

Tratamiento fisioterapéutico en la parálisis de Bell. Revisión sistemática

Physiotherapy treatment in Bell's palsy. A systematic review

Mancheño-Romero P^a, Ruiz-Molinero C^b, Moral-Muñoz JA^b, Carmona-Barrientos I^b, Pérez-Cabezas V^b

^a Ejercicio libre de la Fisioterapia. Cádiz. España

^b Universidad de Cádiz. Facultad de Enfermería y Fisioterapia. Cádiz. España

Correspondencia:

Verónica Pérez-Cabezas

veronica.perezcabezas@uca.es

Recibido: 7 febrero 2017

Aceptado: 8 marzo 2017

RESUMEN

Introducción: la parálisis de Bell (PB) es una de las enfermedades más frecuentes que afectan al nervio facial. Se daña la musculatura de la mímica y las personas que la padecen desarrollan problemas psicológicos debido a la apariencia. El tratamiento fisioterapéutico es tema de controversia. Por ello, el objetivo del presente trabajo es analizar los distintos procedimientos fisioterapéuticos empleados como tratamiento en la PB y, asimismo, conocer los métodos de valoración utilizados en Fisioterapia para dicha patología. *Material y método:* revisión sistemática. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, LILACS, Cochrane, PEDro y Scopus. Nueve estudios cumplían con los criterios de inclusión. A todos se les aplicó la escala PEDro para determinar su calidad metodológica. *Resultados/Discusión:* en relación a las técnicas empleadas se describen los distintos procedimientos: la estimulación eléctrica, el láser, la acupuntura, la reeducación neuromuscular facial, la aplicación de un protocolo de tratamiento fisioterapéutico precoz, e incluso la combinación de láser y campo magnético. Las escalas de valoración identificadas son índice de discapacidad facial o *Facial Disability Index* (FDI), escala House-Brackman (HB), escala Chevalier, *Facial Nerve Grading Scale* y *Sunnybrook Facial Grading System*. *Conclusiones:* señalar la escasez de estudios fisioterapéuticos, así como la diversidad de los criterios empleados. Todos los procedimientos fueron positivos y beneficiosos.

Palabras clave: parálisis de Bell, técnicas de Fisioterapia, rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: Bell's palsy (BP) is one of the most frequent diseases that affects the facial nerve. In addition to damaging the muscles of the mimic, people who suffer it develop psychological problems due to appearance. Its treatment is not defined and, in terms of Physiotherapy, the techniques used today remain a topic of controversy. The objective of the present study is to analyze the different physiotherapeutic procedures used as a treatment for PB and to indicate the most effective ones for their recovery. Also, its aim is to know the valuation methods used in physiotherapy for this pathology. *Material and method:* a systematic review. A bibliographic search was performed in Pubmed, LILACS, Cochrane, PEDro and Scopus databases. Nine studies met our inclusion criteria and were analyzed on the PEDro scale to determine their methodological quality. *Results/Discussion:* in relation to the techniques used the following procedures are described: electrical stimulation, laser, acupuncture, neuromuscular facial reeducation, study that performs a protocol of physiotherapeutic treatment and even the combination of laser and magnetic field. *Valuation scales used in physical therapy are:* Facial Disability Index (FDI), House-Brackman

Scale (HB), Chevalier Scale, Facial Nerve Classification Scale and Sunnybrook facial grading system. Conclusions: there is a lack of physiotherapeutic studies in the pathology, as well as the diversity of the criteria used in the results found. All procedures are positive and beneficial.

Keywords: *Bell's palsy, physical therapy modalities, rehabilitation.*

INTRODUCCIÓN

La parálisis de Bell (PB) es una de las mononeuropatías del VII par craneal más común. La parálisis facial es la consecuencia de una lesión en el nervio facial y causa una pérdida del movimiento de la musculatura de la mímica de manera parcial o total⁽¹⁾. La referencia que es de tipo periférica implica una debilidad o ausencia del movimiento de toda la musculatura ipsilateral de la cara del lado lesionado⁽²⁾, se clasifica como idiopática ya que no tiene una causa definida, y se presenta de forma aguda en ausencia de trauma^(3, 4).

Es una enfermedad relativamente frecuente en la población, con una incidencia anual⁽⁵⁾ de 20 a 30 casos cada 100.000 personas. Puede afectar a todas las edades y a ambos sexos indiferentemente, aunque presenta una ligera tendencia por las personas diabéticas y mujeres embarazadas⁽¹⁾. A pesar de esto, el tratamiento es incierto y cuestionable puesto que hay diversidad de teorías pero pocas investigaciones. En cuanto a la Fisioterapia, el alto componente de recuperación espontánea y los pocos estudios de técnicas fisioterapéuticas en la literatura, hace que la evaluación de la enfermedad⁽³⁾ sea difícil.

El abordaje del tema en cuestión es importante si se entiende el problema planteado desde un punto de vista holístico, ya que en el 62 a 93 % de casos de PB se afecta significativamente la calidad de vida de quienes la padecen, desarrollando problemas psicosociales en aspectos de la comunicación y expresividad de las emociones⁽⁶⁾. Además de disminuir la función facial, repercute seriamente en la apariencia y en el aspecto físico de la persona^(5, 7, 8).

A raíz de lo anteriormente expuesto, la realización de esta investigación nace de la necesidad de conocer los estudios existentes sobre Fisioterapia en PB, dada la afectación psicosocial que conlleva, la disminución de la calidad de vida y los problemas psicológicos ocasionados por la apariencia física.

El objetivo principal del presente estudio es identificar

los tratamientos fisioterapéuticos empleados en la PB mediante una revisión sistemática. Como objetivo secundario se propone delimitar los métodos de valoración en dicha patología.

MATERIAL Y MÉTODO

Para alcanzar el objetivo del estudio se ha realizado una revisión sistemática que incluye ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECACs) en los que se emplean técnicas fisioterapéuticas en la PB, así como la evaluación de su efectividad.

Se realizó una búsqueda bibliográfica para identificar todos los estudios relevantes para nuestro trabajo y para ello, se consultó durante los meses de marzo, abril y mayo de 2016 las bases de datos siguientes: Pubmed, LILACS, Cochrane, PEDro y Scopus con una limitación de 15 años de publicación e incluyendo estudios tanto en inglés como en español.

Las palabras clave empleadas fueron: *Bell's palsy, Idiopathic peripheral facial paralysis, acute peripheral facial palsy, physical therapy modalities, physiotherapy techniques, Rehabilitation, Physical therapy y Physiotherapy.*

Los criterios de inclusión para la selección de los artículos fueron los siguientes:

- ECACs.
- Estudios en los que se emplea la Fisioterapia en la PB.
- Estudios realizados en pacientes con PB.
- Estudios comprendidos entre los años 2001 y 2016.
- Idioma en inglés o español.

Con respecto a los criterios de exclusión, se descartaron:

- Estudios realizados en niños (menores de 12 años).
- Estudios en los que la PB de los pacientes es secundaria o relacionada con otra enfermedad (embarazo o enfermedad de Lyme).

Se obtuvieron un total de 339 artículos procedentes de las bases de datos, de los cuales 300 fueron excluidos por no tener relación con el tema. Otros 19 estudios fueron descartados por estar repetidos y otros 11 por no cumplir nuestros criterios de inclusión o porque no tenían acceso. Finalmente se seleccionaron 9 ensayos clínicos aleatorizados controlados. El proceso de selección de artículos se muestra en la figura 1.

La valoración de la calidad metodológica de los estudios se realizó utilizando la escala PEDro (tabla 1) y para finalizar se valoró la calidad metodológica de esta revisión sistemática mediante el método PRISMA (anexo).

RESULTADOS

Se analizaron los 9 estudios seleccionados que cumplían los criterios de inclusión, tal como se muestra en la tabla 2. Con respecto a los tratamientos o técnicas fisioterapéuticas empleadas en estos estudios podemos distinguir: un estudio que utilizó la estimulación eléctrica⁽¹⁰⁾, 2 estudios que emplearon el láser^(13, 14), 2 estudios que utilizaron acupuntura^(4, 12), un estudio que aplicó la reeducación neuromuscular facial⁽¹¹⁾, un estudio que realizó un protocolo de tratamiento fisioterapéutico precoz⁽³⁾, y 2 estudios que emplearon la combinación de láser y campo magnético^(9, 15).

En cuanto a la identificación de las escalas de valoración que se utilizan en la PB, hemos hallado en la bibliografía que son sistemas de cuantificación de la afectación nerviosa y se realizan con la necesidad de determinar el grado lesional así como evaluar su mejoría⁽⁵⁾. Hemos encontrado las siguientes:

- Escala House-Brackman HB. Es la más aceptada y utilizada para evaluar la función facial por su facilidad y sensibilidad clínica. Establece 6 categorías de disfunción facial basándose en la observación de sincinesias, simetría, espasmos y movimientos faciales⁽¹⁴⁾.
- *Facial Nerve Grading Scale*. Escala basada en la observación que califica la simetría facial según tres factores: reposo, movimiento y sincinesias⁽¹¹⁾.
- *Sunnybrook Facial Grading System*. Esta escala cuantifica la simetría facial en reposo y movimiento, el grado

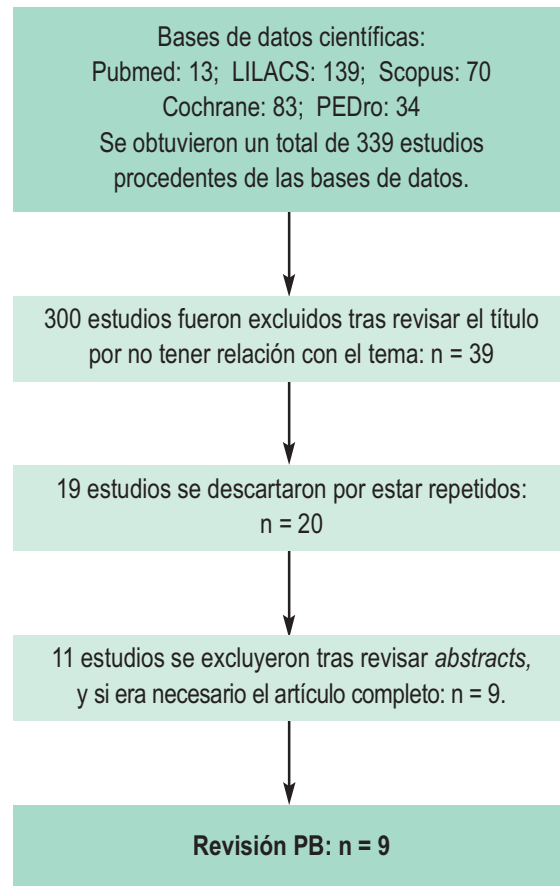


FIGURA 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de artículos.

de movilidad voluntaria de los músculos faciales y sincinesias asociadas a cada movimiento⁽¹⁵⁾.

- *The Chevalier Scale*⁽⁵⁾. Escala que clasifica de manera sencilla y práctica la disfunción del movimiento facial a primera vista, aunque de forma generalizada.
- Índice de Discapacidad Facial o *Facial Disability Index (FDI)*⁽¹⁴⁾. Evalúa aspectos físicos y sociales percibidos por los pacientes mediante una escala de 100 puntos en la que una puntuación más alta indica menos grado de disfunción y minusvalía.

DISCUSIÓN

En este apartado vamos a contrastar los diferentes métodos y resultados de los autores consultados en

TABLA 1. Escala de valoración metodológica PEDro para los ECACs.

	Castillo y cols. ⁽⁹⁾	Tuncay y cols. ⁽¹⁰⁾	Manikandan N. ⁽¹¹⁾	Tong y cols. ⁽¹²⁾	Macías-Hernández y cols. ⁽¹³⁾	Alayat y cols. ⁽¹⁴⁾	Fanrong y cols. ⁽⁴⁾	Nicastro y cols. ⁽³⁾	Castillo y cols. ⁽¹⁵⁾
1. Criterios de elección especificados (no se cuentan para el total)	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2. Asignación aleatorizada	1	1	1	1	1	1	1	1	1
3. Asignación oculta	0	1	0	1	0	0	0	0	0
4. Homogeneidad entre los grupos	1	1	1	0	1	1	1	1	0
5. Enmascaramiento de los pacientes	1	0	0	0	1	1	1	0	1
6. Enmascaramiento de terapeutas	0	0	0	0	0	1	0	0	0
7. Enmascaramiento de evaluadores	0	1	0	1	1	0	0	1	0
8. Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85 % de los sujetos inicialmente asignados a los grupos	1	1	1	0	1	1	1	1	1
9. Análisis por intención de tratar	0	0	0	1	0	0	0	1	0
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11. Medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave	1	1	1	0	1	0	1	1	0
TOTAL	6/10	7/10	5/10	5/10	7/10	6/10	6/10	7/10	4/10

Tabla 2. Análisis de los ECACs sobre la PB.

Castillo y cols.⁽⁹⁾
(2012)**Tamaño de la muestra.** 153 pacientes divididos aleatoriamente en 4 grupos.**Protocolo.** Grupo A: TC. Grupo B: TC y láser. Grupo C: TC y magnetoterapia. Grupo D: TC, magnetoterapia y láser.**Variables.** *Sunnybrook Facial Grading System.***Resultados.** Todos progresaron pero los grupos C y D tuvieron una mayor mejoría. El 72'7 % del grupo D obtuvo «mejoría muy buena», el grupo C sólo el 36'6 %. Menor grado de sincinesias en grupos C y D.**PEDro:** 6/10.

- Tuncay y cols.⁽¹⁰⁾
(2015) **Tamaño de la muestra.** 60 pacientes divididos en 2 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo control: TC. Grupo experimental: TC y estimulación eléctrica.
Variables. Escala HB y FDI. Electromiografía: latencia y amplitud de los potenciales de acción de los músculos frontal y orbicular de la boca.
Resultados. El grupo experimental obtuvo mejores resultados en las escalas HB y FDI, y mejora de los resultados electrofisiológicos (aumenta la amplitud y disminuye la latencia de los potenciales de acción de ambos músculos).
PEDro: 7/10.
- Manikandan N.⁽¹¹⁾
(2007) **Tamaño de la muestra.** 59 pacientes divididos en 2 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo experimental: reeducación neuromuscular. Grupo control: TC.
Variables. *Facial Grading Scale*.
Resultados. Ambos grupos mejoraron. Mayor puntuación del grupo experimental en la escala.
PEDro: 5/10.
- Tong y cols.⁽¹²⁾
(2009) **Tamaño de la muestra.** 119 pacientes divididos en 3 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo 1º: Esteroides. Grupo 2º: Acupuntura. Grupo 3º: TC expectante.
Variables. Escala HB y velocidad de recuperación.
Resultados. Mayor efecto positivo en el grupo acupuntura. La recuperación y el tiempo de recuperación no tuvieron significación estadística entre los 3 grupos.
PEDro: 5/10.
- Macías-Hernández y cols.⁽¹³⁾
(2012) **Tamaño de la muestra.** 21 pacientes divididos en 2 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo control: TC y placebo. Grupo experimental: TC y láser
Variables. Escala Lovett. Presencia de epifora, disacusia, disgeusia, la capacidad para la oclusión palpebral y el porcentaje de mejoría percibido por el paciente.
Resultados. El grupo experimental alcanzó un efecto clínico moderado sobre la fuerza muscular. Se obtuvieron excelentes resultados en ambos grupos para la epifora, disgeusia y la incapacidad para la oclusión palpebral, sin diferencias significativas. La mejoría percibida por los pacientes en ambos grupos en la evaluación final es de 98'72 y 91'41 % para los grupos experimental y control respectivamente.
PEDro: 7/10.
- Alayat y cols.⁽¹⁴⁾
(2013) **Tamaño de la muestra.** 51 pacientes divididos en 3 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo 1: *High Intensity Laser Therapy* (HILT) y TC. Grupo 2: *Low Level Laser Therapy* (LLLT) y TC. Grupo 3: TC.
Variables. Escalas HB y FDI.
Resultados. Diferencia significativa en las puntuaciones de las dos escalas en el grupo 1 con respecto a los grupos 2 y 3. HILT es más efectivo.
PEDro: 6/10.
- Fanrong y cols.⁽⁴⁾
(2006) **Tamaño de la muestra.** 439 pacientes divididos en 3 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo control 1º: tratamiento básico. Grupo de tratamiento 2º: tratamiento básico y acu-moxibustión. Grupo de tratamiento 3º: acu-moxibustión.
Variables. Escalas HB y FDI.
Resultados. Diferencias significativas entre los 3 grupos según las escalas de valoración. Mayor tasa de recuperación en el grupo 3. Mayor tasa de recuperación en pacientes que se encontraban en fase aguda de la enfermedad independientemente del grupo.
PEDro: 6/10.

Nicastro y cols.⁽³⁾
(2013)

Tamaño de la muestra. 76 pacientes divididos en 2 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo A: tratamiento farmacológico. Grupo B: tratamiento farmacológico y Fisioterapia.
Variabes. Escala HB y *Sunnybrook Facial Grading System*.
Resultados. El 75 y el 86 % de los participantes en los grupos A y B respectivamente, recuperaron su funcionalidad. Mayor beneficio de la Fisioterapia en pacientes con grado V-VI en la escala HB.
PEDro: 7/10.

Castillo y cols.⁽¹⁵⁾
(2011)

Tamaño de la muestra. 69 pacientes divididos en 2 grupos aleatoriamente.
Protocolo. Grupo experimental: TC, láser y magnetoterapia. Grupo control: TC.
Variabes. Escala HB.
Resultados. El 82 % del grupo experimental alcanzó la recuperación completa; en el grupo control el 50 %.
PEDro: 4/10.

TC: Terapia convencional; HB: House-Brackman; FDI: *Facial Disability Index*; HILT: *High Intensity Laser Therapy*; LLLT: *Low Level Laser Therapy*.

nuestra búsqueda. En primer lugar se discuten los procedimientos de Fisioterapia empleados. Un tema que surge en el análisis de la cuestión es el estado evolutivo en el cuál se interviene. Finalmente se definen los métodos de valoración empleados para poder medir la evolución de la enfermedad.

En referencia al efecto de las técnicas o métodos fisioterapéuticos empleados en la PB todos fueron positivos y beneficiosos^(3, 4, 9-15). Sin embargo, en los ensayos consultados, no existe homogeneidad en cuanto al procedimiento elegido; los estudios de Castillo y cols.^(9, 15) y Alayat y cols.⁽¹⁴⁾ englobaron en la terapia masajes y ejercicios faciales, a lo que, Manikandan⁽¹¹⁾ añade electroestimulación, y el estudio de Tuncay y cols.⁽¹⁰⁾ incluye la termoterapia. Macías-Hernández y cols.⁽¹³⁾ además de termoterapia, masoterapia y ejercicios añaden estiramientos. En cambio, Tong y cols.⁽¹²⁾ sólo emplean ejercicios faciales como terapia convencional. Tanto Fanrong y cols.⁽⁴⁾ como Nicastro y cols.⁽³⁾ no aplicaron tratamiento convencional ya que las comparaciones se realizaron con respecto al tratamiento farmacológico. Con respecto a la terapia farmacológica existe una gran discrepancia con respecto a los fármacos empleados, siendo los más utilizados los gangliósidos, antivirales y esteroides orales^(13, 14). Estos últimos, son los más recomendados y con mayor beneficio si se administran dentro de las primeras 48 horas tras la aparición de la parálisis^(6, 11, 13). Aproximadamente el 70 % de los afectados se recuperan

sin intervención terapéutica, mientras que con el consumo de fármacos aumentan hasta el 94 %⁽¹³⁾, acelerando de este modo el proceso de curación. Este componente de recuperación espontánea hace que sea difícil determinar la eficacia de las diferentes intervenciones empleadas en esta patología aunque se considera que la Fisioterapia mejora la función facial^(3, 11, 17).

La terapia convencional tiene como objetivo aumentar la fuerza muscular y restaurar la función nerviosa. Encontramos técnicas empleadas como la termoterapia, ejercicios faciales y masoterapia con las que se busca disminuir la inflamación y aumentar el riego sanguíneo a los tejidos afectados para promover su recuperación^(13, 15).

Debido a la diversidad en cuanto a opciones terapéuticas presentes en los estudios, podemos decir que no hay protocolos estandarizados fisioterapéuticos para el abordaje de la PB.

Respecto al estado evolutivo en el cual se aplica el tratamiento no existe unanimidad en los ensayos estudiados en esta revisión. Macías-Hernández y cols.⁽¹³⁾ y Castillo y cols.^(9, 15) incorporaron a sus estudios pacientes con una evolución menor de una semana. Para Tuncay y cols.⁽¹⁰⁾ el momento idóneo de intervención considerado fue de 48 horas después de la aparición de la parálisis aunque inició el tratamiento 4 semanas después. Tong y cols.⁽¹²⁾ seleccionaron pacientes con menos de 2 semanas de desarrollo y Fanrong y cols.⁽⁴⁾ con menos de 3 meses. Alayat y cols.⁽¹⁴⁾ inician el tratamiento en el

periodo subagudo, los 3 a 5 primeros días, descartando las primeras 48 horas. Manikandan⁽¹¹⁾ engloba a pacientes con PB sin indicar la etapa evolutiva y Nicastrí y cols.⁽³⁾ se basa en el grado según la escala HB, incluyendo a pacientes que presentaban grado IV, V y VI en los 10 primeros días. Esta controversia pone de manifiesto una falta de unanimidad en cuanto al momento idóneo para la intervención terapéutica, ya que cada autor expone un tiempo distinto.

A esto le tenemos que sumar el componente de recuperación espontánea que tiene la patología, puesto que sin tratamiento los síntomas pueden desaparecer en cuestión de varias semanas. Este factor interfiere en el seguimiento de los casos tratados y no siempre es posible determinar el efecto beneficioso de la Fisioterapia frente a otros procedimientos, puesto que la mayoría de los participantes se recuperaban satisfactoriamente.

En cuanto a las escalas de valoración, encontramos que todos los métodos de evaluación que hemos identificado, son escalas de clasificación desde un punto de vista subjetivo según evaluador. Tuncay y cols.⁽¹⁰⁾, Alayat y cols.⁽¹⁴⁾ y Fanrong y cols.⁽⁴⁾ valoran el grado de mejoría mediante las escalas HB y FDI. En cambio, Nicastrí y cols.⁽³⁾ basan la mejora según las escalas HB y *Facial Grading System Sunnybrook*. Tong y cols.⁽¹²⁾ y Castillo y cols.⁽¹⁵⁾ utilizan solo la escala HB. En otros estudios^(9, 11, 13) se evalúa con las escalas *Facial Grading System Sunnybrook*, *Facial Grading Scale* y con la escala de Lovett. Solo Tuncay y cols.⁽¹⁰⁾ añade un método de valoración objetivo como son los estudios de conducción nerviosa o medidas electrofisiológicas, concretamente la electromiografía, que permite diferenciar el mecanismo lesional, valorar la evolución funcional de la lesión y predecir su pronóstico. Se exploran, al menos, los músculos correspondientes a tres ramas del nervio: frontal, orbicular del ojo y orbicular de la boca del lado afecto⁽¹⁾.

Nuevamente observamos una falta de unanimidad en los estudios consultados lo cual hace difícil su comparación. Una forma de unificar el criterio en cuanto a métodos de evaluación sería emplear tanto métodos subjetivos como son las escalas de observación facial, combinados con métodos objetivos, en el caso de las pruebas electrofisiológicas, para poner de manifiesto más claramente la mejora de la funcionalidad nerviosa.

CONCLUSIONES

Tras finalizar la presente revisión sistemática llegamos a las siguientes conclusiones. Según la literatura consultada, el abordaje de la PB en el ámbito de la Fisioterapia no se encuentra claramente definido en cuanto a la elección de las alternativas terapéuticas, la fase de evolución de la patología en la que se inicia y en la elección de los métodos de evaluación. El hecho de haber pocos estudios y presentar esta divergencia entre los resultados encontrados, dificulta la revisión del estado actual del tema y pone de manifiesto la necesidad de seguir investigando en el mismo, unificando los criterios para poder comparar de manera analítica los resultados obtenidos en los ensayos que se realicen.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos.

Confidencialidad y consentimiento informado. Para esta investigación no se han realizado intervenciones en seres humanos.

Privacidad. En este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. No hubo financiación.

Conflicto de interés. No se declaran conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lotter M, Quinci A. La riabilitazione della paralisi del VII nervo cranico: Teorie e proposte terapeutiche. Italia: Piccin; 2012.
2. Schünke M, Schulte E. Prometheus. Texto y atlas de anatomía: cabeza, cuello y neuroanatomía. 2a ed. Madrid: Panamericana; 2010.
3. Nicastrí M, Mancini P, De Seta D, Bertoli G, Prosperini L, Toni D, et al. Efficacy of Early Physical Therapy in Severe

- Bell's Palsy : A Randomized Controlled Trial. *Neurorehabil Neural Repair*. 2013; 20(10): 1–10.
4. Fanrong L, Ying L, Shuguang Y, Changdu L. Clinical Observation A Multicentral Randomized Control Study on Clinical Acupuncture Treatment of Bell's Palsy. *J Tradit Chin Med*. 2006; 26(1): 3–7.
 5. Fonseca KM, Mourão AM, Motta AR, Vicente LCC. Scales of degree of facial paralysis: Analysis of agreement. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2015; 81(3): 288–93.
 6. Santos-Lasaosa S, Pascual-Millán LF, Tejero-Juste C, Morales-Asín F. Parálisis facial periférica: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*. 2000; 30(11): 1048–53.
 7. Cárdenas-Palacio CA, Quiroz-Padilla MF, Cañón-Caro D. Calidad de vida en pacientes con parálisis de Bell. *Rev Rinol*. 2014; 30(1): 52–64.
 8. Zhao Y, Feng G, Gao Z. Advances in diagnosis and non-surgical treatment of Bell's palsy. *J Otol*. 2015; 10(1): 7–12.
 9. Castillo MD, Sanchez M, Díaz ADJ, Quevedo AG, López JVS. Utilidad del campo magnético y el láser en el tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática. *Fisioterapia*. 2012; 35(6): 252–7.
 10. Tuncay F, Borman P, Taser B, Ünlü I, Samim E. Role of Electrical Stimulation Added to Conventional Therapy in Patients with Idiopathic Facial (Bell) Palsy. *Am J Phys Med Rehabil*. 2015; 94(3): 222–8.
 11. Manikandan N. Effect of facial neuromuscular re-education on facial symmetry in patients with Bell's palsy: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. 2007; 21: 338–43.
 12. Tong FM, Chow SK, Yiu P, Chan B, Kam A, Wong W, et al. A prospective randomised controlled study on efficacies of acupuncture and steroid in treatment of idiopathic peripheral facial paralysis. *Acupunct Med*. 2009; 169–73.
 13. Macías-Hernández SI, Lomelí-Rivas A, Baños T, Flores J, Sánchez M, Miranda-Duarte A. Efectos del láser de baja potencia en el tratamiento de la parálisis facial periférica aguda. *Rehabilitación*. 2012; 46(3): 187–92.
 14. Alayat M, El-sodany A. Efficacy of high and low level laser therapy in the treatment of Bell's palsy : A randomized double blind placebo-controlled trial. *Lasers Med Sci*. 2014; 29(1): 335–42.
 15. Castillo MD, Sánchez M, García AJD, Winter GP, Aguilera IG. Tratamiento combinado de campo magnético, láser, masaje y ejercicio en la parálisis facial periférica idiopática. *Fisioterapia*. 2011; 34(3): 99–104.

ANEXO. Lista de comprobación de la calidad metodológica: PRISMA

Sección/Tema	Número	Ítem	Página
Título <i>Título</i>	1, 2	Identificar la publicación como revisión sistemática, metaanálisis o ambos.	144
Resumen <i>Resumen estructurado</i>	3, 4	Facilitar un resumen estructurado que incluya, según corresponda: antecedentes; objetivos; fuente de los datos; criterios de elegibilidad de los estudios, participantes e intervenciones; evaluación de los estudios y métodos de síntesis; resultados; limitaciones; conclusiones e implicaciones de los hallazgos principales; número de registro de la revisión sistemática.	144
Introducción <i>Justificación</i>	5	Describir la justificación de la revisión en el contexto de lo que ya se conoce sobre el tema.	145
<i>Objetivos</i>	5	Plantear de forma explícita las preguntas que se desea contestar en relación con los participantes, las intervenciones, las comparaciones, los resultados y el diseño de los estudios.	145
Métodos <i>Protocolo y registro</i>	6	Indicar si existe un protocolo de revisión al que se pueda acceder (por ej., dirección web) y, si está disponible, la información del registro, incluyendo su número de registro.	145

<i>Criterios de elegibilidad</i>	6	Especificar las características de los estudios (por ej., duración del seguimiento) y de las características (por ej., años abarcados, idiomas o estatus de publicación) utilizadas como criterios de elegibilidad y su justificación.	145
<i>Fuentes de información</i>	6	Describir todas las fuentes de información (por ej., bases de datos y períodos de búsqueda, contacto con los autores para identificar estudios adicionales, etc.) en la búsqueda y la fecha de la última búsqueda realizada.	145-6
<i>Búsqueda</i>	Fig.1	Presentar la estrategia completa de búsqueda electrónica en, al menos, una base de datos, incluyendo los límites utilizados, de tal forma que pueda ser reproducible.	145-6 Figura 1
<i>Selección de los estudios</i>	6	Especificar el proceso de selección de los estudios (por ej., el cribado y la elegibilidad incluidos en la revisión sistemática y, cuando sea pertinente, incluidos en el metaanálisis).	145 + Figura 1
<i>Proceso de extracción de datos</i>	6	Describir los métodos para la extracción de datos de las publicaciones (por ej., formularios piloto, por duplicado y de forma independiente) y cualquier proceso para obtener y confirmar datos por parte de los investigadores.	-
<i>Lista de datos</i>	Tabla 2	Listar y definir todas las variables para las que se buscaron datos (por ej., fuente de financiación) y cualquier asunción y simplificación que se hayan hecho.	147-9 Tabla 2
<i>Riesgo de sesgo en los estudios individuales</i>	6	Describir los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales (especificar si se realizó al nivel de los estudios o de los resultados) y cómo esta información se ha utilizado en la síntesis de datos.	-
<i>Medidas de resumen</i>	Tabla 2	Especificar las principales medidas de resumen (por ej., razón de riesgos o diferencia de medias).	147-9 Tabla 2
<i>Síntesis de resultados</i>	Tabla 2	Describir los métodos para manejar los datos y combinar resultados de los estudios, cuando esto es posible, incluyendo medidas de consistencia (por ej., ítem 2) para cada metaanálisis.	-
<i>Riesgo de sesgo entre los estudios</i>		Especificar cualquier evaluación del riesgo de sesgo que pueda afectar la evidencia acumulativa (por ej., sesgo de publicación o comunicación selectiva).	-
<i>Análisis adicionales</i>	Tabla 1	Describir los métodos adicionales de análisis (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión), en el caso de que se hiciera, indicar cuales fueron preespecificados.	147 Tabla 1

Resultados	7	Facilitar el número de estudios cribados, evaluados para su elegibilidad e incluidos en la revisión, y detallar las razones para su exclusión en cada etapa, idealmente mediante un diagrama de flujo.	146
<i>Selección de estudios</i>	Fig. 1		Figura 1
<i>Características de los estudios</i>	N/P	Para cada estudio presentar las características para las que se extrajeron los datos (por ej., tamaño y duración del seguimiento) y proporcionar las citas bibliográficas.	147-9 Tablas 1 y 2
<i>Riesgo de sesgo de los estudios</i>	N/P	Presentar datos sobre el riesgo de sesgo en cada estudio y, si está disponible, cualquier evaluación del sesgo en los resultados.	-
<i>Resultados de los estudios individuales</i>	N/P	Para cada resultado considerado en cada estudio (beneficios o daños), presentar: a) el dato resumen para cada grupo de intervención y b) la estimación del efecto con su intervalo de confianza, idealmente de forma gráfica mediante un diagrama de bosque.	147-9 Tabla 2
<i>Síntesis de los resultados</i>	N/P	Presentar los resultados de todos los metaanálisis realizados, incluyendo los intervalos de confianza y las medidas de consistencia.	-
<i>Riesgo de sesgo entre los estudios</i>	N/P	Presentar los resultados de cualquier evaluación del riesgo de sesgo entre los estudios.	-
<i>Análisis adicionales</i>	Tabla 1	Facilitar los resultados de cualquier análisis adicional, en el caso de que se hayan realizado (por ej., análisis de sensibilidad o de subgrupos, metarregresión).	147
Discusión	7-9	Resumir los hallazgos principales, incluyendo la fortaleza de las evidencias para cada resultado principal; considerar su relevancia para grupos clave (por ej., proveedores de cuidados, usuarios y decisores en salud).	146-50
<i>Resumen de la evidencia</i>			
<i>Limitaciones</i>	10	Discutir las limitaciones de los estudios y de los resultados (por ej., riesgo de sesgo) y de la revisión (por ej., obtención incompleta de los estudios identificados o comunicación selectiva).	150
<i>Conclusiones</i>	10	Proporcionar una interpretación general de los resultados en el contexto de otras evidencias, así como las implicaciones para la futura investigación.	150
Financiación	2	Describir las fuentes de financiación de la revisión sistemática y otro tipo de apoyos (por ej., aporte de los datos), así como el rol de los financiadores en la revisión sistemática.	150
<i>Financiación</i>			