

Incidencia de parálisis de Bell en pacientes con COVID-19

Akina Tamaki, MD, Claudia I. Cabrera, MD, MS, Shawn Li, MD, Cyrus Rabbani, MD Jason E. Thuener, MD, Rod P. Rezaee, MD, Nicole Fowler, MD.

Department of Otolaryngology–Head and Neck Surgery, University Hospitals Cleveland Medical Center, Cleveland, Ohio (Tamaki, Cabrera, Li, Rabbani, Thuener, Rezaee, Fowler). Case Western Reserve University School of Medicine, Cleveland, Ohio (Tamaki, Cabrera, Li, Rabbani, Thuener, Rezaee, Fowler).

JAMA, doi:10.1001/jamaoto.2021.1266, 24 de junio, 2021.

El SARS-CoV-2, y su manifestación clínica, el COVID-19, es una pandemia mundial en curso. Los pacientes con COVID-19 pueden presentarse con numerosas enfermedades otorrinolaringológicas, como la parálisis de Bell (BP). La parálisis de Bell es una parálisis unilateral, periférica, de aparición repentina, de un nervio facial.

Varios reportes de caso y series han descripto las parálisis de los nervios faciales periféricos asociadas con el COVID-19.¹ Además, desde que la FDA de los Estados Unidos autorizó el uso de emergencia de varias vacunas COVID-19, ha habido informes de prensa de parálisis facial asociada con la vacunación.² Tales preocupaciones podrían erosionar la confianza y exacerbar la vacilación pública para la aplicación de una vacuna COVID-19. Utilizamos los datos de una gran red de investigación sanitaria para estimar la incidencia de la parálisis facial en los pacientes con COVID-19, frente a las personas vacunadas contra la enfermedad.

Métodos | La junta de revisión institucional de la Universidad de Case Western Reserve consideró a este estudio de cohorte exento de revisión, y renunció al requisito del consentimiento informado del paciente, dado que se utilizó información no identificada, recuentos agregados y resúmenes estadísticos de historias clínicas electrónicas.

Estos datos se obtuvieron de 41 organizaciones de atención médica en todo el mundo, y se accedió a través de TriNetX, una red mundial federada de investigación. Se realizaron las consultas el 7 de abril del 2021, para identificar a los pacientes con diagnóstico de COVID-19 (del 1 de enero del 2020, hasta el 31 de diciembre del 2020), con o sin un código de diagnóstico de parálisis facial, dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico de COVID-19. Entre estos pacientes, identificamos a aquellos con antecedentes de parálisis facial. Para tener en cuenta la vacunación, las consultas se restringieron del 1 de enero, al 31 de marzo del 2021 (3 meses). Usando TriNetX para evaluar a la parálisis facial como nuestro resultado, emparejamos 63.551 pacientes no vacunados con COVID-19, a los que fueron vacunados contra la enfermedad, y que no tenían antecedentes de infección por COVID-19.

Resultados | Se identificaron un total de 348.088 pacientes con COVID-19 en este estudio. De estos pacientes, 284 (0,08%) tuvieron un diagnóstico de parálisis facial dentro de las 8 semanas del diagnóstico inicial de COVID-19. 153 de estos pacientes (53,9%) no tenían antecedentes de parálisis facial, mientras que 131 (46,1%) si los tenían (**figura**).

En general, 1525 pacientes (0,44%) tenían antecedentes de parálisis facial antes de recibir el diagnóstico de COVID-19, lo que se traduce en un 8,6% de tasa de recurrencia de la parálisis facial dentro de las 8 semanas posteriores al diagnóstico de COVID-19.

Después de emparejar a los pacientes con COVID-19 con los individuos vacunados (n = 63.551), hubo un aumento del riesgo relativo de 6,8 veces (IC del 95% = 3,5-13 206,0, p <0,001) de un diagnóstico de parálisis facial en aquellos con COVID-19, en comparación con los que fueron vacunados.

Figure. Participant Flow Chart

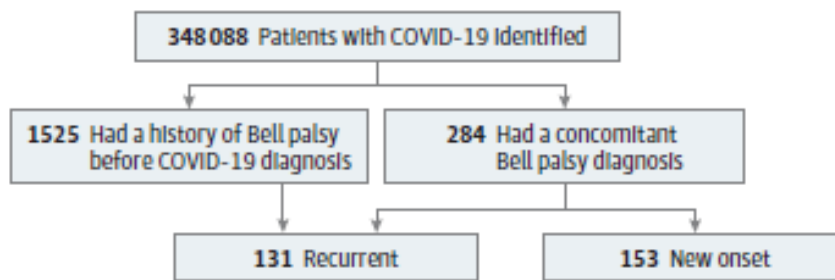


Figure shows the study cohort identified using data from TriNetX, a global federated health research network.

Discusión | La incidencia anual de parálisis facial es de 15 a 30 por 100.000 personas.³ La tasa de recurrencia en individuos que han tenido 1 episodio de parálisis facial se estima en un 8%. El mecanismo de la parálisis se cree que es viral, isquémico y / o inmunomediado. El mecanismo hipotético de la parálisis facial asociada al COVID-19 se cree que es un mimetismo molecular atribuible a un proceso neuroinmunológico, entre los antígenos virales y de los nervios.

Dos ensayos de fase 3 de vacunas COVID-19, que constan de 73.868 participantes (36.930 que recibieron la vacuna) informaron 8 casos de parálisis facial.^{5,6} 7 casos estaban en los grupos de vacuna, lo que se traduce a una incidencia de 19 por 100.000 personas. La FDA dijo que la evidencia era insuficiente para determinar una asociación causal entre las vacunas COVID-19 y la parálisis facial. Esta área justifica continuar con la vigilancia.

El presente análisis encontró una mayor incidencia de parálisis facial en los pacientes con COVID-19 (0,08%). Esto se traduce en aproximadamente 82 por 100.000 pacientes con COVID-19. La tasa de parálisis facial recurrente en los pacientes con parálisis facial anterior en el momento del diagnóstico de COVID-19 fue del 8,6%. Este análisis encontró un mayor riesgo de parálisis facial en los pacientes con COVID-19, en comparación con aquellos que fueron vacunados contra la enfermedad. Los datos sugieren que las tasas de parálisis facial son más altas en los pacientes con COVID-19, y esta incidencia excede la incidencia reportada de parálisis en aquellos que han recibido una vacuna COVID-19.

Este estudio tiene sus limitaciones, incluida su naturaleza retrospectiva y un período limitado de análisis. Se necesitan más estudios para determinar la relación entre el COVID-19 y la vacuna COVID-19 con la parálisis facial. Planeamos expandirnos en esta Carta de Investigación con un análisis más completo y a más largo plazo.

REFERENCIAS

1. Goh Y, Beh DLL, Makmur A, Somani J, Chan ACY. Pearls & oysters: facial nerve palsy in COVID-19 infection. *Neurology*. 2020;95(8):364-367. doi:[10.1212/WNL.00000000000009863](https://doi.org/10.1212/WNL.00000000000009863)
2. Ozonoff A, Nanishi E, Levy O. Bell's palsy and SARS-CoV-2 vaccines. *Lancet Infect Dis*. 2021;21(4):450-452. doi:[10.1016/S1473-3099\(21\)00076-1](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(21)00076-1)
3. Tiemstra JD, Khatkhate N. Bell's palsy: diagnosis and management. *Am Fam Physician*. 2007;76(7):997-1002.
4. Nepal G, Rehrig JH, Shrestha GS, et al. Neurological manifestations of COVID-19: a systematic review. *Crit Care*. 2020;24(1):421. doi:[10.1186/s13054-020-03121-z](https://doi.org/10.1186/s13054-020-03121-z)
5. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, et al; C4591001 Clinical Trial Group. Safety and efficacy of the BNT162b2 mRNA COVID-19 vaccine. *N Engl J Med*. 2020;383 (27):2603-2615. doi:[10.1056/NEJMoa2034577](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2034577)
6. Baden LR, El Sahly HM, Essink B, et al; COVE Study Group. Efficacy and safety of the mRNA-1273 SARS-CoV-2 vaccine. *N Engl J Med*. 2021;384(5):403-416. doi:[10.1056/NEJMoa2035389](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2035389)

Traducción: Ramiro Heredia (ramiroherediamd@gmail.com)