

Serie de casos: parálisis de Bell con recuperación atípica: abordaje de terapia física

Case series: Bell's palsy with atypical recovery: physical therapy approach.

Ulises Fifield Soto¹, Gabriela Alejandra Hernández Clavellina², Juan Carlos Peña Bañuelos³, Jacobo Robles Belmont⁴.

1 Pasante de Licenciatura en Terapia Física, Departamento de Valoración y Tratamiento, Escuela de Rehabilitación del Estado de Baja California Sur, Sistema Nacional DIF, Centro de Rehabilitación y Educación Especial La Paz, La Paz, México.

2 Médico en Rehabilitación, Departamento de Valoración y Tratamiento, Sistema Nacional DIF, Centro de Rehabilitación y Educación Especial La Paz, La Paz, México.

3 Médico Pediatra, Departamento de Enseñanza, Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, La Paz, México.

4 Licenciado en Terapia Física, Departamento de Tratamiento, Fisioterapia, Sistema Nacional DIF, Centro de Rehabilitación y Educación Especial La Paz, La Paz, México.

✉ Contacto de correspondencia: Jacobo Robles Belmont robeljacobol@live.com

RESUMEN

La parálisis de Bell (PB) es la forma más común de parálisis facial periférica, afecta al séptimo par craneal ocasionando debilidad o parálisis de los músculos faciales. Aunque suele mejorar en semanas o meses, algunos casos pueden causar secuelas graves como lesiones orales, oculares y sincinesias. La incidencia anual varía entre 11.5 y 53.3 por cada 100,000 personas, con un 25% de los casos moderados o severos ocasionando secuelas permanentes. Su etiología es incierta, pero se ha relacionado con infecciones virales, inflamación y factores anatómicos.

El tratamiento de fisioterapia de PB incluye técnica como el método de Rood mediante estímulos sensoriales y la electroestimulación.

Este estudio describe tres casos de PB, los pacientes presentaron factores de riesgo como diabetes e hipertensión, lo que pudo influir en su evolución. A pesar de haber recibido intervención previa, algunos pacientes mostraron secuelas persistentes. La fisioterapia fue clave para mejorar la simetría facial y reducir las complicaciones. Se destaca que un tratamiento temprano y eficaz puede evitar la consolidación de secuelas.

El objetivo del presente estudio es dar a conocer la evolución de una serie de tres casos de PB con recuperación anormal en la Paz, Baja California Sur, México. Dichos casos llevaron un tratamiento fisioterapéutico, el cual se basa en el método de neurorrehabilitación Margaret Rood junto con las técnicas de fisioterapia convencionales.

Palabras clave: Recuperación atípica, Margaret Rood, estimulación sensorio motriz, parálisis facial, serie de casos.

Cómo citar:

Fifield Soto, U., Hernández Clavellina, G. A., Peña Bañuelos, J. C., & Robles Belmont, J. Serie de casos: parálisis de Bell con recuperación atípica: abordaje de terapia física. *Revista Ciencia Y Salud Integrando Conocimientos*, 9(1). <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v9i1.826>

Recibido: 10/Oct/2024

Aceptado: 12/Mar/2025

Publicado: 21/Mar/2025



Abstract

Bell's palsy (BP) is the most common form of peripheral facial paralysis, affecting the seventh cranial nerve causing weakness or paralysis of the facial muscles. Although it usually improves in weeks or months, some cases can cause serious sequelae such as oral and ocular lesions and synkinesis. The annual incidence varies between 11.5 and 53.3 per 100,000 people, with 25% of moderate or severe cases causing permanent sequelae. Its etiology is uncertain, but it has been linked to viral infections, inflammation and anatomical factors.

Physiotherapy treatment of BP includes techniques such as the Rood method using sensory stimuli and electrostimulation.

This study describes three cases of BP with significant results. The patients presented risk factors such as diabetes and hypertension, which could have influenced their evolution. Despite having received previous intervention, some patients showed persistent sequelae. Physiotherapy was key to improving facial symmetry and reducing complications. It is noted that early and effective treatment can prevent the consolidation of sequelae.

The aim of this study is to report the evolution of a series of three cases of PB with abnormal recovery in La Paz, Baja California Sur, Mexico. These cases underwent prior physiotherapy treatment, which is based on the Margaret Rood neurorehabilitation method together with conventional physiotherapy techniques.

Key words: Atypical recovery, Margaret Rood, sensorimotor stimulation, facial palsy, case series.

INTRODUCCIÓN

De las parálisis faciales periféricas, la más común es la parálisis de Bell (PB). La PB es una lesión del séptimo par craneal, la cual suele ocasionar una incapacidad total o parcial para la movilidad voluntaria de los músculos de la cara. Aunque suele sanar en el lapso de unas semanas o meses, en ocasiones ha llegado a provocar severas disfunciones orales de carácter temporal e incapacidad de cierre ocular pudiendo ocasionar un daño permanente (1, 2).

Entre 1821 y 1829, Sir Charles Bell presentó casos de parálisis facial como parálisis de Bell sin importar la causa, en 1860, se atribuyen los casos de neuritis en el canal de Falopio con PB, para las décadas siguientes se agregaron las exposiciones a bajas temperaturas y causas desconocidas. Y desde 1940 a la fecha, el término se reserva para casos de parálisis facial idiopática (3).

La PB tiene un rango de incidencia anual de 11.5 a 53.3/100,000 personas, varía según la zona geográfica analizada. En uno de cada cuatro casos de PB son de moderada a severa, donde pueden persistir las secuelas a modo de asimetrías faciales afectando la calidad de vida del usuario a largo plazo, a pesar de sus severas afectaciones, no se ha definido con precisión su etiología (2).

Diferentes autores relacionan la PB con una infección o reactivación viral, por virus del herpes simple y herpes zoster, isquemia, vasoespasmos y constricción venosa, características anatómicas de su trayecto que lo hacen propenso a lesiones por atrapamiento, inflamación, provocando daño a las vainas de mielina del séptimo par craneal (4). Los cambios bruscos de temperatura se han sugerido también como posible factor de la PB (2).

Las manifestaciones clínicas de la PB pueden ser variables. Algunas de las más importantes son: 1) Debilidad parcial o total de los músculos de la cara, de aparición rápida y progresiva llegando a su pico aproximadamente

a las 72 horas (5); 2) En PB completa, el surco naso geniano del lado afectado estará borrado y se observa una desviación de la boca hacia hemicara sana (1); 3) Aparición del signo de Bell (1); 4) Manifestaciones oculares como la exposición corneal, lagofthalmos, retracción del párpado superior e hiposecreción de lágrimas (1, 5).

Existe un riesgo de ulceración corneal e hiperestesiación, disfunciones del músculo estapedio, que estabiliza al estribo, causando hipersensibilidad a los sonidos de baja frecuencia; alteraciones del gusto y salivación (1). Se ha relacionado la diabetes mellitus tipo II (DM2) y otras comorbilidades como un factor exacerbante de la enfermedad (6, 7). La DM2 y la hipertensión arterial sistémica (HAS) cuenta con una incidencia en la población general de aproximadamente 8.5% cada una; la frecuencia de pacientes con DM2 afectados por PB oscila entre 11% a 39% y 18% a 46% para la HAS según lo exponen Psillas J. et al (6).

Para valorar el grado de debilidad facial se usa el sistema de clasificación del nervio facial de House-Brackmann (HB), la cual va desde una calificación de I (sin debilidad) a VI (debilidad total) (5) y la prueba muscular de Freyss, que valora la motricidad de 10 músculos clave puntuando del 1 al 3 cada uno para así obtener un valor sobre 30 puntos (8).

Margaret Rood desarrolló un método de tratamiento sobre estimulación sensorio motriz que busca la activación y control muscular reflejo mediante estímulos sensitivos a diferentes grupos musculares con el objetivo de mejorar el movimiento y la coordinación (9). Las premisas del método estipuladas por Rood señalan que: los patrones reflejos fundamentales desde el nacimiento se modifican gradualmente hasta llegar al más alto control cortical consciente, si se aplican los estímulos sensitivos adecuados al receptor adecuado como en el desarrollo normal se podría provocar respuestas motrices reflejas para establecer engramas motores, de acuerdo con cuatro principios: 1) normalizar el tono muscular; 2) realizar movimientos orientados a un objetivo final; 3) repetición y 4) conciencia y control sensitivo motora.

Una de las técnicas de facilitación de Rood utilizada por terapeutas físicos es la “estimulación térmica” por enfriamiento rápido, produciendo una respuesta tónica protectora en fibras musculares y vasos sanguíneos a través de la estimulación de fibras tipo A δ y C, con un cambio repentino de la temperatura que genera una contracción motora refleja de músculos agonistas y antagonistas por efecto rebote 30 segundos después de la aplicación (10, 11). Meza et al. (12) para fines del tratamiento de parálisis facial optaron por el uso de compresa fría envuelta en una toalla con 1 capa, en un tiempo de exposición de 5 minutos; como objetivo el efecto rebote en todos los músculos de la cara. Para la facilitación también se emplea masaje de estimulación por golpeteo rápido. El estímulo se aplica en dirección al origen del músculo de 20 a 30 repeticiones por minuto. Esto genera una mayor activación muscular de los músculos agonistas. Esta técnica junto con estiramientos y compresiones intensas forman parte de las técnicas de facilitación de Rood (10, 11).

Otra herramienta utilizada para tratar la parálisis facial es la electroestimulación, reportada como beneficiosa, cuya aplicación es por medio de corrientes monofásicas, colocando el electrodo activo en la musculatura paralizada; esta se ha recomendado tanto en fases agudas como para casos en los que se presentan ciertos factores de riesgo (13-15).

El objetivo del presente estudio es dar a conocer la evolución de una serie de tres casos de PB con recuperación anormal en la Paz, Baja California Sur, México. Dichos casos llevaron un tratamiento fisioterapéutico, el cual se basa en el método de neurorrehabilitación Margaret Rood junto con las técnicas de fisioterapia convencionales. El tratamiento se aplicó en el orden cronológico mostrado en la Tabla 1.

Los autores declaran que los procedimientos fueron realizados en apego a las normas éticas, Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud y la Declaración de Helsinki, así como la aceptación por el comité de bioética del Centro de Rehabilitación y Educación Especial La Paz, B.C.S. Dictamen número CREELAPAZ/CI/003/2024. Los autores declaran que han seguido los protocolos para la ejecución de proyectos de investigación y publicación de datos de pacientes del Estatuto Orgánico del SNDIF

y Manual General de Operación de los Centros de Rehabilitación del SNDIF, la ley federal de Protección de Datos personales y la NOM-024-SSA3-2010 del expediente clínico electrónico.

Tabla 1. Tratamiento basado en el método de Margaret Rood utilizado. Orden en que se aplicó conforme la numeración.	
1	Técnica de estimulación térmica por medio de compresa fría por 5 minutos en cada lado de la hemicara, con sensación térmica perceptible como frío por debajo del umbral de la tolerancia basado en método sensorio-motriz de estímulos intensos en un corto tiempo.
2	Electroestimulación de tipo monofásica, con pulso triangular de 300 ms de fase y 4000 ms de reposo (0.2 Hz), con 5 contracciones simples, visibles y palpables, aplicación aislada a hemicara; aplicación monopolar, con electrodo disperso en mano del lado afectado, electrodo activo en punto motor de los músculos frontal en dos puntos, depresor de la ceja, orbicular de los ojos, piramidal, canino, risorio, cigomático mayor, buccinador, orbicular de los labios y mentoniano (orden cefalocaudal).
3	Masaje facial, usando la técnica de masaje rápido para facilitación, con duración de 40 segundos y no más de un minuto; movimientos circulares y golpeteo en dirección del origen del músculo (orden cefalocaudal).
4	Biofeedback: ejercicios frente al espejo por función muscular facial; se enfatizó al paciente la reeducación de la contracción específica del músculo, evitando contracciones de otros músculos o bien, sincinesias (orden cefalocaudal).
Nota: ms = milisegundos, Hz = Hercios; la técnica de estimulación térmica debe aplicarse con precaución en pacientes con hipersensibilidad. Fuente: Meza Cruz JG (12)."	

Presentación de casos

Para esta serie de casos clínicos se utilizó una valoración previa y posterior al tratamiento descrito en la Tabla 1. Se describen bloques de terapia, los cuales tuvieron su respectiva valoración que no fue tomada en cuenta para esta serie de casos.

Caso 1

Medicina En Rehabilitación

Paciente masculino de 38 años, desempleado, sedentario, etilismo no específico e hipersensibilidad a las sulfonamidas. Comienza su padecimiento en marzo del 2023, con PB derecha. Refiere manejo farmacológico con complejo B y terapia física por 13 días en su centro de salud logrando mejoría parcial, más persisten epifora, disfagia y algiacusia. Se sometió a un tratamiento previo al del estudio. El día 19 de mayo de 2023, se realizó la valoración y se observó un retroceso en el estado del paciente, sincinesias y tensión en la articulación temporomandibular.

Se realiza una exploración física en el centro de rehabilitación: cara asimétrica en reposo, PARES CRANEALES: II: Fondo de ojo y agudeza visual no valorados, visión adecuada, distingue objetos, campimetría y colorimetría conservadas; III, IV, VI: Movimientos oculares normales, reflejo fotomotor y consensual presentes; VII: Frontal, orbicular del ojo, corrugador de la nariz, buccinador, orbicular de la boca, cigomático mayor y menor 1/3, signo de Bell presente. VIII, XII: Sin alteraciones. Se diagnosticó con parálisis facial derecha.

Tratamiento de Terapia Física

A partir del 9 de junio del 2023, se realizó valoración previa al tratamiento y se aplicó el tratamiento descrito en la Tabla 1.

Evolución y Resultado

Se tomaron en cuenta 4 bloques de terapia de 10 sesiones con frecuencia de dos veces por semana. A partir del primer bloque se pudo observar mejoría en las sincinesias a excepción en el músculo risorio y resolución en la tensión en la articulación temporomandibular. En el segundo ciclo se logró apreciar mayor simetría

facial en especial en músculo orbicular de los labios, frontal y orbicular de los ojos, logrando mayor simetría al reposo. En el tercer bloque se presentó un dolor que se irradiaba desde la articulación temporomandibular derecha, espasmo doloroso en el músculo macetero izquierdo, para el cual se realiza liberación y dolor en trapecio bilateral. Se lograron abolir las sincinesias y aumentar la simetría facial. Al final del cuarto bloque se realiza la valoración posterior al tratamiento, se logró una mejoría en la simetría facial en reposo, mayor control de los movimientos faciales con la excepción de descender el ángulo de la boca, se controlaron los episodios dolorosos más presenta epifora ocasional. Se le otorga programa de casa y se da de alta el 21 de septiembre del 2023.

Tiempo después reingresa por agravamiento caracterizado por fasciculaciones y sincinesias. Se realiza la anamnesis descubriendo falta de apego al programa de casa y alto consumo de alcohol.

Las pruebas Freyss y HB realizadas previo y posterior al tratamiento se muestran en la Tabla 2.

Caso 2

Medicina en Rehabilitación

Paciente femenino de 58 años, originaria y residente de La Paz, Baja California Sur. Antecedentes de importancia, Diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución en tratamiento farmacológico, antecedente de COVID, con parálisis facial izquierda, disgeusia y algiacusia. El día 25 de octubre del 2022 recibió manejo farmacológico con meloxicam y ketorolaco. Se aplicó un tratamiento previo con electroestimulación de tipo monofásica con numerosas modificaciones en su dosificación, se recetó una férula de kinesiotape para favorecer el cierre ocular. Tuvo escasa mejoría con un estancamiento por varios ciclos de terapia, aparición de rigidez tensión en musculo frontal y sincinesias.

Se realiza primera exploración física en el centro de rehabilitación: cara asimétrica en reposo, PARES CRANEALES: I: Sin alteración; II: Fondo de ojo y agudeza visual no valorados, visión adecuada, distingue objetos, campimetría y colorimetría conservadas; III, IV, VI: Movimientos oculares normales, reflejo fotomotor y consensual presentes; VII: Frontal: 3/1, orbicular del ojo: 3/0, corrugador de la nariz: 3/0, buccinador: 3/0, orbicular de la boca: 3/0, cigomático mayor y menor 3/1; VIII: disimetría y diadoco cinesias XII: Sin alteraciones. Se realiza Webber y Rine con resultados dudosos. Se diagnostica con parálisis facial grado IV en la escala de HB, con una posible neuropatía vestibulococlear.

Tratamiento de Terapia Física

El día 28 de junio del 2023 se realizó valoración previa al tratamiento por medicina de rehabilitación y se comienza con el tratamiento descrito en la Tabla 1, excluyendo electroestimulación, con frecuencia de 2 veces por semana.

Evolución y Resultados

Se tomaron en cuenta 4 bloques de terapia de 12 sesiones con frecuencia de dos veces por semana. En el primer bloque se trabajó con las sincinesias y el control voluntario de los músculos, se pudo observar mejoría las sincinesias y actividad voluntaria facial la cual se estancó para el final del segundo bloque. No hubo ninguna mejoría significativa en la valoración posterior al tratamiento, los resultados de una electromiografía arrojaron datos de Axonotmesis.

Las pruebas Freyss y HB realizadas previo y posterior al tratamiento se muestran en la tabla 2.

Caso 3

Medicina en Rehabilitación

Paciente femenino de 38 años, sin antecedentes de importancia, con hipertensión arterial sistémica (HAS) sin tratamiento, comienza su padecimiento el día 3 de enero del 2023; con parálisis facial derecha, disgeusia, algiacusia, epifora y disfagia a líquidos y sólidos. Refiere manejo farmacológico recetado por médico facultativo con prednisona y aciclovir.

Se realiza exploración física en el centro de rehabilitación: cara asimétrica en reposo, PARES CRANEALES: II: Fondo de ojo y agudeza visual no valorados, visión adecuada, distingue objetos, campimetría y colorimetría conservadas; III, IV, VI: Movimientos oculares normales, reflejo fotomotor y consensual presentes; VII: Frontal, orbicular del ojo, corrugador de la nariz, buccinador, orbicular de la boca, cigomático mayor y menor 1/3. Signo de Bell presente y presenta tics en labios. VIII, XII: Sin alteraciones. Se diagnosticó con parálisis facial derecha grado III en la escala de HB.

Tratamiento de Terapia Física

Se sometió a un tratamiento previo, el cual incluía electroestimulación de tipo monofásica con numerosas modificaciones en su dosificación. Se reportó una mejoría lenta. Se reporta la aplicación de electro acupuntura, acupuntura y masaje ionizante con dosis inespecífica durante los fines de semana de manera particular donde se explicó el tratamiento y el pronóstico de este. Tiempo después presenta sincinesias y hemiespasmos.

El día 7 de junio del 2023 se realizó valoración previa al tratamiento por medicina de rehabilitación y se comienza con el tratamiento descrito en la Tabla 1 a excepción de la electroestimulación, se prescribió a 2 bloques de terapia de 12 sesiones con frecuencia de dos veces por semana con valoración del médico especialista en rehabilitación.

Evolución y Resultados

Finalizado el primer bloque se apreció una recuperación lenta, con mayor control del orbicular de la boca y mejor simetría al reposo en el frontal, persisten sincinesias entre el orbicular de la boca y cigomáticos, reporta que había dejado de asistir a la aplicación del tratamiento fuera del centro. Se finaliza el segundo bloque y se realizó la valoración posterior al tratamiento, se observó con disminución importante de las sincinesias y mejor control del cierre ocular.

Las pruebas Freyss y HB realizadas previo y posterior al tratamiento se muestran en la Tabla 2.

TABLA 2: EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES. Evolución de los tres casos en valoración inicial y final de las escalas Freyss y House-Brackmann

ESCALA	PACIENTE 1		PACIENTE 2		PACIENTE 3		
	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	INICIAL	FINAL	
House-Brackmann	III	II	IV	III	III	III	
Freyss	Frontal	0	2	1	1	2	2
	Superciliar	0	2	1	1	2	2
	Orbicular del ojo	1	2	1	2	2	2
	Piramidal	0	2	1	2	2	2
	Dilatador de las narinas	1	2	1	2	2	2
	Orbicular de los labios	1	1	2	2	1	2
	Cigomático	1	2	2	2	2	2
	Risorio	1	2	2	2	2	2
	Bucinador	1	2	1	2	2	2
	Cuadrado del mentón	1	1	2	2	1	2
	TOTAL	7	18	14	18	18	20

Nota: Los valores de la escala Freyss representan la puntuación del movimiento muscular, donde 0 = sin movimiento, 1 = Conato de contracción y 2 = contracción amplia sin fuerza, 3 = contracción normal; En la escala House-Brackmann I indica función normal y VI parálisis completa. **Fuente:** Warner MJ et al (5) y Tankére F (8).

Discusión

La recuperación por PB suele ser entre unas semanas y algunos meses, solo el 25% de los casos que presentan parálisis de moderada a severa son propensos a generar secuelas permanentes, en especial si se cuenta con la comorbilidad de diabetes mellitus, en la cual la presentación inicial de los síntomas es mucho más severa, la recuperación más lenta y con mayor posibilidad de generar secuelas (16).

En el primer caso, se puede observar la mejoría paulatina en la simetría facial y en especial las sincinesias, las cuales se lograron abolir por completo. No fue hasta que se eliminó la supervisión del centro y se abandonó por completo el tratamiento descrito fue que se presentó su recaída.

En el segundo caso, la diabetes mellitus tipo II está asociada a una peor presentación inicial de los síntomas, así como una peor respuesta al tratamiento, en su estudio del 2021, George Psillas et al (6) reportaron que los casos de parálisis facial aunado a esta enfermedad crónica no solían mejorar del grado III en la escala de House Brackmann, lo cual coincide con el caso aquí descrito. Cabe destacar que en el estudio mencionado no se reportó el uso de ningún tratamiento más que el farmacológico. Igual que el anterior caso se logró un gran control de las sincinesias.

Para el tercer caso, el factor de mal pronóstico sería la HAS, si bien podría sumarse el uso de tratamientos no controlados y la sobreestimulación. La HAS por sí sola no demostró ser un factor de mal pronóstico, más relacionado al daño por isquemia del nervio facial y aunque se dificulte la recuperación, un 73.6% de los

pacientes pueden obtener una recuperación total (6). En cuanto al uso de acupuntura, esta técnica oriental ha sido probada tanto en fases tempranas como crónicas logrando si se aplica de manera temprana una mejoría en los tiempos de recuperación, así como una menor reincidencia y en fases crónicas reporta una mejoría en la asimetría facial al aplicar electropuntura a partir de la sexta semana (17). El principal punto en controversia con el uso de la acupuntura es que los estudios se han realizado principalmente en población oriental y en México existe una falta de capacitación y regulación de quienes la practican (18). No se puede dar un veredicto sobre su eficacia en la población mexicana y menos cuando se desconoce el método de tratamiento. A pesar de lo anterior se logró una reducción de las sincinesias y control del cierre ocular en solo 2 bloques de terapia.

Es fundamental resaltar el papel de la terapia física durante la fase aguda de la PB, según Zhang et al (2), aproximadamente un cuarto de los pacientes con PB moderada a severa desarrolla complicaciones persistentes que afectan su calidad de vida diaria. Ante esta realidad, la intervención temprana es clave para abordar complicaciones como las sincinesias de forma rápida y eficaz, previniendo su consolidación, así como concluyen Kim et al. (19) en su trabajo: "Neuromuscular retraining therapy for early stage severe Bell's palsy patients minimizes facial synkinesis", las sincinesias pueden ser minimizadas si la terapia comienza antes de su aparición, una intervención temprana no previene su aparición, pero hay una diferencia significativa en la función final de los pacientes que la recibieron. En los casos presentados en este trabajo, se implementó una estrategia de intervención inmediata y dirigida desde el momento de la aparición de las sincinesias con el objetivo de mitigarlas obteniendo resultados favorables mediante la combinación del tratamiento convencional y las técnicas de Margaret Rood.

En la mayoría de estudios y revisiones describen los efectos de las terapias basadas en ejercicio, terapias con espejo, estimulación eléctrica, acupuntura, pero ninguna se enfoca en los beneficios que puede aportar las técnicas de Margaret Rood, los resultados obtenidos en este manuscrito nos permiten inferir que, al sumarse con la terapia convencional en parálisis facial, las técnicas de Margaret Rood pueden tener una influencia positiva en la recuperación de casos anormales de parálisis facial.

CONCLUSIONES

El método de tratamiento utilizado en la presentación de casos, nos indica que la estructuración de las técnicas de neurorrehabilitación de Margaret Rood junto con las técnicas basadas en ejercicio y/o electroestimulación utilizadas para el tratamiento de parálisis facial periférica, podría tener una influencia positiva en el tratamiento de casos de PB anormales y sus secuelas, basados en la escala Freyss y la clasificación de HB disminuyendo la severidad de IV a III y de III a II en esta última. Así mismo, se propone el uso del tratamiento basado en el método de Margaret Rood combinado con las técnicas de fisioterapia convencional en todos los casos de PB.

Se sugiere investigar más a fondo respecto a tratamientos fisioterapéuticos en la PB, no convencionales como el uso de Margaret Rood con estímulo térmico frío y electroestimulación.

Declaración de Conflicto de Intereses.

Se declara que ninguno de los autores presenta algún conflicto de interés por el artículo.

Declaración de Financiamiento.

La publicación no presentó ningún medio de financiamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lassaletta L, Morales-Puebla JM, Altuna X, Arbizu Á, Aristegui M, Batuecas Á, et al. Parálisis facial: guía de práctica clínica de la Sociedad Española de ORL. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2020 Mar 1;71(2):99-118. <https://doi.org/10.1016/j.otorri.2018.12.004>
2. Zhang W, Xu L, Luo T, Wu F, Zhao B, Li X. The etiology of Bell's palsy: a review. *J Neurol*. 2020 Jul;267(7):1896-905. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-019-09282-4>
3. Chern A, Mudry A, Lustig LR. Bell's Palsy and Its Semantic Change over Time. *Otol Neurotol*. 2023 Jan 1;44(1):90-5. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00415-019-09282-4>
4. Danesh A, Ouanounou A. Bell's Palsy: Etiology, Management and Dental Implications. *J Can Dent Assoc*. 2022 Aug;88:m8. <https://jcda.ca/m8>
5. Warner MJ, Hutchison J, Varacallo M. Bell Palsy.[Updated 2024 Oct 6]. StatPearls [Internet] Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. 2025 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482290/>
6. Psillas G, Dimas GG, Sarafidou A, Didangelos T, Perifanis V, Kaiafa G, et al. Evaluation of Effects of Diabetes Mellitus, Hypercholesterolemia and Hypertension on Bell's Palsy. *J Clin Med Res [Internet]*. 2021 May 27;10(11):1-9. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm10112357>
7. Khurshid M, Ansari I, Ahmad H, Ghaffar H, Khurshid A, Shahid A, et al. Development of facial palsy following COVID-19 vaccination: A systematic review. *Ann Med Surg (Lond)*. 2022 Oct;82:104758. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104758>
8. Tankére F, Hervochon. R. Parálisis facial periférica. *EMC - Otorinolaringoiatr*. 2022;52(1):1-22. [https://doi.org/10.1016/S1632-3475\(22\)47319-X](https://doi.org/10.1016/S1632-3475(22)47319-X)
9. Cano-de-la-Cuerda R. Influential women in the field of neurological rehabilitation: A literature review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 20;19(3):1112. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031112>
10. Domínguez AME, Govantes GN, Talamantes MLG, Carmona RO. método de Rood. En: *Neurofacilitación: técnicas de rehabilitación neurológica aplicadas a: niños con parálisis cerebral o síndrome de Down, Adultos con hemiplejía o daño neurológico*. México: Trillas; 2007. p. 125-141.
11. Alyson Baily Metcalfe NL. A modern interpretation of the Rood Approach. *Phys Ther Rev*. 1998;3(1):195-212. <https://doi.org/10.1179/ptr.1998.3.4.195>
12. Joselyn Guadalupe Meza Cruz, Jacobo Robles Belmont, Gabriela Alejandra Hernandez Clavellina, Juan Carlos Peña Bañuelos. Tratamiento fisioterapéutico en parálisis facial con Guillan Barre variante Miller Fisher: reporte de caso. *Revista mexicana de fisioterapia [Internet]*. 2023 [cited 2024 Jun 25];2(11):21-28. Available from: <https://remefis.com.mx/n%C3%BAmero-11>
13. Di Pietro A, Cameron M, Campana V, Leyes L, Zalazar Cinat JAI, Lochala C, et al. Efficacy of adding selective electrical muscle stimulation to usual physical therapy for Bell's palsy: immediate and six-month outcomes. *Eur J Transl Myol [Internet]*. 2023 Oct 24;33(4):1-11. <https://doi.org/10.4081/ejtm.2023.11630>

14. Loyo Li M, Cameron MH, Volk GF. Does electrical stimulation still have a place in the treatment armamentarium for Bell's palsy? *Expert Rev Neurother*. 2024 Jan 8;24(1):1-3. <https://doi.org/10.1080/14737175.2023.2295426>
15. Burelo-Peregrino EG, Salas-Magaña M, Arias-Vázquez PI, Tovilla-Zarate CA, Bermudez-Ocaña DY, López-Narváez ML, et al. Efficacy of electrotherapy in Bell's palsy treatment: A systematic review. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2020;33(5):865-74. <https://doi.org/10.3233/bmr-171031>
16. Mancini P, Bottaro V, Capitani F, De Soccio G, Prosperini L, Restaino P, et al. Recurrent Bell's palsy: outcomes and correlation with clinical comorbidities. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2019 Oct;39(5):316-21. <https://doi.org/10.14639/0392-100X-2415>
17. Choi Y, Lee S, Yang C, Ahn E. The Impact of Early Acupuncture on Bell's Palsy Recurrence: Real-World Evidence from Korea. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2023 Dec 11;11(24):1-11. Available from: <https://doi.org/10.3390/healthcare11243143>.
18. Corell-Doménech M. TERAPEUTAS ALTERNATIVOS EN MÉXICO Y LA ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL 2014-2023: COMUNICACIÓN, CREENCIAS Y FACTORES SOCIO-ECONÓMICOS. *Perspect comun*. 2019;12(1):59-77. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48672019000100059>
19. Kim DR, Kim JH, Jung SH, Won YJ, Seo SM, Park JS, et al. Neuromuscular retraining therapy for early stage severe Bell's palsy patients minimizes facial synkinesis. *Clin Rehabil*. 2023 Nov;37(11):1510-20. <https://doi.org/10.1177/02692155231166216>