

Parálisis facial periférica en pacientes con SARS-CoV-2 en decúbito prono

Alejandro González-Castro^a, ^bEloy Rodríguez-Rodríguez^b, Francisco Arnaiz^c, Diego Ferrer-Pargada^d

^a Servicio de Medicina Intensiva; ^b Servicio de Neurología; ^c Servicio de Enfermedades Infecciosas; ^d Servicio de Neumología; Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, España

Correspondencia: Dr. Alejandro González Castro. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Secretaría de Medicina Intensiva. Pabellón 17, 1. Av. Valdecilla s/n. E-39008 Santander.

E-mail: e409@humv.es

Aceptado tras revisión externa: 05.03.21.

Cómo citar este artículo: González-Castro A, Rodríguez-Rodríguez E, Arnaiz F, Ferrer-Pargada D. Parálisis facial periférica en pacientes con SARS-CoV-2 en decúbito prono. *Rev Neurol* 2021; XX: XXX-XXX. doi: 10.33588/rn.7208.2020676.

© 2021 Revista de Neurología

La posición en decúbito prono es una terapia adyuvante postural que mejora la ventilación en pacientes con síndrome de distrés respiratorio agudo que se ha utilizado ampliamente para tratar la neumonía por SARS-CoV-2 complicada por dicho síndrome [1].

Las complicaciones relacionadas con este procedimiento son: pérdida accidental y/o obstrucción del tubo orotraqueal; pérdida accidental de accesos vasculares, drenajes y sondas; lesiones cutáneas por presión; edema facial, palpebral y/o conjuntival; úlceras corneales; contracturas musculoesqueléticas; lesión del plexo braquial; regurgitación y/o intolerancia a la nutrición enteral, y alteraciones del estado hemodinámico y/o respiratorio [2,3].

Presentamos dos casos de parálisis facial periférica en pacientes tratados en decúbito prono por neumonía por SARS-CoV-2 complicada con síndrome de distrés respiratorio agudo.

Durante un período de siete semanas comprendidas entre marzo y mayo de 2020, ingresaron 67 pacientes en el área-COVID del Servicio de Medicina Intensiva con neumonía por SARS-CoV-2 confirmada, con una edad media de 59 años –desviación estándar (DE): 16– y un porcentaje de varones del 69%. Treinta y tres enfermos (49%) tenían hipertensión arterial y el 34% eran fumadores. La estancia media en la unidad de cuidados intensivos fue de 16 días (DE: 15), con una mortalidad intraunidad de cuidados intensivos (intra-UCI) del 22%.

Se realizó la maniobra de posición en decúbito prono en 43 enfermos (64%). El número de posiciones en decúbito prono medio por paciente fue de 5 (DE: 3), con un tiempo medio de 17 horas (DE: 7) por maniobra. Los enfermos permanecieron una media de 72 horas (DE: 53) en decúbito prono durante la estancia en la UCI. En 28 de los pacientes (65%), al menos una vez la maniobra de posición en decúbito prono se prolongó más allá de 16 horas; en estos casos, con un tiempo medio de 22 horas (DE: 4).

Casos clínicos. Se han descrito dos casos (3%) de lesión facial periférica en nuestra cohorte de enfermos.

El primer caso es el de una mujer de 40 años de edad con obesidad, tratada inicialmente con oxigenoterapia de alto flujo por insuficiencia respiratoria secundaria a neumonía por SARS-CoV-2. A las 72 horas de iniciada la oxigenoterapia de alto flujo, ante la falta de mejoría clínica y gasométrica ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$: 70), se decidió iniciar ventilación mecánica protectora. En las primeras 24 horas de iniciada la ventilación mecánica fue necesario comenzar maniobras de posición en decúbito prono. La enferma fue pronada durante cinco días consecutivos y no estuvo, en ningún caso, en posición en decúbito prono prolongada (más de 16-18 horas). La enferma permaneció 14 días conectada a ventilación mecánica y recibió el alta de la UCI en el día 18 tras el ingreso. Fue dada de alta hospitalaria después de 30 días de ingreso. En el segundo día de ingreso en planta, se le diagnosticó parálisis facial periférica izquierda de grado 3 y mediante resonancia magnética se confirmó asimetría, con alteración de la señal y cierta captación de contraste, mal definida, en la región subcutánea hemifacial/malar izquierda, con cierta extensión hacia la región preseptal/palpebral inferior izquierda.

El segundo caso es un varón de 65 años, diabético, fumador y diagnosticado de enfermedad de Parkinson. Fue intubado y conectado a ventilación mecánica en las primeras 24 horas de ingreso en la UCI. Se le pronó de forma consecutiva durante los siguientes tres días. Estuvo conectado un total de ocho días a la ventilación mecánica y se le dio de alta el undécimo día. En el tercer día de estancia en planta, se le diagnosticó parálisis facial periférica izquierda de grado 3, con una electroneurografía a las dos semanas del alta de la UCI en la que la estimulación eléctrica de ambos faciales en pre-

trago determinó que el nervio facial izquierdo presentaba potencial motor, con latencia y amplitud normales en el orbicular de los párpados, y el nervio facial derecho presentaba potencial motor, con latencia normal y amplitud levemente disminuida en el orbicular de los párpados (el 58% de la amplitud en el contralateral). El potencial motor en el orbicular de la boca era de latencia y amplitud normales.

La maniobra de posición en decúbito prono implica complicaciones y efectos adversos que se producen durante el procedimiento, que, en su mayoría, no se consideran graves para el paciente [4,5].

La parálisis facial periférica derivada de la posición en decúbito prono puede considerarse de origen traumático, y el pronóstico depende del tiempo de la lesión: el 75% de las parálisis precoces (formadas menos de 24 horas después del traumatismo) y el 90% de las tardías curan espontáneamente [6].

Otras complicaciones neurológicas locales pueden incluir pérdida de la visión, resultado de un aumento de la presión orbital, o edema orofaríngeo, que puede surgir de una pronación prolongada. Como resultado, los pacientes pueden tener dificultades para comunicarse o tragar debido al edema localizado. Trejo-Gabriel-Galán et al describieron un caso de disfasia en un hombre de 48 años que se encontraba en decúbito prono durante 18 horas al día durante dos días. Los autores plantearon la hipótesis de que los nervios craneales IX-XII podrían haberse dañado como resultado de la compresión del acolchado en forma de U utilizado en la cara o de la hiperextensión del cuello que causa tracción en los nervios craneales [7,8].

En este contexto, las técnicas preventivas, como el uso de espumas faciales de silicona y otros soportes para la cabeza y el cuello, son vitales para evitar lesiones faciales, incluidas las lesiones por presión [3].

Bibliografía

1. Ghelichkhani P, Esmaeili M. Prone position in management of COVID-19 patients; a commentary. *Arch Acad Emerg Med* 2020; 8: e48.
2. Guérin C, Reigner J, Richard JC, Beuret P, Gacouin A, Boulain T, et al. Prone positioning in severe acute respiratory distress syndrome. *N Engl J Med* 2013; 368: 2159-68.
3. Jové Ponseti E, Villarrasa Millán A, Ortiz Chinchilla D. Analysis of complications of prone position in

- acute respiratory distress syndrome: quality standard, incidence and related factors. *Enferm Intensiva* 2017; 28: 125-34.
4. Curley M, Thompson JE, Arnold JH. The effects of early and repeated prone positioning in pediatric patients with acute lung injury. *Chest* 2000; 118: 156-63.
 5. Mancebo J, Fernández F, Blanch L, Rialp G, Grodo F, Ferrer M, et al. A multicenter trial of prolonged prone ventilation in acute respiratory distress syndrome. *Am J Respir Crit Care Med* 2006; 173: 1233-9.
 6. Garrido Calvo AM, González Espallargas E, Pinós Laborda PJ, Gil Romea I. Una parálisis facial periférica. *Medicina Integral* 2000; 36: 285-93.
 7. Trejo-Gabriel-Galán JM, Perea-Rodríguez ME, Aicua-Rapun I, Martínez-Barrio E. Lower cranial nerves paralysis following prone-position mechanical ventilation. *Crit Care Med* 2017; 45: 865-6.
 8. Le MQ, Rosales R, Shapiro LT, Huang LY. The down side of prone positioning: the case of a coronavirus 2019 survivor. *Am J Phys Med Rehabil* 2020; 99: 870-2.