
Día 7	2 comprimidos (60 mg)
Día 8	1 + 2/3 comprimidos (50 mg)
Día 9	1 + 1/3 comprimidos (40 mg)
Día 10	1 comprimido (30 mg)
Día 11	2/3 comprimidos (20 mg)
Día 12	1/3 comprimidos (10 mg)

*Nota:* (Autor, 2025).

Para los pacientes que presentan una parálisis de gravedad del nervio facial un House-Brackmann IV o superior, a este tipo de personas se les puede dar la oportunidad de una terapia combinada con esteroides y antivirales, así mismo no hubo informe de presentarse algún tipo de reacción adversa del uso de antivirales en contraste con el placebo o los corticoesteroides, mientras que, algunos pacientes debían recibir una inducción para el correcto uso de lubricación ocular y la aplicación de un parche sobre el ojo afectado antes de que la persona se vaya a dormir, con la intención de disminuir el riesgo de una abrasión corneal (Warner et al., 2023).

La alternativa de la fisioterapia se ha evidenciado una gran acogida como medida de rehabilitación en los pacientes con parálisis facial, se ha hecho uso de las terapias de masaje, ejercicios faciales, técnica de taping que consiste en dar ligeros golpes, en los músculos para de esta forma incentivar al aumento de la circulación sanguínea, el tono muscular, disminuir la flacidez de la cara y promover que se devuelva la asimetría facial, en concreto la rehabilitación facial tiene como objetivo el aumento de las señales, como son la activación diferencial de los músculos implicados en el patrón excitable e inhibición (Rodríguez-Ortiz et al., 2011).

Esta patología es frecuente y con una buena evolución con ayuda del tratamiento fisioterapéutico, en donde se pone a consideración en dependencia de la afectación del nervio, siempre y cuando sea reversible, posee un pronóstico de mejora de hasta un 90%, sin embargo, se debe resaltar que sin la implementación del tratamiento este puede descender hasta un 50%, por lo cual es de suma importancia la reeducación muscular de la hemicara afectada del paciente, también se hace mención que un 75% de casos presentaron recuperación espontánea en 4-6 semanas (Ubillus-Carrasco & Sánchez-Vélez, 2018).

Los beneficios terapéuticos del uso de los fármacos antivirales en el tratamiento para la parálisis de Bell no están del todo claros, dicha afirmación queda en evidencia en una revisión de Cochrane de 2019 de 14 ensayos controlados aleatorizados que involucraron a 766 pacientes con distintos grados de parálisis de Bell, en el cual se encontró que su tasa de recuperación incompleta no afectaba en la comparación de la implementación de combinación de esteroides, sin embargo esta revisión hizo la sugerencia que la terapéutica combinada puede presentar unos beneficios para la prevención de las complicaciones que se dan a largo plazo (Rim et al, 2024). Por esta razón es de mucha importancia el grado de complejidad en la recuperación y la certeza de un buen tratamiento para el paciente.

### 3.4. Pronóstico

En la fase aguda está claro que es de suma dificultad poder dar un pronóstico agradable para el paciente, sin embargo, si se hace mención de un grado de recuperación para la sexta semana de evolución, esto es un buen predictor que la recuperación está encaminada hacia un buen resultado, así mismo las personas que inician con su recuperación de entre la cuarta y sexta semana también muestran un buen pronóstico, debido a que ellos no presentaron secuelas, a estas secuelas no hay que llegar a considerarlas definitivas de la vida del paciente antes de los 6 a 8 meses, un único factor de pronóstico certero es si es incompleto, ya que si presentan unas elevadas tasas de resolución con un 90%, pero así mismo hay factores que no favorecen a la buena y pronta recuperación como son; edad mayor a 60 años, diabetes mellitus e hipertensión arterial, falta de terapia física y embarazadas (Montoya et al., 2021).

Electromiografía: este estudio nos puede ayudar a sentar bases para poder dar con un buen pronóstico, pero no es útil en las primeras horas que se muestra la sintomatología de la parálisis, más bien, es de gran utilidad en el quinto y séptimo día de presentar la enfermedad, ya que esta detecta una denegación completa el pronóstico a lo cual será peor. la electromiografía: esta es de gran ayuda en el pronóstico de los pacientes con una parálisis facial completa (Montoya et al., 2021).

De acuerdo con este estudio en donde participaron 169 pacientes previamente seleccionados, unos 125 (74%) recibieron un tratamiento médico exclusivo, mientras que una pequeña cantidad de pacientes fue seleccionados para una práctica quirúrgica (3,5 %) o un tratamiento médico y quirúrgico combinados (5%), en la tabla 3 se muestra a detalle lo encontrado en el estudio, así mismo un 17% de estas personas no recibieron ningún tratamiento y solo el 13% si hizo uso de una rehabilitación como opción terapéutica (Molinari et al., 2023).

**Tabla 3***Tratamientos médicos*

Tratamientos	Porcentaje	Terapéutica
Médicos	74%	Esteroides, antibióticos, antivirales y otros.
Quirúrgico	3.5%	Descompresión monolateral del nervio facial, descompresión bilateral del nervio facial, mastoidectomía con TV y sin TV.
Médico + Quirúrgico	5%	Tubo de ventilación bilateral, mastoidectomía bilateral, transmastóideo de descompresión bilateral, transmastóideo de descompresión monolateral, miringotomía y mastoidectomía.
Rehabilitación	13%	

*Nota:* (Autor, 2025).

De igual forma en la evolución de la parálisis se evidencia que existe una gran mejoría en un tiempo de 3 meses desde su inicio con un porcentaje del 60,4%, también se estable estos porcentajes de recuperación que van en relación con el tiempo, tenemos que; en 30 días se recupera un 29,6%, en 1 a 3 meses un 26,6%, en 3 a 6 meses un 13%, en 6 meses y un año 9% y después del año un 3% (Molinari et al., 2023).

#### 4. Discusión

El presente trabajo investigativo se lo ha realizado con una única finalidad de poder conocer, presentar y estratificar los mejores alternativas de tratamiento junto con un buen pronóstico de recuperación para el paciente, teniendo presente todas aquellas secuelas que puede perseverar en la parálisis facial, no está de más poner en consideración la clínica más característica de esta patología como son, desviación de la musculatura del rostro con preferencia al lado sin afectación e inmovilidad, la imposibilidad de cerrar por completo el ojo, dificultad de controlar a voluntad la capacidad de poder arrugar la frente o retraer la comisura bucal. Teniendo presente la sintomatología resulta sencillo comprender la gran limitante que viven las personas en conjunto con esta enfermedad (Díaz-Grefa et al., 2024).

El tratamiento médico para la parálisis de Bell constantemente han sido tema de debate por muchos años, cerca de un 70% de pacientes logra recuperarse por completo en 6 meses, y más del 80% logra obtener una recuperación subtotal, esta recuperación va en correlación con la gravedad inicial, misma que tiene un 61% de una parálisis total y cerca de un 94% en parálisis parcial, en su gran mayoría varios autores coinciden con la eficacia de los corticoides a esto se le atribuye muchos estudios que se han focalizado en dar con la forma y dosis para el tratamiento con corticoterapia, así mismo existen estudios aleatorizados que compararon la vía intravenosa versus la vía oral, no se hallaron diferencias significativas, a lo cual las guías estadounidenses y canadienses ponen a consideración asociarle el tratamiento antiviral a la corticoterapia durante la fase inicial de la parálisis de Bell que presenta muy pocos efectos secundarios de los antivirales y la posible disminución de las secuelas (Fieux et al., 2020). La utilización de las infiltraciones de Toxina botulínica, han demostrado eficacia, poca invasión y casi nada de efectos adversos significativos en los pacientes,

otorgando de esta forma reducir esta anormalidad de los movimientos faciales, dando armonía y simetría facial en reposo y en movimiento, el efecto de la intervención empieza a mostrarse en los 3 a 7 días desde la infiltración y como tal la duración de este efecto posee una duración de 4 meses, se menciona que el debilitar la musculatura del lado que no se encuentra inmerso en la parálisis, puede conseguir una mejora en la simetría, además de permitirle que el otro lado empiece con el fortalecimiento y aumento de la funcionalidad normal (Díaz-Aristizabal et al., 2023).

El establecer una estrategia de tratamiento principalmente debe estar basada en un entrenamiento sistemático acorde a las características de la semiología de cada individuo, toda esta información permitirá sesgarlos acorde a la reversibilidad y severidad de su condición, por lo cual la rehabilitación especializada es considerada una parte fundamental para ofrecer un tratamiento adecuado, por sí misma la fisioterapia es una disciplina de gran popularidad y con relativa facilidad de acceso en nuestro medio, su aporte en la recuperación es a través del reentrenamiento neuromuscular desvinculando a los movimientos no deseados de los que si se desean, ya que con esta terapia se suprime estos movimientos anormales consiguiendo de esta manera que los movimientos retomen su tono, control y simetría gradualmente con las sesiones de terapia, sin embargo, es claro la escasez de evidencia científica o ensayos controlados y aleatorizados con buen diseño metodológico que puedan corroborar con un sello de garantía esta efectividad de los ejercicios faciales que mejoran la funcionalidad en la parálisis de Bell (Garces et al., 2021).

La debilidad de este estudio es la inaccesibilidad de información reciente, por ejemplo, información con acceso a través de una suscripción a la revista de publicaciones relativamente recientes, estudios con metodologías no completamente confiables, entre otros, que influye en el estudio para poder dar con la estrategia terapéutica mucho más precisa y respaldada con información que este en la vanguardia.

Como fortaleza de la investigación destaca la búsqueda de información usando una estrategia sistemática de variadas fuentes bibliográficas de gran fiabilidad y algunas con prestigio académico, además de analizarse con extrema meticulosidad para poder filtrar la mejor información para el estudio, enfatizando la problemática planteada y dándole su respectiva solución. El estudio pretendía buscar, analizar y recomendar los últimos 21 tratamientos con mejor pronóstico de recuperación para tratar una parálisis facial periférica y de esta forma apoyar a la mejoría mucho más significativa de la vida de los pacientes.

## 5. Conclusiones

En conclusión, este estudio riguroso sobre el tratamiento y pronóstico de la parálisis facial ha entregado una visión transparente de las distintas opciones terapéuticas accesibles y sus respectivos resultados. Se ha confirmado la eficacia de los

corticosteroides como tratamiento inicial, especialmente cuando se administran en las primeras 72 horas del inicio de la sintomatología, aunque su efectividad puede discernir según la gravedad inicial de la parálisis. Además, se ha evidenciado una relevancia de la fisioterapia en la rehabilitación de los pacientes, destacando su papel en la mejora de la funcionalidad muscular y nerviosa del rostro, aunque se debe reconocer la necesidad de más publicaciones para respaldar su eficacia de manera más verídica.

De la misma manera, se han identificado puntos de mejora en la práctica clínica, como lo son la necesidad de protocolos de tratamiento más estandarizados y una falta de consenso en tema de la combinación de corticosteroides y antivirales. Asimismo, se hace mención la importancia de un seguimiento continuo en los pacientes para evaluar su progreso y ajustar el tratamiento según sea lo requiera. En definitiva, este estudio proporciona recomendaciones importantes y significativas para una correcta práctica clínica, priorizada en mejorar la calidad de vida de los pacientes con parálisis facial mediante tratamientos y pronósticos más concluyentes

## CONFLICTO DE INTERESES

“Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses”.

## Referencias Bibliográficas

- Bertin, B., Grenet, G., Pizzoglio-Billaudaz, V., Lepelley, M., Atzenhoffer, M., & Vial, T. (2023). Vaccines and Bell's palsy: A narrative review. *Therapie*, 78(3), 279–292. <https://doi.org/10.1016/j.therap.2022.07.009>
- Campos Mahecha ÁM, Villamizar Rojas P. Parálisis Facial Recurrente Un algoritmo clínico para su diagnóstico y manejo *ACTA DE OTORRINOLARINGOLOGÍA & CIRUGÍA DE CABEZA Y CUELLO*, 46(2), 111-117. <https://doi.org/10.37076/acorl.v46i2.87>
- Cooper L, Lui M & Nduka C. Botulinum toxin treatment for facial palsy: A systematic review. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, 70(6):833–41. <http://www.jprasurg.com/article/S1748681517300657/fulltext>
- de Almeida, J. R., Guyatt, G. H., Sud, S., Dorion, J., Hill, M. D., Kolber, M. R., Lea, J., Loong Reg, S., Somogyi, B. K., Westerberg, B. D., White, C., & Chen, J. M. (2014). *Management of Bell palsy: clinical practice guideline*. *CMAJ*, 186(12), 917-922. <https://doi.org/10.1503/cmaj.131801>
- Díaz-Aristizabal, U., Valdés-Vilches, M., Fernández-Ferreras, T. R., Calero-Muñoz, E., Bienzobas-Allué, E., Aguilera-Ballester, L., & Carnicer-Cáceres, J. (2023). Effect of botulinum toxin type A in functionality, synkinesis and quality of life in peripheral facial palsy sequelae. *Neurología*, 38(8), 560–565. <https://doi.org/10.1016/j.nrleng.2023.07.003>

- Díaz-Grefa, W. P., Portilla-Paguay, G. V., Ortiz-Cartagena, C. L., & Roman-Huera, C. K. (2024). Integración de exoesqueletos en la recuperación de pacientes con discapacidades motoras: hacia una nueva era en fisioterapia. *Journal of Economic and Social Science Research*, 4(1), 77–98. <https://doi.org/10.55813/gaea/jessr/v4/n1/87>
- Dolores Rodríguez-OrtizM, Mangas-Martínez S, GuadalupeOrtiz-Reyes M, Saúl H, Gil R, Vales-Hidalgo O, et al. Parálisis facial periférica. Tratamientos y consideraciones. *Arch Neurociencias*, 16(3):148–55.
- Fieux M, Franco-Vidal V, Devic P, Bricaire F, Charpiot A, Darrouzet V, et al. French Society of ENT (SFORL) guidelines. Management of acute Bell's palsy. *European Annals of Otorhinolaryngology, Head and Neck Diseases*. 137(6), 483–488. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.06.004>
- Gaber A, Taher MF, Abdel Wahed M, Shalaby NM, Gaber S (2022) Comprehensive assessment of facial paralysis based on facial animation units. *PLoS ONE* 17(12): e0277297. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277297>
- Gagyar, I., Madhok, V. B., Daly, F., & Sullivan, F. (2019). Antiviral treatment for Bell's palsy (idiopathic facial paralysis). *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD001869. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001869.pub9>
- Garces Ginarte MJ, Sarabia Aguila EC, Quintero Alvarez PE, Hernández Román G. Parálisis facial, actualización de bibliografía. *Inmedsur*. 2021;4(1), e136. <http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/136>
- Garro A, Nigrovic LE. Managing Peripheral Facial Palsy. *Ann Emerg Med, Annals of Emergency Medicine*, 71(5), 618–624. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2017.08.039>
- George E, Richie MB, Glastonbury CM. Facial Nerve Palsy: Clinical Practice and Cognitive Errors. *The American Journal of Medicine*, 133(9):1039–1044. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2020.04.023>
- Gómez Sánchez ME, Pérez García LJ, García-Dueñas González J, Rodríguez Vázquez M, PardalFernández J. Peripheral facial palsy in a patient with unilateral vesicular eruption on the face. *Semergen*. 41(7), e61–e64. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2014.08.002>
- Heckmann, J. G., Urban, P. P., Pitz, S., Guntinas-Lichius, O., & Gágyor, I. (2019). The Diagnosis and Treatment of Idiopathic Facial Paresis (Bell's Palsy). *Deutsches Arzteblatt international*, 116(41), 692–702. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0692>
- Khan, A. J., Szczepura, A., Palmer, S., Bark, C., Neville, C., Thomson, D., Martin, H., & Nduka, C. (2022). Physical therapy for facial nerve paralysis (Bell's palsy): An updated and extended systematic review of the evidence for facial exercise therapy. *Clinical rehabilitation*, 36(11), 1424–1449. <https://doi.org/10.1177/02692155221110727>
- Kim SJ, Lee HY. Acute Peripheral Facial Palsy: Recent Guidelines and a Systematic Review of the Literature. *J Korean Med Sci*, 35(30), e245. <https://doi.org/10.3346/jkms.2020.35.e245>

- Kim, Y., Doo, J. G., Chon, J., Lee, J. H., Jung, J., Lee, J. M., Kim, S. H., & Yeo, S. G. (2021). Steroids plus antiviral agents are more effective than steroids alone in the treatment of severe Bell's palsy patients over 40 years of age. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 35, 20587384211042124. <https://doi.org/10.1177/20587384211042124>
- Kim, Y., Yeo, S. G., Rim, H. S., Lee, J., Kim, D., Kim, S. S., Park, D. C., Byun, J. Y., & Kim, S. H. (2022). Comparison of Medical and Surgical Treatment in Severe Bell's Palsy. *Journal of clinical medicine*, 11(3), 888. <https://doi.org/10.3390/jcm11030888>
- Lassaletta, L., Morales-Puebla, J. M., Altuna, X., Arbizu, Á., Arístegui, M., Batuecas, Á., Cenjor, C., Espinosa-Sánchez, J. M., García-Iza, L., García-Raya, P., González-Otero, T., Mañós, M., Martín, C., Moraleda, S., Roda, J. M., Santiago, S., Benítez, J., Cavallé, L., Correia, V., Estévez, J. M., ... Gavilán, J. (2020). Facial paralysis: Clinical practice guideline of the Spanish Society of Otolaryngology. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. *Acta otorrinolaringologica espanola*, 71(2), 99–118. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.12.004>
- McKernon, S., Davies House, A., & Balmer, C. (2019). *Facial palsy: aetiology, diagnosis and management*. *Dental Update*, 46(6). <https://doi.org/10.12968/denu.2019.46.6.565>
- Menchetti, I., McAllister, K., Walker, D., & Donnan, P. T. (2021). Surgical interventions for the early management of Bell's palsy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 1(1), CD007468. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007468.pub4>
- Mengist, W., Soromessa, T., & Legese, G. (2019). Method for conducting systematic literature review and meta-analysis for environmental science research. *MethodsX*, 7, 100777. <https://doi.org/10.1016/j.mex.2019.100777>
- Molinari, G., Lucidi, D., Fernandez, I. J., Barbazza, A., Vanelli, E., Lami, F., Federici, G., Botti, C., Presutti, L., D'Angelo, R., Rinaldi, R., & Alicandri-Ciufelli, M. (2023). Acquired bilateral facial palsy: a systematic review on aetiologies and management. *Journal of neurology*, 270(11), 5303–5312. <https://doi.org/10.1007/s00415-023-11897-7>
- Montoya Alan, P., Morales Fallas, M., & Murillo Alvarado, K. . (2021). Parálisis de Bell. *Revista Medica Sinergia*, 6(6), e683. <https://doi.org/10.31434/rms.v6i6.683>
- Page, M. J., & Moher, D. (2017). Evaluations of the uptake and impact of the Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA) Statement and extensions: a scoping review. *Systematic reviews*, 6(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0663-8>
- Pinkiewicz, M., Dorobisz, K., & Zatoński, T. (2022). A Comprehensive Approach to Facial Reanimation: A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 11(10), 2890. <https://doi.org/10.3390/jcm11102890>
- Quant, E. C., Jeste, S. S., Muni, R. H., Cape, A. V., Bhussar, M. K., & Peleg, A. Y. (2009). The benefits of steroids versus steroids plus antivirals for treatment of

- Bell's palsy: a meta-analysis. *BMJ (Clinical research ed.)*, 339, b3354. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3354>
- Rim, H. S., Byun, J. Y., Kim, S. H., & Yeo, S. G. (2023). Optimal Bell's Palsy Treatment: Steroids, Antivirals, and a Timely and Personalized Approach. *Journal of clinical medicine*, 13(1), 51. <https://doi.org/10.3390/jcm13010051>
- Sarkis-Onofre, R., Catalá-López, F., Aromataris, E., & Lockwood, C. (2021). How to properly use the PRISMA Statement. *Systematic reviews*, 10(1), 117. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01671-z>
- Shi, J., Lu, D., Chen, H., Shu, M., Xu, Y., Qian, J., Ouyang, K., Huang, H., Luo, Z., Wang, C., & Zhang, Y. (2022). Efficacy and Safety of Pharmacological and Physical Therapies for Bell's Palsy: A Bayesian Network Meta-Analysis. *Frontiers in neurology*, 13, 868121. <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.868121>
- Singh, A., & Deshmukh, P. (2022). Bell's Palsy: A Review. *Cureus*, 14(10), e30186. <https://doi.org/10.7759/cureus.30186>
- Su, P., Ishii, L. E., Joseph, A., Nellis, J., Dey, J., Bater, K., Byrne, P. J., Boahene, K. D., & Ishii, M. (2017). Societal Value of Surgery for Facial Reanimation. *JAMA facial plastic surgery*, 19(2), 139–146. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.1419>
- ten Harkel, T. C., de Jong, G., Marres, H. A. M., Ingels, K. J. A. O., Speksnijder, C. M., & Maal, T. J. J. (2023). Automatic grading of patients with a unilateral facial paralysis based on the Sunnybrook Facial Grading System – A deep learning study based on a convolutional neural network. *American Journal of Otolaryngology*, 44(3), 103810. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2023.103810>
- Ubillus-Carrasco, G. E., & Sánchez-Vélez, A. (2019). Fisioterapia en la parálisis facial. *Revista Del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 11(4), 258–267. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2018.114.470>
- Warner MJ, Hutchison J, Varacallo M. Bell Palsy. *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482290/>
- Zhang, C. Y., Huang, Y., Zhang, K., & Dong, F. (2020). Evaluation on curative effects of combined acupuncture plus physical therapy for treating idiopathic facial paralysis: A protocol for a systematic review and meta-analysis. *Medicine*, 99(46), e23121. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000023121>
- Zhang, R., Wu, T., Wang, R., Wang, D., & Liu, Q. (2019). Compare the efficacy of acupuncture with drugs in the treatment of Bell's palsy: A systematic review and meta-analysis of RCTs. *Medicine*, 98(19), e15566. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015566>
- Zhang, W., Xu, L., Luo, T., Wu, F., Zhao, B., & Li, X. (2020). The etiology of Bell's palsy: a review. *Journal of neurology*, 267(7), 1896–1905. <https://doi.org/10.1007/s00415-019-09282-4>