

Rehabilitación y calidad de vida en pacientes con parálisis facial

postquirúrgica: una revisión crítica

Rehabilitation and quality of life in patients with post-surgical facial paralysis: a critical review

José Antonio Machado-Reyes^{1*} <https://orcid.org/0009-0002-6261-3171>

Yisell Hernández-Barzagas² <https://orcid.org/0009-0005-2784-9308>

Reynier Ramírez-Suárez³ <https://orcid.org/0000-0002-3759-0249>

Jorge Santana-Álvarez⁴ <https://orcid.org/0000-0001-5448-5136>

¹ Universidad de Ciencias Médicas. Dirección de Ciencias de la Investigación y Tecnologías. Camagüey, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech Servicio de Oftalmología. Camagüey, Cuba.

³ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech Servicio de Cirugía Maxilofacial. Camagüey, Cuba.

⁴ Universidad de Ciencias Médicas. Hospital Militar Dr. Octavio de la Concepción y de la Pedraja. Centro de Desarrollo. Servicio de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia (email): ajosemach2@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La parálisis facial postquirúrgica es una complicación que puede surgir tras la extirpación de tumores benignos de la glándula parótida. Esta condición afecta la función motora de los músculos faciales y tiene un impacto considerable en la calidad de vida del paciente.

Objetivo: Proporcionar una visión crítica sobre las prácticas actuales de rehabilitación integral en pacientes con parálisis facial postquirúrgica, resaltando la necesidad de enfoques estandarizados y holísticos en su tratamiento.

Métodos: La búsqueda y análisis de información se realizó definiendo criterios para incluir estudios relevantes sobre rehabilitación tras cirugía de tumores benignos de glándula parótida. Se excluyeron investigaciones sobre parálisis facial central y estudios sin datos relevantes. Se revisaron ba-

ses de datos como PubMed y Scopus, utilizando palabras claves específicas. El análisis incluyó una revisión crítica con el sistema PRISMA, extracción de datos clave y análisis estadístico para evaluar la eficacia de las intervenciones.

Resultados: Las intervenciones rehabilitadoras, como la fisioterapia y el uso de herramientas como el *Facial Disability Index* y el SF-36, son eficaces para mejorar tanto la funcionalidad facial como la calidad de vida de los pacientes. Estas intervenciones abordan aspectos físicos y tienen impacto positivo en el bienestar emocional y social. La combinación de fisioterapia, apoyo psicológico y terapia ocupacional se ha identificado como esencial para maximizar los beneficios del tratamiento. La rehabilitación temprana y continua mejora los resultados funcionales y tiene impacto positivo en la calidad de vida del paciente. El manejo integral y estandarizado es crucial para optimizar la recuperación y minimizar secuelas.

Conclusiones: Las técnicas de rehabilitación han demostrado ser efectivas para mejorar tanto la funcionalidad facial como el bienestar emocional de los pacientes. Los pacientes que participan en programas de rehabilitación reportan una mejora significativa en su calidad de vida.

DeCS: PARÁLISIS FACIAL/rehabilitación; CALIDAD DE VIDA; GLÁNDULA PARÓTIDA; TERAPÉUTICA; NEOPLASIAS/cirugía.

ABSTRACT

Introduction: Post-surgical facial paralysis is a complication that may arise after the excision of benign parotid gland tumors. This condition affects the motor function of facial muscles and has a significant impact on the patient's quality of life.

Objective: to provide a critical overview of current comprehensive rehabilitation practices in patients with post-surgical facial paralysis, highlighting the need for standardized and holistic approaches in treatment.

Methods: The search and analysis of information were conducted by defining criteria to include studies on rehabilitation after benign parotid gland tumor surgery. Investigations on central facial paralysis and studies without relevant data were excluded. Databases such as PubMed and Scopus were reviewed using specific keywords. The analysis included a critical review using the PRISMA system, extraction of key data, and statistical analysis to evaluate intervention efficacy.

Results: Rehabilitative interventions, such as physical therapy and tools like the Facial Disability Index and SF-36, are effective in improving both facial functionality and quality of life in patients. These interventions address physical aspects and positively impact emotional and social well-being. Combining physical therapy, psychological support, and occupational therapy has been identified as essential to maximize treatment benefits.

Early and continuous rehabilitation enhances functional outcomes and positively impacts the patient's quality of life. Standardized and comprehensive management is critical to optimize recovery and minimize sequelae.

Conclusions: Rehabilitation techniques have proven effective in improving both patients' facial functionality and emotional well-being. Patients participating in rehabilitation programs report significant improvements in their quality of life.

DeCS: FACIAL PARALYSIS/rehabilitation; QUALITY OF LIFE; PAROTID GLAND; TERAPÉUTICA; TERAPÉUTICA; NEOPLASMS/surgery.

Recibido: 29/01/2025

Aprobado: 09/04/25

Ronda: 2

INTRODUCCIÓN

La parálisis facial postquirúrgica es una complicación que puede surgir tras la extirpación de tumores benignos de la glándula parótida, afectando no solo la función facial, sino también la calidad de vida de los pacientes. Esta glándula, la más grande de las glándulas salivares, es susceptible a diversas neoplasias, los tumores benignos representan alrededor del 80 % de los casos. Estos pueden variar en su presentación clínica y requieren un manejo quirúrgico cuidadoso para minimizar el riesgo de lesión del nervio que es importante para la movilidad y expresión facial. La incidencia de parálisis facial postoperatoria transitoria varía entre el 10 % y el 68 %, mientras que la parálisis permanente puede oscilar entre 0 % y 19 %.⁽¹⁾ Estas cifras reflejan la complejidad del procedimiento quirúrgico y la vulnerabilidad del nervio facial durante la intervención.

Mijares et al.,⁽²⁾ consideran que la prevalencia de la parálisis facial postquirúrgica varía según el tipo de cirugía. Se estima que entre el 20 % y el 40 % de los pacientes experimentan algún grado de paresia facial después de cirugías en esta región. La recuperación puede ser prolongada y compleja, lo que indica la necesidad de un enfoque sistemático que contemple no solo la rehabilitación física, sino también el bienestar emocional del paciente.

El nervio facial (VII par craneal) es responsable de la inervación motora de los músculos de la expresión facial. Su anatomía es compleja, atraviesa varias estructuras del cráneo y se divide en ramas que controlan diferentes regiones de la cara. La comprensión anatómica es importante para los cirujanos para realizar procedimientos en la glándula parótida y evitar lesiones del nervio.^(1,2)

Los tumores benignos de la glándula parótida son comunes y representan una proporción significativa

de las neoplasias en esta región. La mayoría son adenomas pleomórficos, otros tipos incluyen tumores Warthin y oncócitos. La cirugía es el tratamiento estándar para estos tumores, pero conlleva riesgos asociados a la lesión del nervio facial.⁽²⁾

La parálisis facial no solo afecta la función física, también tiene un impacto psicológico significativo. La incapacidad para realizar expresiones faciales normales puede llevar a problemas de autoestima, ansiedad y depresión. Estudios recientes han demostrado que los pacientes con parálisis facial postquirúrgica experimentan una disminución notable en su calidad de vida.^(1,2)

La rehabilitación integral implica un enfoque interdisciplinario que incluye fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia, apoyo psicológico y de los grupos básicos de las especialidades que realizaron la intervención quirúrgica. Cada una de estas disciplinas desempeña un papel vital en el proceso de recuperación. Esta se presenta como una estrategia esencial para abordar las disfunciones que surgen tras la cirugía. No solo se busca restaurar la función muscular, sino también mejorar la percepción estética y emocional del paciente. La rehabilitación puede incluir una variedad de enfoques terapéuticos: La terapia física, que incluye ejercicios específicos para fortalecer los músculos faciales afectados y mejorar la coordinación, la terapia ocupacional la cual ayuda a los pacientes a adaptarse a las limitaciones funcionales en su vida diaria y las intervenciones psicológicas que son cruciales para abordar el impacto emocional y psicológico de vivir con parálisis facial.⁽³⁾

Los avances tecnológicos han revolucionado el campo de la rehabilitación facial. La utilización de dispositivos como la estimulación eléctrica funcional (EEF), el *biofeedback* para la actividad muscular y aplicaciones móviles ha demostrado ser eficaz en el fortalecimiento muscular y mejora de la coordinación facial.^(1,2) Estas tecnologías no solo facilitan el proceso rehabilitador, sino que también aumentan la motivación del paciente al hacer más accesible y atractiva su recuperación.

Identificar y analizar las modalidades terapéuticas más eficaces utilizadas en la rehabilitación, evaluar cómo estas intervenciones afectan no solo la función facial sino también el bienestar psicológico y social del paciente, analizar cómo un equipo compuesto por diferentes profesionales puede mejorar los resultados clínicos e identificar áreas para futuras investigaciones al poder señalar lagunas en el conocimiento actual y proponer direcciones para estudios futuros son los principales aspectos a revisar en la investigación. Las preguntas específicas que guiarán esta revisión incluyen: ¿Cuáles son las técnicas más efectivas para la rehabilitación?, ¿Cómo influyen estas intervenciones en la calidad de vida? y ¿Qué herramientas se utilizan para medir su efectividad?

Un enfoque holístico es fundamental para abordar las múltiples dimensiones de la parálisis facial postquirúrgica. Este enfoque considera no solo los aspectos físicos, sino también los emocionales y sociales del paciente. La comunicación efectiva entre los profesionales de salud y el paciente es esencial para establecer metas realistas y fomentar un entorno de apoyo durante todo el proceso rehabilitador.⁽³⁾

La parálisis facial postquirúrgica representa un reto significativo tanto para los pacientes como para los profesionales de salud. A través de un enfoque integral e interdisciplinario en su rehabilitación, es posible mejorar de manera significativa los resultados funcionales y emocionales.^(4,5,6) La investigación busca contribuir al entendimiento actual sobre las mejores prácticas en este campo, ofreciendo una guía para futuros estudios e intervenciones.

Esta revisión tuvo como objetivo, proporcionar una evaluación crítica y exhaustiva sobre las estrategias actuales utilizadas en la rehabilitación integral de pacientes con parálisis facial postquirúrgica, tras cirugía por tumores benignos de glándula parótida. Se espera no solo mejorar el conocimiento sobre esta condición compleja sino también contribuir al desarrollo de mejores prácticas clínicas que puedan beneficiar a los pacientes afectados.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática sobre rehabilitación y calidad de vida en pacientes con parálisis facial postquirúrgica, se cumplió con estándares científicos, para garantizar la validez y relevancia de los hallazgos. Para la inclusión de los artículos se consideraron los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Estudios que abordaron la rehabilitación en pacientes con parálisis facial postquirúrgica, operados por tumores benignos de glándula parótida.
- Artículos que reportaron resultados sobre calidad de vida y eficacia de intervenciones rehabilitadoras.
- Publicaciones que abordaron la temática en inglés o español, revisadas por pares e identificadas en las referencias de las bases de datos.

Criterios de exclusión:

- Estudios que se centraron en parálisis facial central, no postquirúrgica; las ocasionadas por cirugías del lóbulo profundo de la glándula parótida, así como las originadas por cirugías de tumores malignos.
- Artículos que no proporcionaron datos relevantes sobre rehabilitación o calidad de vida.
- Investigaciones sin metodología adecuada o sin un enfoque clínico.

Se realizó una búsqueda exhaustiva en varias bases de datos académicas para asegurar una recopilación integral de la literatura disponible: PubMed, Scopus, Google Académico, SciELO y Dialnet. Las plataformas fueron seleccionadas por su amplia cobertura en el ámbito médico y científico, asegurando acceso a artículos relevantes y actualizados. Para optimizar la búsqueda, se emplearon palabras clave que reflejaron el enfoque del estudio, estas incluyeron: Parálisis facial; Rehabilitación

integral; Calidad de vida; Tumores benignos de glándula parótida; Intervención temprana; Manejo interdisciplinario; Técnicas quirúrgicas; Función facial; Lesión nerviosa. Esto permitió filtrar los resultados hacia aquellos estudios pertinentes al tema de interés, utilizando descriptores en ciencias de la salud (DeCS).⁽⁷⁾

Métodos de análisis: los estudios seleccionados se llevaron a cabo mediante un enfoque cualitativo y cuantitativo. Se emplearon las siguientes metodologías:

- Revisión crítica: se evaluó la calidad metodológica de cada estudio utilizando herramientas como el sistema PRISMA (*Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*) para asegurar que se siguieran las mejores prácticas en revisiones sistemáticas.
- Extracción de datos: Se creó un formulario donde se registraron variables clave como el tipo de intervención, resultados reportados sobre calidad de vida y medidas utilizadas para evaluar la eficacia del tratamiento.
- Análisis estadístico: En los casos donde fue aplicable, se realizaron análisis estadísticos utilizando software especializado para determinar la significancia de los resultados obtenidos, lo que permitió comparar diferentes enfoques terapéuticos.

DESARROLLO

En la especialidad de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello, el desarrollo de complicaciones postoperatorias afecta de forma directa la calidad de vida de los pacientes y los costos en salud. Una técnica quirúrgica realizada según normas, es la piedra angular del éxito. La lesión del nervio facial es una de las complicaciones más importantes en la cirugía de la glándula parótida.⁽⁸⁾

Esta investigación se centra en la parálisis facial post-quirúrgica que afecta a pacientes operados por tumores benignos de la glándula parótida. Se justifican en estudios prospectivos recientes como dilucidar las tasas de recuperación y las consecuencias a largo plazo de la parálisis de los nervios faciales, contribuyendo a los enfoques quirúrgicos refinados y la atención del paciente en la cirugía parótida.⁽⁹⁾

Aún no existe consenso de un protocolo rehabilitador estandarizado, para evaluar y tratar estas secuelas, lo que limita la eficacia de las intervenciones. Por lo tanto, esta revisión busca resultados basados en evidencias para implementar un programa de rehabilitación integral que incluya evaluaciones sistemáticas y tratamientos personalizados. A pesar de los avances en el tratamiento de esta condición, no existe un enfoque terapéutico único y definitivo. En su lugar, se emplea un conjunto diverso de estrategias que abarcan desde la quimiodenervación con toxina botulínica y técnicas de fisioterapia hasta intervenciones quirúrgicas, todas ellas con el objetivo común de

restaurar la simetría facial y mejorar la función dinámica.⁽¹⁰⁾ La rehabilitación integral se presenta como una estrategia esencial para abordar las secuelas, mejorando tanto la función como la estética facial.

Anatomía del nervio facial:⁽¹¹⁾

El nervio facial, VII par craneal, es un nervio mixto que desempeña un papel crucial en la inervación motora y sensorial de la cara. Se origina de cuatro núcleos localizados en el puente (origen real). El núcleo motor del nervio facial da lugar a una raíz motora gruesa del nervio facial, mientras que los otros núcleos dan origen a un nervio intermediario más delgado. Las raíces salen del tronco encefálico juntas a través de su cara anterolateral, conocido como el origen aparente del nervio facial, ubicándose en la cara lateral del tronco encefálico en la unión pontomedular, entre los pares craneales VI y VIII.

El segmento intracraneal, cisternal, es corto. Comienza desde el origen aparente y representa el recorrido de las raíces a través de la fosa craneal posterior. Las raíces alcanzan la porción petrosa del hueso temporal y pasan a través del conducto auditivo interno, donde se ubica el segmento meatal. Luego, ingresan al conducto facial o Acueducto de Falopio en forma de Z, se unen formando el nervio facial propiamente dicho. Los segmentos laberíntico, timpánico y mastoideo se encuentran dentro de este conducto.

El segmento timpánico recorre la porción del conducto por la pared interna de la cavidad timpánica, emite la cuerda del tímpano y el estapedio. El nervio facial continúa como el segmento mastoideo y termina cuando alcanza el foramen estilomastoideo por donde abandona el cráneo e ingresa en la glándula parótida. El resto del trayecto se denomina segmento extratemporal. Después de atravesar el cráneo, el nervio facial emite: nervio auricular posterior que inerva el vientre occipital del músculo occipitofrontal, músculos auriculares superior y posterior, los músculos de la cara medial intrínseca del pabellón auricular y los ramos para los músculos digástrico y estilohioideo, que inervan el vientre posterior del músculo digástrico y al músculo estilohioideo, respectivamente.

Seguidamente perfora la glándula parótida y emite cinco ramos terminales:

- Temporal: Inerva los músculos frontales y orbitales de los ojos.
- Cigomática: Controla los músculos que elevan las mejillas.
- Bucal superior: Inerva los músculos orbitales de los labios.
- Bucal inferior o mandibular: Controla los músculos del movimiento de los labios inferiores.
- Cervical: Inerva el músculo platisma (Figura 1).

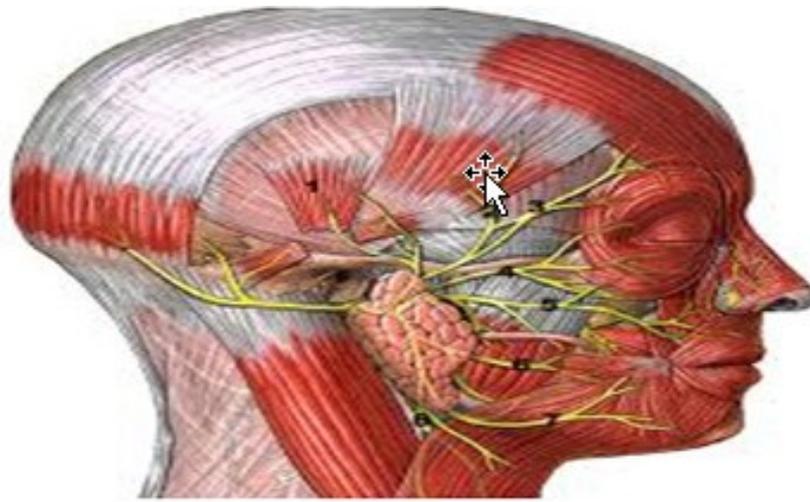


Figura 1 Ramas terminales del nervio facial. Tomado de Rivera. ⁽¹¹⁾

La complejidad del trayecto del nervio facial hace que sea susceptible a lesiones durante procedimientos quirúrgicos en la región parotídea. ⁽¹¹⁾

Anatomía de la glándula parótida: ^(12, 13)

La glándula parótida, la más grande de las glándulas salivales, se localiza entre el músculo masetero y el proceso mastoideo del temporal, en la región preauricular, en ambos lados de la cara, se describen un lóbulo superficial y uno profundo, separados por el nervio facial y sus ramas. Relacionada de manera anatómica con estructuras como el masetero, los músculos estilohioideo y digástrico, el nervio facial, la arteria carótida externa y la vena yugular externa, drena saliva a través del conducto de Stenon, que desemboca en el carrillo a nivel del segundo molar superior. Su secreción, rica en amilasa, es controlada por el sistema nervioso autónomo y vascularizada por ramas de la arteria carótida externa principalmente la arteria temporal superficial, mientras que las venas drenan en el sistema venoso yugular. ^(12,13) Los autores consideran que el recorrido del nervio facial en relación con la glándula, implica que durante intervención quirúrgica se lesione el nervio y como consecuencia parálisis facial o alteración en la función motora de los músculos inervados por las ramas lesionadas (Figura 2).

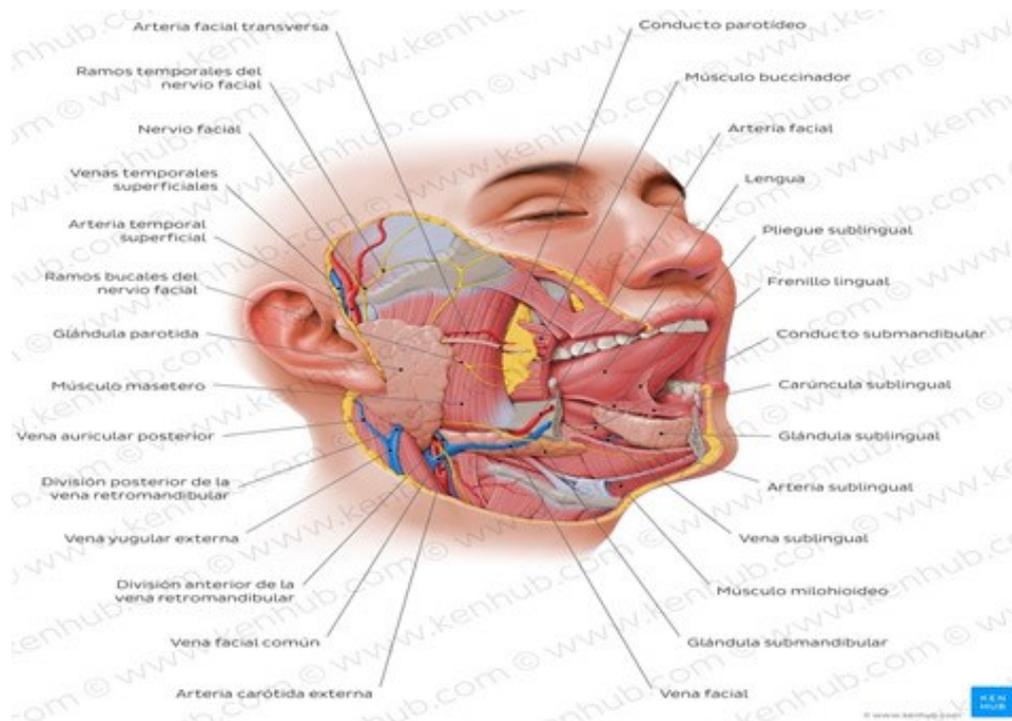


Figura 2 Anatomía de la glándula parótida.

Visión general de las glándulas salivales Tomado de Nova.⁽¹³⁾

Los tumores de glándulas salivales son poco comunes, representan alrededor del 3 al 6 % de todos los tumores de cabeza y cuello. El 80 % son de localización parotídea. Los tumores benignos más frecuentes incluyen:⁽⁸⁾

- Adenoma pleomórfico: Representa entre el 60-70 % de los tumores parotídeos.
- Adenolinfoma (de Warthin): Por lo general asociado con antecedentes de tabaquismo.
- Mioepitelioma.
- Adenoma de células basales.
- Oncocitoma.
- Cistoadenoma.

Manejo quirúrgico: El tratamiento de los tumores parotídeos es quirúrgico. La disección del nervio facial representa el momento más complejo de la intervención, si se lesiona el nervio, se desarrolla una parálisis facial. Existen diversas técnicas para el abordaje de los tumores parotídeos: parotidectomía superficial, parotidectomía superficial parcial y parotidectomía total. La más usada es la parotidectomía superficial con preservación del tronco y ramas del nervio, permite reducir la tasa de recidivas frente a las enucleaciones, y reducir las complicaciones (Figura 3).⁽¹²⁾

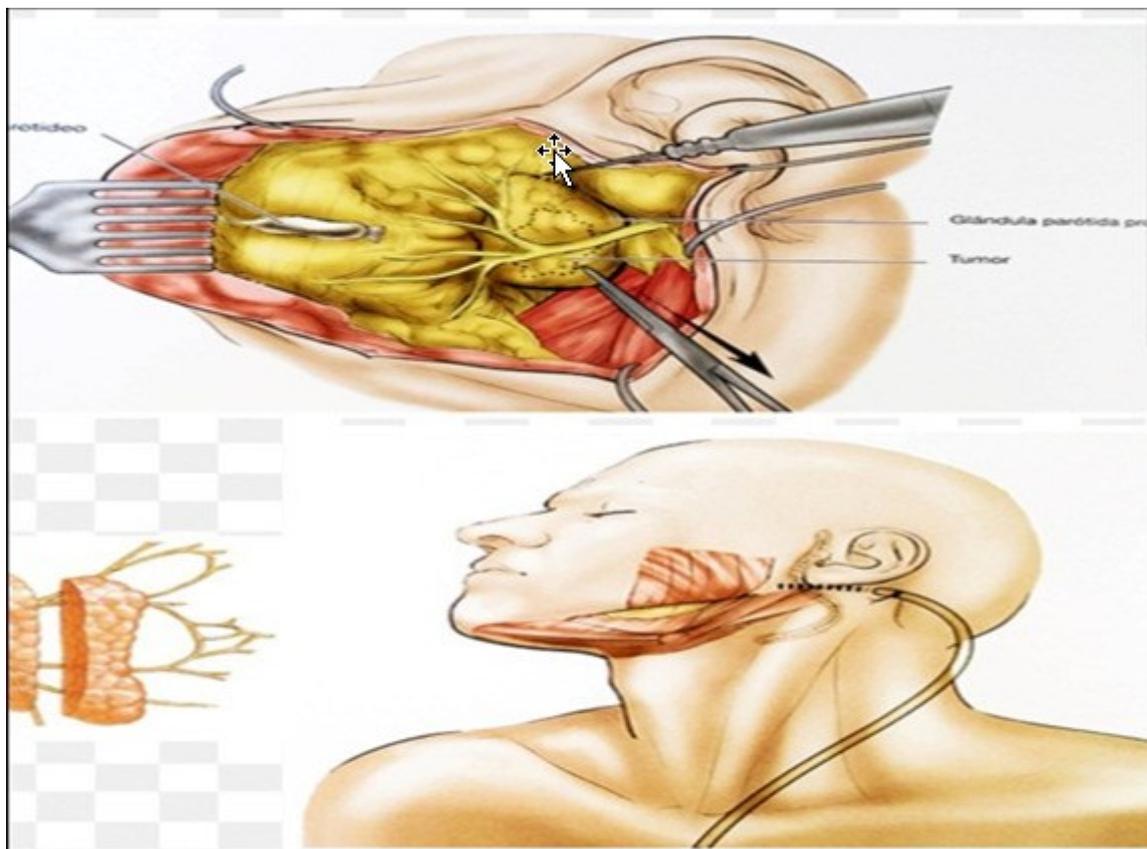


Figura 3 Tumores benignos de la glándula parótida. Tomado de sitio web: departamento cirugía cabeza y cuello / maxilofacial del Sanatorio Británico.

<https://www.cirugiacabezaycuello.org/glandulassalivales1.html>

Tipos de lesiones nerviosas que se pueden presentar:

Según Martínez y Morales,⁽⁴⁾ las clasificaciones de Seddon (1943) y Sunderland (19519, son las más usadas en la actualidad.

1. Clasificación de Sir Herbert Seddon:

- Neuropraxia: Es el tipo más leve de lesión nerviosa. En el recorrido hay un bloqueo fisiológico o contusión axonal que causa una parálisis temporal del nervio. Cuando el bloqueo se soluciona, la regeneración axonal es completa y sin secuelas. No existe degeneración walleriana.⁽⁴⁾
- Axonotmesis: Hay una rotura en el recorrido del nervio, donde se conservan la continuidad de la mielina y, en algunas ocasiones el endoneuro y perineuro. Dependiendo de si están afectadas o no estas estructuras, las posibilidades de recuperación pueden ser espontáneas o no. En dichos casos, existe degeneración Walleriana distal.⁽⁴⁾
- Neurotmesis: Es la forma más severa de lesión nerviosa. Al igual que en el anterior descrito, existe degeneración Walleriana. Sin embargo, la neurotmesis se caracteriza por la avulsión o sección anatómica completa del nervio. Están afectados tanto epineuro como endoneuro. No existe recuperación espontánea.⁽⁴⁾

2. Clasificación de Sunderland:⁽⁴⁾

Grado	Estructura lesionada
Grado I	Mielina

<http://revistaamc.sld.cu/>

Grado II	Axón
Grado III	Endoneuro
Grado IV	Perineuro
Grado V	Epineuro

Complicaciones asociadas con lesiones del nervio facial:

Las lesiones originan manifestaciones clínicas de acuerdo a la rama afectada. En la rama temporal se producirá asimetría de la frente, las lesiones de las ramas cigomáticas dan complicaciones oculares, como epifora, ojos secos, ectropión, erosión corneal e incluso en casos severos ceguera, como resultado de una importante ausencia de morbilidad en el cierre de los párpados. La distorsión y asimetría de la comisura y pérdida de la continencia salival, ocurren en lesiones de la rama mandibular marginal y por último el trauma de la parte superior bucal y cervical, solo causan complicaciones faciales relativamente menores, evidenciando pliegue naso-labial asimétrico y disfunción del músculo depresor del ángulo de la boca.⁽²⁾ Es conveniente diferenciar la paresia facial leve (grados I-II de House-Brackmann) y transitoria que se produce como consecuencia de una disección algo laboriosa y que tiene un pronóstico excelente, de la parálisis facial completa, inmediata y grave, que se produce como consecuencia de la lesión directa del nervio.⁽¹²⁾

Otra posible complicación es el síndrome de Frey. Se caracteriza por la aparición de enrojecimiento y sudoración en la región parotídea durante las comidas. Su patogenia sigue siendo discutida. Otra complicación frecuente que aparece como secuela en el seguimiento de estos pacientes es la hipostesia temporo-auricular. Consiste en una pérdida de la sensibilidad que abarca desde pabellón auricular hasta 4 cm por delante del trago; siendo el resto de la exploración normal.⁽¹²⁾

Factores contribuyentes a la lesión nerviosa:

- Técnica quirúrgica: La técnica utilizada durante la cirugía, tiene un impacto significativo en el riesgo de lesión al nervio. Las parotidectomías totales tienden a tener tasas más altas de complicaciones comparadas con técnicas menos invasivas como la parotidectomía superficial parcial.^(2,12)
- Tamaño y localización del tumor: Tumores más grandes o aquellos situados cerca del trayecto del nervio tienen mayor probabilidad de causar complicaciones postoperatorias.^(2,12)
- Experiencia del cirujano: Es fundamental para minimizar riesgos. Los más expertos suelen tener mejores resultados en términos de preservación funcional del nervio facial.^(2,12)

Estrategias para minimizar lesión al nervio facial:

- Uso de neuroestimuladores: Su uso durante la cirugía ha demostrado ser eficaz para preservar la función del nervio facial. Monitorización intraoperatoria del nervio facial.^(10,14)
- Técnicas quirúrgicas avanzadas: Han mostrado menores tasas de complicaciones relacionadas con el nervio facial. Estas técnicas permiten extirpar tumores mientras se preserva tanto tejido glandular como sea posible.⁽¹²⁾

- Evaluaciones preoperatorias exhaustivas: La anamnesis, la exploración física, los estudios por imágenes y la citología por aspiración con aguja fina permiten planificar mejor la intervención y anticipar posibles complicaciones relacionadas con las características del tumor.⁽⁸⁾

Características clínicas de la parálisis facial postquirúrgica:

La parálisis facial postquirúrgica se caracteriza por debilidad o incapacidad para mover los músculos faciales del lado afectado. Las manifestaciones clínicas pueden incluir:

- Dificultad para cerrar los párpados: Puede llevar a signos y síntomas oculares como sequedad o lesiones corneales.
- Alteración en la sonrisa: Asimetría facial al sonreír.
- Dificultad para hablar: Alteración en la articulación de palabras debido a debilidad muscular.
- Ageusia: Pérdida parcial o total del sentido del gusto en el tercio anterior de la lengua (Figura 4).⁽¹⁴⁾



Figura 4 Parálisis Facial Postquirúrgica. Tomado de sitio web: Clínica Las Condes.
<https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Cirugia-Plastica/paralisis-facial-sintomas-tratamientos>

Clasificación:

- La parálisis facial puede clasificarse como:
- Parálisis facial completa: Pérdida total de movimiento en todos los músculos faciales.
- Parálisis facial parcial: Movimiento limitado en algunos músculos faciales.

Escalas de evaluación:

Existen diferentes escalas de valoración y medición para distintos aspectos de la parálisis facial, entre ellas destacan por su recurrente aplicación la escala *House-Brackmann*, *Sunnybrook* y *FDI*.⁽¹⁴⁾

Escala *House-Brackmann*:⁽¹⁴⁾

Clasifica la función facial en seis grados:

1. Grado I: normal (sin debilidad).
2. Grado II: debilidad leve (algunas asimetrías).

<http://revistaamc.sld.cu/>

3. Grado III: Debilidad moderada (notable asimetría).
4. Grado IV: Debilidad severa (movimiento limitado).
5. Grado V: Parálisis completa (sin movimiento).
6. Grado VI: Parálisis completa con sin respuesta a estímulos.

- Escala *Sunnybrook*:⁽¹⁵⁾

Evalúa tanto movilidad como simetría facial mediante un sistema numérico que permite una evaluación más detallada.

- FDI (*Facial Disability Index*):⁽¹⁴⁾

Es un instrumento de autoinforme específico diseñado para proporcionar información sobre la discapacidad y el bienestar social y emocional relacionado de los pacientes con trastornos del nervio facial.

Importancia de la rehabilitación integral:^(6,14,16)

La rehabilitación integral combina diversas técnicas terapéuticas para abordar las secuelas funcionales y estéticas resultantes de la parálisis facial postquirúrgica. Entre las modalidades terapéuticas se incluyen:

1. Masajes faciales: Ayudan a mejorar el flujo sanguíneo y a reducir tensiones musculares.
2. Ejercicios de biofeedback: Permiten al paciente tomar conciencia sobre su musculatura facial y mejorar su control motor.
3. Electroterapia: Utiliza corrientes eléctricas para estimular los músculos faciales debilitados.

Eficacia documentada:

Moya,⁽⁶⁾ y Muñoz,⁽¹⁴⁾ demostraron que estas intervenciones pueden mejorar de manera significativa tanto el resultado funcional como estético en pacientes con parálisis facial postquirúrgica. Los tumores benignos de las glándulas parótidas son comunes y su tratamiento es quirúrgico; sin embargo, las complicaciones como la parálisis facial son recurrentes y tienen consecuencias funcionales y estéticas significativas que afectan el entorno biopsicosocial del paciente. La necesidad urgente por tratamientos dirigidos a recuperar motricidad en etapas tempranas del postoperatorio es evidente para garantizar una recuperación emocional óptima.^(5, 6,16,17)

Por lo tanto, se plantea una pregunta crítica para esta revisión: ¿En qué beneficia la rehabilitación integral a los pacientes con parálisis facial postquirúrgica?

Los autores consideran que la rehabilitación integral es fundamental en el abordaje de las secuelas derivadas de la parálisis facial postquirúrgica tras intervenciones en pacientes con tumores benignos de glándula parótida. La evaluación sistemática de la evolución, no solo mejora de manera significativa los resultados funcionales y estéticos, sino que también contribuye a mejorar la calidad de vida general del paciente afectado.

Es necesario desarrollar protocolos estandarizados basados en evidencias científicas actuales que guíen a los profesionales en su práctica clínica diaria y aseguren así una atención óptima para pacientes que enfrentan esta complicación postquirúrgica.

Contexto y complicaciones:

La parálisis facial puede surgir como complicación iatrogénica durante la cirugía, con una incidencia que varía entre el 10 % y el 68 % para disfunciones transitorias y entre el 0 % y el 19 % para parálisis permanente.^(18,19) Las secuelas más comunes incluyen cambios en la apariencia facial, dificultad para cerrar los párpados y ageusia.^(20,21) Por lo tanto, es crucial implementar un enfoque interdisciplinario que incluya intervenciones quirúrgicas y rehabilitadoras.

Técnicas quirúrgicas:^(16,20,21)

Incluye tratamientos que requieren un enfoque interdisciplinario que combine técnicas de reparación perineural, reanimación dinámica, estática y alternativas experimentales. La elección del procedimiento depende de la gravedad de la lesión, el tiempo transcurrido desde la cirugía y las expectativas del paciente. La reparación perineural es el tratamiento estándar para lesiones del nervio facial, en especial cuando se detecta la lesión durante la cirugía. Las técnicas más comunes incluyen:

- Neurorrafia primaria: Consiste en la reconexión directa de los extremos del nervio lesionado utilizando suturas de nylon finas. Este método es eficaz, si los extremos del nervio están cercanos y no hay pérdida significativa de tejido nervioso.
- Adhesivos tisulares: El uso de fibrina como pegamento biológico ha demostrado ser útil para mejorar la estabilidad de la neurorrafia y reducir la inflamación postoperatoria.
- Injertos de nervio: Cuando hay pérdida significativa de tejido nervioso, se utiliza un injerto autólogo, por lo general tomado del nervio sural o del nervio auricular mayor. Este procedimiento es considerado el *gold* estándar para defectos mayores.
- Prótesis nerviosas: En casos seleccionados, se han utilizado prótesis de colágeno o polímeros sintéticos para reemplazar segmentos perdidos del nervio. Aunque aún en fase experimental, estas prótesis muestran resultados prometedores en estudios preclínicos.

Reanimación dinámica:⁽²⁰⁾

Busca restaurar el movimiento facial mediante la transferencia de músculos o nervios funcionales. Estas técnicas son en particular útiles en casos de parálisis facial irreversible.

- Injerto de nervio facial cruzado: Implica conectar ramas sanas del nervio facial del lado no afectado a las ramas afectadas del lado paralizado. Es eficaz para restaurar movimientos específicos, como la sonrisa.^(19,20)

- Transferencia del músculo gracilis: Mediante microcirugía se transfiere a la región receptora y se conecta a ramas motoras del nervio facial o a otros nervios motores, como el nervio maseterino. Esta técnica es ampliamente utilizada para restaurar la simetría facial y la función de la sonrisa.^(19,21)

- Reinervación con el nervio hipogloso: En casos avanzados, se puede utilizar el XII par craneal para reinervar el músculo facial paralizado. Aunque la técnica sea efectiva, puede causar debilidad y atrofia lingual homolateral.⁽²⁰⁾

<http://revistaamc.sld.cu/>

Reanimación estática:

No restaura el movimiento, pero mejora la función estética y protectora del rostro. Estas técnicas son útiles en pacientes con parálisis facial irreversible. ⁽¹⁹⁾

- Implantes de peso en los párpados: Los implantes de oro o platino se colocan en el párpado superior para ayudar a cerrar estos en pacientes con parálisis lagrimal. Esto previene la queratitis y mejora la apariencia estética. ⁽¹⁹⁾

- Suspensión facial con fascia lata: La fascia lata se utiliza para suspender los tejidos faciales paralizados y mejorar la simetría facial. Esta técnica es común en casos de parálisis facial unilateral severa. ⁽²⁰⁾

- Elevación de la comisura labial: Procedimientos quirúrgicos para reposicionar la comisura labial mejoran la simetría facial en reposo. ⁽¹⁹⁾

Alternativas experimentales:

- Plasma rico en plaquetas: Muestra potencial para regenerar el nervio facial lesionado. Aunque aún en fase experimental, los estudios preclínicos son prometedores. ⁽²¹⁾

- Estimulación eléctrica funcional: Dispositivos implantables que estimulan los músculos faciales mediante señales eléctricas pueden mejorar la función motora en casos seleccionados. ⁽¹⁴⁾

Técnicas de Rehabilitación:

La rehabilitación postquirúrgica es fundamental para maximizar la recuperación funcional. ⁽¹⁶⁾

Las técnicas incluyen:

- Terapia física: Incluye ejercicios activos y pasivos, masajes y estiramientos para mejorar la movilidad facial. ^(16, 22, 23)

electroterapia: Utilizada para estimular los músculos faciales y mejorar la circulación sanguínea. ⁽²¹⁾

- Biofeedback: Ayuda a los pacientes a tomar conciencia de sus movimientos faciales y a corregir patrones anormales. ^(18,20, 22)

- Toxina botulínica: Inyecciones que pueden ayudar a controlar la hiperactividad muscular y las sincinesias. ^(15, 18, 20, 23)

La evaluación del éxito del tratamiento se realiza mediante escalas como la de House-Brackmann, que clasifica la función facial desde normal hasta parálisis total. ^(17, 20)

Además, se utilizan cuestionarios como el Índice de Discapacidad Facial para valorar el impacto en la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁷⁾

Además, se utilizan cuestionarios como el Índice de Discapacidad Facial para valorar el impacto en la calidad de vida del paciente. ⁽¹⁷⁾

La rehabilitación integral en pacientes con parálisis facial postquirúrgica por tumores benignos de glándula parótida debe ser personalizada e incluir tanto intervenciones quirúrgicas como terapias

rehabilitadoras. La combinación adecuada de estas técnicas puede mejorar de manera significativa la función facial y la calidad de vida del paciente.⁽²³⁾

Influencia de las Intervenciones en la calidad de vida:^(20,24)

La parálisis facial que a menudo resulta al extirpar tumores benignos de la glándula parótida, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Las intervenciones rehabilitadoras son cruciales, no solo para restaurar la función facial, sino también para mejorar el bienestar psicológico y social del paciente.

Las técnicas de rehabilitación, que incluyen fisioterapia y ejercicios faciales, son fundamentales para recuperar la movilidad y simetría facial. Estas intervenciones permiten a los pacientes realizar actividades cotidianas como hablar, comer y expresar emociones. Por ejemplo, los ejercicios específicos pueden ayudar a fortalecer los músculos faciales debilitados y mejorar la coordinación, lo que resulta en una mayor autonomía.^(16, 25)

La parálisis facial puede causar angustia emocional significativa. Los pacientes a menudo experimentan ansiedad y depresión debido a los cambios en su apariencia y funcionalidad. La rehabilitación no solo se centra en la mejora física, sino también en el apoyo emocional. La terapia psicológica y el asesoramiento pueden ser componentes importantes del proceso rehabilitador, ayudando a los pacientes a adaptarse emocionalmente y a desarrollar estrategias para enfrentar su situación.⁽²⁶⁾

Estudios han demostrado que los pacientes que participan en programas de rehabilitación reportan una mayor satisfacción con su apariencia y una mejor calidad de vida.^(27,28) La mejora en la simetría facial y la funcionalidad puede aumentar la confianza del paciente en interacciones sociales. La percepción positiva de uno mismo es crucial para el bienestar emocional; por lo tanto, las intervenciones que logran restaurar la función facial tienen un efecto directo sobre la autoestima del paciente.⁽²⁸⁾

La capacidad para comunicarse efectivamente y expresar emociones es fundamental para las relaciones interpersonales. La rehabilitación ayuda a los pacientes a reintegrarse socialmente, lo que es esencial para su bienestar. La participación en grupos de apoyo o actividades sociales puede ser beneficiosa para fomentar interacciones positivas y reducir el aislamiento social.⁽²⁸⁾

Para evaluar el impacto de estas intervenciones en la calidad de vida, se utilizan varias herramientas estandarizadas:

- *Facial disability index* (FDI): Mide las limitaciones funcionales relacionadas con la parálisis facial y su impacto en la vida diaria del paciente. Este índice proporciona información valiosa sobre cómo las dificultades faciales afectan las actividades cotidianas.⁽¹⁴⁾
- SF-36 (short form health survey): Este cuestionario mide múltiples dimensiones de salud y bienestar general, proporcionando una visión integral del estado del paciente antes y después del tratamiento.⁽²⁹⁾

- *Hospital anxiety and depression scale* (HADS): Evalúa el estado emocional del paciente, identificando niveles de ansiedad y depresión que pueden estar relacionados con la parálisis facial. Esta herramienta es útil para monitorear cambios emocionales durante el proceso de rehabilitación.⁽²⁶⁾
- *Facial clinimetric evaluation scale* (FaCE): Evalúa aspectos específicos relacionados con el movimiento facial, el bienestar emocional y las interacciones sociales. Esta escala permite un seguimiento detallado del progreso del paciente a lo largo del tiempo.^(14,18,30)

Estas herramientas permiten a los profesionales de salud monitorear el progreso del paciente, ajustar los tratamientos según sea necesario y evaluar el impacto real que tienen las intervenciones en su calidad de vida.

Los resultados obtenidos en la revisión indican que las intervenciones rehabilitadoras, como la fisioterapia y el uso de herramientas como el *facial disability index* (FDI) y el SF-36 son eficaces y eficientes para mejorar tanto la funcionalidad facial como la calidad de vida de los pacientes. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que han demostrado que la rehabilitación integral puede llevar a una recuperación significativa en la movilidad facial y a una reducción de los síntomas psicológicos asociados con la parálisis facial.^(16,18)

Además, la mejora en la calidad de vida observada en los pacientes sugiere que las intervenciones no solo abordan aspectos físicos, sino que también tienen un impacto positivo en el bienestar emocional y social. La capacidad de los pacientes para reintegrarse socialmente y su aumento en la autoestima son resultados cruciales que subrayan la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento.^(28,29)

Los autores consideran que las implicaciones de estos resultados son amplias y enfatizan la necesidad de integrar programas de rehabilitación física y apoyo psicológico en el tratamiento estándar para pacientes con parálisis facial postquirúrgica. Esto podría no solo mejorar los resultados funcionales, sino también ofrecer un enfoque más holístico que considere el bienestar emocional del paciente.

Estos hallazgos pueden influir en las políticas de salud al justificar la inclusión de terapias rehabilitadoras como parte esencial del tratamiento postquirúrgico lo que podría llevar a un incremento en el financiamiento y recursos dedicados a programas de rehabilitación, beneficiando a un mayor número de pacientes.

Los autores también resaltan que a pesar de los resultados prometedores, existen varias limitaciones que deben considerarse. Primero se constató en el transcurso del trabajo que muchos estudios sobre este tema tienen tamaños de muestra pequeños, lo que puede limitar la generalización de los resultados. Además, la heterogeneidad entre los métodos utilizados para medir la calidad de vida y las diferentes poblaciones estudiadas pueden dificultar comparaciones directas entre estudios.

Otra limitación es la falta de seguimiento a largo plazo en muchos estudios. Aunque se observan mejoras significativas a corto plazo, es crucial investigar si estos beneficios se mantienen a lo largo del tiempo. La variabilidad individual en las respuestas al tratamiento también puede influir en los resultados, lo que sugiere que se necesita un enfoque más personalizado en la rehabilitación.

Por todo lo anterior, los autores consideran que las futuras investigaciones deberían centrarse en varios aspectos claves:

Realizar estudios longitudinales para evaluar cómo las intervenciones afectan a los pacientes y si las mejoras funcionales y emocionales se mantienen.

Investigar cómo adaptar las intervenciones rehabilitadoras a las necesidades individuales de cada paciente podría mejorar aún más los resultados. Esto incluye considerar factores como la edad, el tipo y grado de parálisis facial, así como las comorbilidades psicológicas.

Explorar el efecto combinado de diferentes tipos de intervenciones (fisioterapia, terapia ocupacional, apoyo psicológico) podría proporcionar una comprensión más completa sobre cómo maximizar los beneficios para los pacientes.

Con el avance tecnológico, investigar el uso de aplicaciones móviles y plataformas digitales para facilitar ejercicios y seguimiento podría abrir nuevas vías para mejorar el acceso a la rehabilitación.

Realizar estudios multicéntricos con muestras más grandes permitirá obtener datos más robustos y representativos, lo que puede ayudar a establecer protocolos estandarizados basados en evidencia.

CONCLUSIONES

Las técnicas de rehabilitación han demostrado ser eficaces para mejorar tanto la funcionalidad facial como el bienestar emocional de los pacientes.

Los pacientes que participan en programas de rehabilitación reportan una mejora significativa en su calidad de vida.

La combinación de fisioterapia, apoyo psicológico y terapia ocupacional se ha identificado como esencial para maximizar los beneficios del tratamiento.

Los resultados indican que una rehabilitación temprana y continua no solo mejora los resultados funcionales, sino que también tiene un impacto positivo en la calidad de vida del paciente.

El manejo integral y estandarizado es crucial para optimizar la recuperación y minimizar secuelas, sugiriendo que futuras investigaciones deben centrarse en protocolos específicos para maximizar los beneficios de la rehabilitación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lameiras AR, Estibeiro H, Montalvão P, Magalhães M. Factores predictivos de parálisis facial después de la parotidectomía: análisis de 166 operaciones. Rev Esp Cir Oral Maxilofac [Internet]. 2019 [citado 23 Mar 2025]; 41(3): 109-114. Disponible en: <https://www.revistacirugiaoralymaxilofacial.es/factores-predictivos-de-paralisis-facial-despues-de-la-parotidectomia-analisis-de-166-operaciones535>
2. Mijares Briñez A, Núñez JM, Suárez CM, Acevedo L, Bracamonte A. Monitoreo intraoperatorio del nervio facial en cirugía de parótida. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2021 [citado 23 Mar 2025]; 33(4):215-224. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/3756/375667619005/html>
3. Machetanz K, Oberle L, Wang SS, Weinbrenner E, Gorbachuk M, Lauer H, et al. Outpatient care for facial palsy-a survey on patient satisfaction in uni- and interdisciplinary approaches. Front Neurol [Internet]. 2024 [citado 17 Ene 2025]; 15: 1354583. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10880734/>
4. Martínez Pérez M, Morales Rodríguez M. Parálisis facial periférica y fisioterapia. Revisión sistemática [tesis]. La Laguna: Universidad de La Laguna; 2022[citado 17 Ene 2025]. Disponible en: <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/28605>
5. Podio García A, Herrero Solano Y, Arias Molina Y, Cabrera Hernández Y. Efectividad del tratamiento rehabilitador combinado de láser y magneto en pacientes con parálisis facial periférica. Multimed [Internet]. 2021 [citado 17 Ene 2025]; 25(4): e1187. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mmed/v25n4/1028-4818-mmed-25-04-e1187.pdf>
6. Moya Ochoa EM. Eficacia de técnicas de fisioterapia en el tratamiento de la parálisis facial periférica. Revisión bibliográfica [tesis]. Alicante: Universidad Miguel Hernández; 2022 [citado 17 Ene 2025]. Disponible en: <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/28312/1/TFG%20PFP%20%20Elena%20Mar%c3%ada%20Moya%20Ochoa.pdf>
7. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2024. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2024 [actualizado 2024 Feb 08; citado 19 Mar 2025]. Disponible en: <https://decs.bvsalud.org/es/>
8. Resendiz Amezcua JM, Contreras Álvarez PJ, Iznaga Marín NL. Tumores de Glándulas Salivales. Rev cuba otorrinolaringol cir cabeza cuello [Internet]. 2022 [citado 24 Mar 2025];6(1). Disponible en: <https://revotorrino.sld.cu/index.php/otl/article/view/333>
9. Mortensen NB, Bjørndal K. The risk of facial nerve palsy after benign parotidectomy. A quality project. Acta Otolaryngol [Internet]. 2024 [citado 20 Ene 2025]; 144(3): 250-254. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38634637/>
10. Zavala A, de Pawlikowski W. Tratamientos no quirúrgicos en secuelas de parálisis facial: revisión <http://revistaamc.sld.cu/>

crítica de la literatura y recomendaciones clínicas. Cir plást. iberolatinoam [Internet]. 2024 [citado 24 Mar 2025];50(4): 421-430. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037678922024000400008&lng=es. Epub 27Feb2025. <https://dx.doi.org/10.4321/s037678922024000400008>

11. Cardona G. Nervio facial: Aspectos esenciales desde las ciencias biomédicas. Rev Estomat [Internet] 2012 [citado 18 M 2025]; 20(2):36-44. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/11/875646/7-rivera-nervio-facial.pdf>

12. Martínez Ruiz Coello M, Hernández García E, Miranda Sánchez E, García García C, Arenas-Brítez O, Plaza Mayor G. Tratamiento quirúrgico de la patología tumoral de la glándula parótida. Estudio descriptivo de 263 parotidectomías. Rev ORL [Internet]. 2023 Mar [citado 20 Mar 2025]; 14(1): 25-34. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S244479862023000100003&lng=es. Epub 24 -Abr 2023. <https://dx.doi.org/10.14201/orl.29831>.

13. Nova S. Visión general de las glándulas salivales. KENHUB [Internet]. 2023 [citado 19 Mar 2025]. Disponible en:

<https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/glandula-parotida>

14. Muñoz Ranz M, Herrero Gallego P. Efectividad de la electroestimulación en pacientes con parálisis de Bell: revisión sistemática. Universidad de Zaragoza. [tesis]. España: Universidad de Zaragoza; 2021 [citado 20 Mar 2025]. Disponible en:

<https://zagan.unizar.es/record/107157/files/TAZ-TFG-2021-592.pdf>

15. Ross BG, Fradet G, Nedzelski JM. Development of a sensitive clinical facial grading system. Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 1996 [citado 19 Mar 2025];114(3):380-6. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8649870/>

16. Wamkpah NS, Jeanpierre L, Lieu JE, Del Toro D, Simon LE, Chi JJ. Physical Therapy for Iatrogenic Facial Paralysis: A Systematic Review. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg [Internet]. 2020 [citado 21 Ene 2025]; 146(11): 1065-1072. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8048107/>

17. Pérez Romero CA, Montealegre G, Arias Correa D. Neurectomía selectiva del nervio facial en el tratamiento de la hipercinesia contralateral en parálisis facial. Cir plást iberolatinoam [Internet]. 2023 [citado 21 Ene 2025]; 49(3): 265-272. Disponible en:

<https://scielo.isciii.es/pdf/cpil/v49n3/0376-7892-cpil-49-03-0265.pdf>

18. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Arístegui M, Batuecas Á; et al. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. Acta Otorrinolaringológica Esp [Internet]. 2019 [citado 21 Ene 2025]; 926: 2-20. Disponible en:

http://www.joseroda.com/documentos/paralisis_facial.pdf

19. 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* [Internet]. 2020 [citado 21 Ene 2025];137(6): 483-488. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1879729620301435>
20. Chávez-Serna E, Telich-Tarriba JE, Altamirano-Arcos C, Nahas-Combina L, Cárdenas-Mejía A. Parálisis facial, causas y tratamiento quirúrgico en un centro de referencia en cirugía plástica y reconstructiva en México. *Cir Cir* [Internet]. 2021 [citado 22 Ene 2025]; 89(6): 718-727. Disponible en: <https://www.scielo.org.mx/pdf/cicr/v89n6/0009-7411-cir-89-6-718.pdf>
21. Serrano Medina B, Izaguirre Pérez E, González Medina C. Mejoría de parálisis facial con aplicación de plasma rico en plaquetas en paciente con Síndrome de Moebius: caso clínico. *Cir Plást Iberolatinoam* [Internet]. 2024 [citado 23 Mar 2025]; 50(1): 77-82. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S037678922024000100015&lng=es.Epub23-May2024. <https://dx.doi.org/10.4321/s037678922024000100015>.
22. Zamorano Castro C. Técnicas quirúrgicas de reanimación facial como opción de tratamiento para parálisis facial [tesis]. Valparaíso: Universidad de Valparaíso; 2023 [citado 22 Ene 2025]. Disponible en: <https://repositoriobibliotecas.uv.cl/serveruv/api/core/bitstreams/d3f9768c-ddf2-44b4-8112-eac464c87bf5/content>
23. Clínica Columbia [Internet]. Bilbao: Clínica Columbia; 2022 [Actualizado 2022; citado 22 Ene 2025]. Fisioterapia para parálisis facial; [aprox. 2p]. Disponible en: <https://www.clinicacolumbia.com/fisioterapia-para-paralisis-facial/>
24. Barnaclinic [Internet]. Barcelona: Barnaclinic; 2024 [citado 22 Ene 2025]. Fases de la parálisis facial y tratamiento para cada una de ellas; [aprox. 2p]. Disponible en: <https://www.barnaclinic.com/blog/rehabilitacion/fases-de-la-paralisis-facial/>
25. Santana Álvarez J, Miranda Ramos MA, Vilas Martínez L, Rivero Hernández GM, Álvarez Urbay MA. Parálisis facial periférica. Resultados del tratamiento quirúrgico. *Arch méd Camagüey* [Internet]. 2008 [citado 22 Ene 2025]; 12(1). Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/2627/1000>
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* [Internet]. 1983 [citado 13 Dic 2024]; 67(6): 361-70. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6880820/>
27. Zárata García J, Laborde López Z, Pifarré P. Rehabilitación de secuelas de parálisis facial en Armonización orofacial (Síndrome de Ramsay Hunt). *EIMEC Scientific* [Internet]. 2022 [citado 22 Ene 2025]. Disponible en: <https://www.eimecscientific.com/rehabilitacion-de-secuelas-de-paralisis-facial-en-armonizacion-orofacial-sindrome-de-ramsay-hunt/>

28. Montoya Alan P, Morales Fallas M, Murillo Alvarado K. Parálisis de Bell. Revista Médica Sinergia [Internet]. 2021 [citado 22 Ene 2025]; 6(6): e683. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7968554.pdf>
29. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM; et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit [Internet]. 2005 [citado 26 Mar 2025];19(2): 135-150. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es.](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007&lng=es)
30. Cárdenas Palacio CA, Quiroz Padilla MF, Cañón Caro DV. Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell. Avances en Psicología Latinoamericana [Internet]. 2012 [citado 13 Dic 2024]; 30(1): 52-64. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/799/79924085004.pdf>

CONFLICTOS DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

José Antonio Machado Reyes (Conceptualización, análisis formal, metodología, investigación y edición)

Yisell Hernández Barzagas (Redacción – revisión)

Reynier Ramírez Suarez (Supervisión y visualización)