

EOPs: Evidencia Orientada al Paciente

Parálisis facial "a frigore"

Caso clínico

Un paciente de 40 años de edad consulta a la guardia. Refiere que encontrándose en perfecto estado de salud notó que se "le torcía la boca" y que no sentía el gusto a las comidas. El médico residente que lo examinó constató signo de Bell (al intentar cerrar el ojo del lado afectado, el globo ocular se desviaba hacia atrás y el ojo quedaba entreabierto) y debilidad de todos los músculos de la mímica del lado izquierdo. Consultó al residente superior quien le sugirió le indicara protección para el ojo, lo reasegura del pronóstico y le prescribiera prednisona 60 mg por día porque creía que esto aceleraría la recuperación.

El residente menor obedeció las órdenes, pero no quedó conforme con la evidencia para prescribir corticoides y decidió realizar la búsqueda bibliográfica.

Preguntas que generó el paciente

¿En los pacientes adultos sanos con parálisis facial "a frigore" (la población), el tratamiento con corticoides (la intervención) reduce la duración de los síntomas y/o previene el desarrollo de secuelas? (los resultados).

Búsqueda bibliográfica

Se realizó la búsqueda en Pubmed empleando los filtros metodológicos (Queries). Se buscaron trabajos de terapéutica con un criterio de especificidad. Los términos MeSH empleados fueron:

"parálisis facial" o "Bell's palsy". También se realizó la búsqueda avanzada en el Medline de Healthgate empleando el término "parálisis facial" AND "tratamiento con drogas" y se acotó la búsqueda a pacientes adultos y a ensayos randomizados y controlados o metaanálisis.

Se seleccionó un metaanálisis.

Parálisis facial o parálisis de Bell

La parálisis de Bell es una parálisis idiopática de los músculos faciales inervados por el séptimo par craneal. Se han invocado como causas la infección viral, la isquemia y el edema subsecuente del nervio y sus estructuras adyacentes; y la presencia de un fenómeno autoinmune. Algunos autores piensan que es un síndrome con numerosas etiologías capaces de desencadenar el mismo resultado final: la parálisis facial aguda periférica. Esta condición, que no es frecuente (20 por 100.000 por año), aumenta su incidencia con la edad y es más común en invierno. Antes de los 50 años afecta más a mujeres y luego afecta más a los hombres. El comienzo es habitualmente agudo y el máximo déficit neurológico se instala en horas. La mayoría de las veces es unilateral. Puede haber tinnitus o disminución de la audición en las primeras horas. No existe respuesta motora voluntaria ni involuntaria. Se afecta la parte superior e inferior de la hemicara lo que la distingue de la parálisis supranuclear en la cual se afecta sólo la parte inferior. Los pacientes se quejan de debilidad muscular en la hemicara y desviación de la comisura labial. Puede haber déficit en la producción de lágrimas y pérdida del gusto en los 2/3 anteriores de la lengua. Al examinar al paciente se observa el signo de Bell por la debilidad del orbicular y el

reflejo corneal puede estar ausente.

Entre el 75 y el 90% de los pacientes se recupera con un nivel cosmético "aceptable" en tres semanas, aunque estos datos provienen de estudios de pacientes hospitalarios, por lo que en atención primaria es esperable que la tasa de recuperación sea mayor. Son factores de peor pronóstico la edad, la presencia de hiperacusia o disminución del gusto, severidad del déficit al inicio, y la persistencia de inmovilidad total después de cuatro semanas. Un electromiograma con degeneración axonal extensa dentro de las 72 horas del inicio tiene peor pronóstico. El electromiograma no debe practicarse "de rutina".

La secuela más frecuente, además de la no recuperación ad integrum, es la regeneración anómala de las fibras dañadas. Esto produce lagrimeo al comer, movimientos anormales (sinkinesis faciales) y contractura del lado afectado durante los movimientos voluntarios.

En el manejo es fundamental proteger la córnea ocluyendo el ojo con un parche y eventualmente indicar lágrimas artificiales para mantener la humedad.

Resumen de los trabajos encontrados

The clinical problem of Bell's palsy: is treatment with steroids effective?. Autores: IG Williamson and TR Whelan. Publicado en British Journal of General Practice, Diciembre 1996; 46: 743-747.

Este trabajo consideró todos los puntos que debe incluir un metaanálisis:

Objetivos: llevar a cabo una revisión sistemática de la eficacia de los esteroides en el tratamiento de la parálisis facial de Bell.

Estrategia de búsqueda: independiente por ambos autores; en Medline y BIDS, búsqueda adicional de referencias, cartas a fabricantes de esteroides en busca de trabajos no publicados; y consultas a cinco especialistas en el tema.

Criterios de inclusión: sólo estudios clínicos aleatorizados; cualquier edad; tratamiento con esteroides vs placebo o sin tratamiento; resultado principal: recuperación de la parálisis facial clasificándola en completa o incompleta; resultado secundario: duración a la recuperación completa.

Criterios de exclusión: estudios no aleatorizados, con un resultado difícil de categorizar o con serios errores metodológicos.

Análisis estadístico: Chi cuadrado para heterogeneidad; y utilización del método de Mantel-Haenszel para el análisis de sensibilidad. No incluyó medición del sesgo de publicación.

Resultados:

Teniendo en cuenta estos puntos podemos decir que este metaanálisis cumple en general con los criterios requeridos. Se consideraron cuatro estudios que cumplían los criterios de inclusión.

En la tabla se resumen: población estudiada, tipo de diseño e intervención, y resultados.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos. Todos estudios hospitalarios.

	Taverner (1954)	May (1976)	Wolf (1978)	Austin (1993)
N de sujetos	26	51	239	75
Edad (años)	17-65	No consignada	5-70	18-70
Días hasta inicio tto.	< 10	< 2	< 5	< 5
Placebo controlado	Si	Si	No	Si
Doble ciego	Si	Si	No	Si
Intervención	Cortisona 200 mg (decreciente en 7 días)	Prednisolona: total: 410 mg	Prednisolona 60 mg (decreciente): total: 760 mg	Prednisolona 30 mg (decreciente): total: 205 mg
Duración del seguimiento	157 días	6 meses	1 año	6 meses
N con recuperación completa en el grupo con esteroides (%)	10/13 (77)	15/25 (60)	94/107 (88)	19/35 (54)
N con recuperación completa en el grupo control (%)	8/11 (73)	17/26 (65)	105/132 (80)	13/41 (33)
Diferencias en el outcome primario	NS	NS	NS	NS

El chi cuadrado para heterogeneidad de los estudios fue no significativo. El Mantel-Haenzel odds ratio para los cuatro estudios unidos (pooled odds ratio) fue de: 1,63 (IC 95 %: 1,01-2,64). Excluyendo el estudio de Wolf (no ciego, no placebo), el odds ratio fue de 1,46 (IC 95%: 0,76-2,79).

En conclusión ninguno de los cuatro estudios tuvo en forma independiente el poder suficiente para contestar si el tratamiento con corticoides es efectivo para la parálisis facial de Bell. La evidencia combinada en este metaanálisis muestra un beneficio en el tratamiento con corticoides; sin embargo incluye un estudio no ciego y no comparado contra placebo, por lo que esta conclusión debe ser tomada con precaución.

Comentario

Al evaluar críticamente la literatura se debe contestar si el tratamiento con corticoides reduce la duración de los síntomas y/o previene el desarrollo de secuelas.

Teniendo en cuenta la alta tasa de recuperación espontánea que tiene la parálisis facial a frígore (> al 60 %), para mostrar un beneficio adicional de los corticoides de, por ejemplo, el 25 %, se requiere una muestra de por lo menos 194 pacientes en cada rama. Si bien el metaanálisis mostró un marginal beneficio con los corticoides hay que tener en cuenta, en primer lugar, los problemas metodológicos que ya fueron mencionados, y en segundo lugar

que la significación estadística no es suficiente cuando la relevancia clínica de la diferencia entre los grupos es escasa.

Considerando que esta enfermedad no es muy frecuente, (se calcula que un médico de familia puede esperar ver una parálisis facial cada dos años), la alta tasa de recuperación espontánea, y el beneficio marginal de los corticoides (OR: 1,63 con un IC 95% 1,01-2,64), esta modalidad terapéutica no parece estar indicada en esta enfermedad.

Conclusiones

Se puede decir en función de la evidencia disponible hasta el momento que el beneficio marginal que produce la administración de corticoides, en la tasa de recuperación de la parálisis facial no sugiere su indicación a todos los pacientes. En pacientes de alto riesgo (edad avanzada, con parálisis completa, y trastornos del gusto), se puede administrar un régimen de 1mg/kg/día por 7 a 10 días, en base al resultado del metaanálisis. Esta presunción se basa en el hecho de que cuanto más frecuente es un evento (en este caso la falta de recuperación), más impacto tiene una intervención en términos de NNT*. Por lo tanto en pacientes con peor pronóstico, el empleo de corticoides se traduciría en un NNT menor. Sin embargo un ensayo clínico aleatorizado bien diseñado deberá realizarse para contestar esta pregunta en forma definitiva.

*Ver Glosario

Dr. Enrique Soriano

Servicio de Reumatología. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Dr. Alejandro Regueiro

Director Médico. Sistema de Protección Médica.

Dra. Karin Kopitowski

Unidad de Medicina familiar y Preventiva. Hospital Italiano de Buenos Aires.