




# Parálisis facial periférica en pediatría: características clínicas y recuperación al mes de evolución

Silvia Gómez†<sup>1</sup>, Magalí A. Torrecillas<sup>1</sup>, Bettina Pomerantz<sup>1</sup> , Natalia Gadda<sup>1</sup> , Antonela Iannicillo<sup>1</sup>, Roxana Espinosa<sup>1</sup>, Mariela Pérez<sup>2</sup> 

## RESUMEN

**Introducción.** La parálisis facial periférica (PFP) es una neuropatía aguda del VII par craneal que constituye un motivo frecuente de consulta en pediatría debido al impacto funcional, estético y emocional. Los niños en general presentan buen pronóstico, sin embargo, la falta de recuperación puede requerir seguimiento especializado.

**Objetivo.** Describir las características clínicas y epidemiológicas, y evaluar la recuperación clínica completa al primer mes, en pacientes pediátricos con parálisis facial periférica.

**Población y métodos.** Estudio observacional, prospectivo, de cohorte, realizado en el Consultorio de Moderado Riesgo de un hospital general del área metropolitana de Buenos Aires desde abril de 2019 hasta marzo de 2021. Se incluyeron pacientes de 1 mes a 14 años con primer episodio de PFP. Se evaluó la gravedad con la escala de House-Brackmann (HB). Variable primaria: recuperación completa al mes. Variables secundarias: características clínicas y epidemiológicas (edad, sexo, estacionalidad, lateralidad, síntomas previos), gravedad inicial y tratamiento farmacológico.

**Resultados.** Se incluyeron 74 pacientes. Mediana de edad: 8,5 años (RIC 3-13), 48 de sexo femenino. Al mes fueron evaluados 57 pacientes, de ellos 40 (70 %) presentaron recuperación completa. Los que presentaron compromiso inicial leve (HB = 2) se recuperaron en su totalidad. No se observó diferencia en la recuperación en relación con el tratamiento con corticoides.

**Conclusión.** La evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes. La menor gravedad inicial se asoció con la recuperación al mes, independientemente del tratamiento recibido.

**Palabras clave:** parálisis facial; enfermedades del nervio facial; pediatría.

doi (español): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10887>

doi (inglés): <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2025-10887.eng>

**Cómo citar:** Gómez S, Torrecillas MA, Pomerantz B, Gadda N, Iannicillo A, Espinosa R, et al. Parálisis facial periférica en pediatría: características clínicas y recuperación al mes de evolución. Arch Argent Pediatr. 2026;e202510887. Primero en Internet 19-MAR-2026.

<sup>1</sup> Consultorio de Moderado Riesgo Pediátrico; <sup>2</sup> Servicio de Clínica Pediátrica; Hospital Nacional Prof. A. Posadas, El Palomar, Argentina.

**Correspondencia para Bettina Pomerantz:** [bepomer@hotmail.com](mailto:bepomer@hotmail.com)

**Financiamiento:** Ninguno.

**Conflicto de Intereses:** Ninguno que declarar.

**Recibido:** 6-9-2025

**Aceptado:** 16-1-2026



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. Atribución — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso. Sin Obra Derivada — Si remezcla, transforma o crea a partir del material, no puede difundir el material modificado.

## INTRODUCCIÓN

La parálisis facial periférica (PFP) es una neuropatía aguda, que ocurre como consecuencia de la afectación del VII par craneal en su trayecto desde el tronco cerebral hasta sus ramas terminales.<sup>1,2</sup> Se caracteriza por la pérdida parcial o completa de los movimientos faciales del lado afectado. La incidencia anual en niños varía de 5 a 21 casos por 100 000 habitantes.<sup>1,3-5</sup> Afecta a ambos sexos por igual,<sup>6,7</sup> aunque algunos autores refieren predominio en mujeres.<sup>5,8</sup>

El nervio facial o VII par es un nervio mixto, motor y sensitivo, responsable de la movilidad facial, la inervación del conducto auditivo externo, la membrana timpánica y el pabellón auricular, y de las funciones gustativas de los dos tercios anteriores la lengua.<sup>9</sup> Su afectación puede ser central o periférica,<sup>10</sup> congénita o adquirida. Dentro de estas formas, la más usual, tanto en niños como en adultos, es la PFP; la variante idiopática es la más frecuente (parálisis de Bell).<sup>1,4-6,8</sup> Además, existen presentaciones congénitas, como el síndrome de Melkersson-Rosenthal, y adquiridas como las secundarias a infecciones, traumatismos y tumores.<sup>1,3-5,8,9,11</sup>

Las manifestaciones clínicas incluyen asimetría facial, incapacidad para cerrar el ojo, borramiento del surco nasogeniano, signo de Bell y, en ocasiones, hiperacusia, dolor retroauricular y alteraciones del gusto.<sup>1,7,11</sup>

En la población pediátrica, existen controversias sobre la eficacia de los corticoides y antivirales para su tratamiento. Algunos autores sugieren que la administración temprana de corticoides (dentro de las 72 horas) podría favorecer la recuperación,<sup>6,11</sup> mientras que otros sostienen que los antivirales podrían ser más efectivos, especialmente en casos asociados a herpes zóster.<sup>6</sup>

La mayoría de los niños presenta evolución favorable con recuperación completa entre 1 y 3 meses.<sup>8</sup> Sin embargo, dependiendo de la gravedad inicial, podría extenderse más tiempo. En un 15 % de los casos, pueden observarse secuelas neurológicas o recurrencias.<sup>3,4,10</sup>

Dado el espectro evolutivo, resulta clínicamente relevante evaluar la recuperación temprana al primer mes e identificar a los pacientes con evolución desfavorable, orientar la necesidad de derivaciones especializadas y planificar el seguimiento posterior. Por otro lado, resulta pertinente describir la evolución bajo las estrategias diagnósticas y terapéuticas actuales utilizadas en un hospital general.

## OBJETIVO

Describir las características clínicas, epidemiológicas, la respuesta al tratamiento y la evolución al primer mes en pacientes pediátricos con diagnóstico de PFP en el Consultorio de Moderado Riesgo Pediátrico de un hospital general.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, de cohorte, en el Consultorio de Moderado Riesgo de un hospital general, desde abril de 2019 hasta marzo de 2021.

Se incluyeron de manera consecutiva los pacientes con primer episodio de PFP. Se excluyeron pacientes inmunosuprimidos, con patología neurológica previa y con recurrencias de la enfermedad debido a la posibilidad de diferente evolución clínica.

Al momento del ingreso, se determinó la gravedad mediante la escala de House-Brackmann (HB), evaluando la simetría facial en reposo y durante movimientos voluntarios (elevación de cejas, cierre ocular, sonrisa y fruncimiento labial). Esta escala otorga una puntuación desde I (normal) hasta VI (parálisis total) (*Tabla 1*). Aquellos que fueron evaluados dentro de las primeras 72 horas recibieron meprednisona 1 mg/kg/día durante 5 días vía oral. Si al momento de la evaluación ya estaban recibiendo corticoides, se indicó completar el tratamiento. Si al momento de la consulta habían transcurrido más de 72 horas, no se indicó terapia corticoidea de acuerdo con las recomendaciones actuales.<sup>12,13</sup> En todos los casos se indicaron kinesioterapia y medidas de cuidado ocular (lubricantes o lágrimas artificiales).

Se realizaron interconsultas con neurología y/u otorrinolaringología según criterio clínico, y se registraron los exámenes complementarios solicitados, así como sus resultados. La citación se realizó a los 15 días, 1,3 y 6 meses en caso de que la recuperación clínica no hubiera sido completa. La evaluación fue realizada por el mismo profesional en las sucesivas consultas.

La variable de resultado primaria fue la recuperación clínica completa a los 30 días de evolución desde el inicio de los síntomas, evaluada a través de la normalización de la escala de HB. Se consideraron como variables secundarias las características clínicas y epidemiológicas, tales como síntomas previos, edad, sexo, estación del año, lateralidad y tratamiento farmacológico. Además, se evaluó

TABLA 1. Escala de House-Brackmann

Grado	Descripción	Clasificación
I	Movimiento facial normal y simétrico. No hay debilidad evidente, asimetría, sincinesias (movimientos involuntarios) ni contractura.	Función normal
II	Asimetría leve en reposo. Movimiento completo, pero menos vigoroso en la frente. Movimiento ligero a moderado en la boca. Ojo completamente cerrado con esfuerzo mínimo. Ausencia de sincinesias evidentes.	Disfunción leve
III	Asimetría evidente en reposo. Movimiento leve a moderado en la frente. Ojo no se cierra completamente. Movimiento leve en la boca. Posible presencia de sincinesias leves.	Disfunción moderada
IV	Asimetría marcada en reposo. Movimiento apenas perceptible en la frente. Ojo se cierra con esfuerzo. Movimiento notable pero disminuido en la boca. Sincinesias y contracturas evidentes.	Disfunción moderadamente grave
V	Apenas movimientos perceptibles en la cara. Frente sin movimiento. Ojo no se cierra completamente. Movimiento muy limitado en la boca. Sincinesias y contracturas prominentes.	Disfunción grave
VI	Ausencia total de movimiento facial.	Parálisis total

Adaptado de House JW, Brackmann DE. Facial nerve grading system. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1985; 93(2):146-147.

la relación entre la recuperación clínica al mes según la edad, gravedad inicial y uso de corticoterapia.

### Análisis estadístico

Las variables continuas se presentan con medidas de tendencia central según la distribución muestral, se compararon con pruebas paramétricas/no paramétricas según correspondiera. Las variables categóricas se presentan con medidas de frecuencias absolutas y relativas; fueron comparadas a través de la prueba exacta de Fisher y la de chi-cuadrado según la conformación de la tabla de doble entrada. Se consideró un  $p$  valor  $\leq 0,05$  como estadísticamente significativo (a dos colas). Se utilizó el *software* Epi Info 7.2.4.0 para el análisis.

### Consideraciones éticas

Se solicitó consentimiento informado a los pacientes de 13 y 14 años, y a los padres de los pacientes menores de 13 años. Los pacientes entre 7 y 12 años dieron su asentimiento. El protocolo fue revisado por la Coordinación de Docencia e Investigación y aprobado por el Comité de Ética en Investigación Hospitalario bajo el código 236 LUPOSo/19.

### RESULTADO

Durante el período de estudio, se evaluaron 78 pacientes con diagnóstico de PFP. Cuatro fueron excluidos por presentar recurrencias. Se analizaron 74 casos de primer episodio de PFP;

48 (64,9 %) fueron de sexo femenino; mediana de edad de 8,5 años (RIC 3-13). Se presentó un discreto aumento en los meses de invierno y primavera con respecto a los de verano y otoño. La lateralidad derecha fue afectada con mayor frecuencia (*Tabla 2*).

En relación con otras manifestaciones clínicas previas o presentes al momento de la primera consulta, 34 pacientes (45,9 %) no presentaron síntomas iniciales; 15 (20,3 %) presentaron dolor facial; 12 (16,2 %), catarro de vía aérea superior (CVAS); 3 (4 %), otitis media aguda OMA; 4 (5,4 %) manifestaron alguna situación de estrés reciente y 5 (6,7 %) tuvieron otro tipo de sintomatología (*Tabla 3*). No se observaron diferencias en la evolución de los pacientes con y sin síntomas previos. Presentaron antecedentes familiares de PFP 22 pacientes (29,7 %).

En la evaluación inicial según la escala de HB, 29 (39,2 %) presentaron puntaje = II; 44 (59,5 %), puntaje = III, y 1 (1,4 %), puntaje = IV.

Concurrieron al control al mes 57 pacientes (77 %). En dicha evaluación, 40 (70 %), presentaron recuperación completa (HB puntaje = I), mientras que 13 presentaban un puntaje de II y 4 un puntaje de III. Solo 4 de ellos continuaron con el seguimiento y lograron recuperación completa a los 3 meses. De acuerdo con la gravedad al momento de la primera consulta, se observó que aquellos con escala II se recuperaron en su totalidad ( $n = 19$ ; 100 %; IC95% 82-100), a diferencia de los pacientes con escala III, que presentaron recuperación completa

TABLA 2. Características basales de la población estudiada

Variable	Mediana	RIC	
	Frecuencia n = 74	Porcentaje	IC95%
Edad (años)	8,5	3-13	
Sexo			
• Femenino	48	64,9	52,9-75,6
• Masculino	26	35,1	24,4-47,1
Lateralidad			
• Derecha	44	59,5	46,8-70,7
• Izquierda	30	40,5	29,3-53,1
Síntomas previos			
• Sí	40	54,1	42,3-66,2
Época del año			
• Verano	16	21,7	12,9-32,7
• Otoño	14	18,9	10,8-29,7
• Invierno	22	29,7	19,7-41,5
• Primavera	22	29,7	19,7-41,5
Escala de House-Brackmann			
• 2 puntos	29	39,2	28-51,2
• 3 puntos	44	59,5	47,4-70,7
• 4 puntos	1	1,4	-*
• 5 puntos	0	0,0	-*
• 6 puntos	0	0,0	-*

RIC: rango intercuartílico.

\* No estimable con frecuencia menor de 5.

el 57 %; IC95% 40,8-78,5; (n = 21)  $p = 0,0008$ .

No se observaron diferencias en cuanto a la edad y la recuperación al mes.

Además de kinesiología y las pautas de cuidado ocular indicados a todos los pacientes, 45 (60,8 %) recibieron tratamiento con corticoide vía oral y 1 (1,4 %) recibió, además, aciclovir. Se trataba de una adolescente de 13 años que presentaba vesículas en el pabellón auricular.

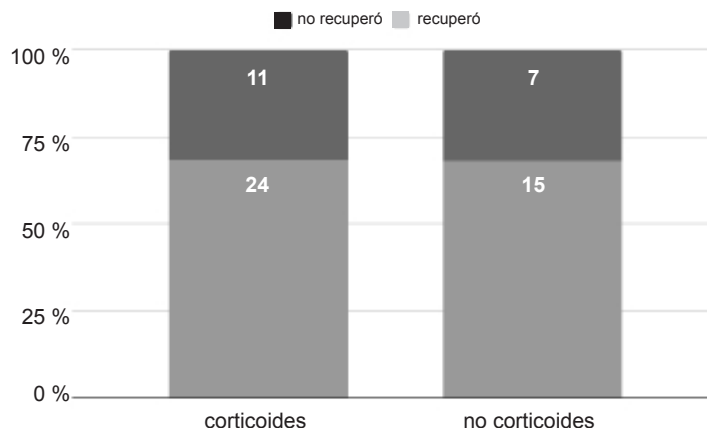
En relación con el tratamiento con corticoides y la recuperación completa al mes, se presentan los resultados de los pacientes que realizaron dicho control (n = 57) en la *Figura 1*. Según la gravedad al inicio, entre los pacientes con escala II (n = 19), recibieron corticoides 12 y todos ellos lograron la recuperación completa al mes. Entre los de escala III (n = 37), recibieron corticoides 23 con recuperación completa al mes en 12 pacientes

TABLA 3. Manifestaciones clínicas previas o presentes al momento de la primera consulta

Variable	Frecuencia n = 74	Porcentaje (%)	IC95
<b>Clínica</b>			
Sin síntomas	34	46	38,7-62,6
Dolor facial	15	20,3	13-33,1
CVAS	12	16,2	9,9-28,5
OMA	3	4	0,3-9,4
Estrés	4	5,4	3,9-16,3
Otros	6	8,1	1,9-17
• Cefalea	2	2,7	-*
• Cefalea + tinnitus	1	1,3	-*
• Traumatismo encefalocraneano	1	1,3	-*
• Varicela	1	1,3	-*
• Herpes zóster	1	1,3	-*

CVAS: catarro de vía aérea superior; OMA: otitis media aguda.

\* No estimable para frecuencias menores de 5.

**FIGURA 1. Proporción de pacientes con recuperación completa al mes según tratamiento con corticoides (n = 56\*)**

\*Se excluyó a 1 paciente con seguimiento al mes que recibió corticoides más aciclovir.  
 $p = 0,883$  (chi-cuadrado).

(52,2 %),  $p = 0,005$ , constatándose una diferencia significativa según la escala al ingreso en la respuesta a los corticoides, siendo menor en el subgrupo con mayor puntaje basal. Con respecto a la paciente que recibió tratamiento corticoide y aciclovir, presentaba una escala de III al inicio que recuperó de forma total al mes.

Se realizaron interconsultas en 11 casos, 6 con neurología, 3 con otorrinolaringología, 2 con neurología y otorrinolaringología. Cuatro pacientes requirieron estudios complementarios: 3 neuroimágenes (informe normal) y 1 paciente audiometría.

## DISCUSIÓN

La mayoría de los casos de PFP en pediatría se clasifican como parálisis de Bell debido a la falta de una etiología confirmada.<sup>8-10</sup> La relación de la parálisis facial con infecciones ha sido reportada en diversas publicaciones. Karalok *et al.* identificaron la OMA como la causa infecciosa más común.<sup>9</sup> Los mismos autores señalaron que 3 pacientes tenían abscesos dentales asociados, lo que llevó a recomendar la incorporación de preguntas sobre dolor odontogénico y evaluaciones dentales al momento de la evaluación de estos pacientes. En el estudio de Aysel A *et al.*, que incluyó a 47 pacientes con PFP idiopática, 9 (19,1 %) tenían antecedentes de CVAS previo al comienzo de la parálisis, en 2 de ellos se detectó ADN del virus del herpes simple de tipo 1 (HSV-1) y 1 presentó serología IgM por *Mycoplasma pneumoniae*.<sup>10</sup> En los últimos años, han surgido reportes que vinculan a la infección

por SARS-CoV-2; la PFP es una de sus posibles manifestaciones.<sup>14</sup> Los síntomas respiratorios fueron los más frecuentes en nuestro estudio.

La mediana de la edad de los pacientes de la serie que describimos es algo inferior a la reportada en otras investigaciones. Çirakli S. reportó una mediana de edad de 13,1 años,<sup>11</sup> mientras que Aysel A. *et al.* describen una media de  $14,7 \pm 2,5$  años.<sup>10</sup> Por otra parte, Ozkale *et al.* identificaron una mayor frecuencia de casos en pacientes de 2 a 6 años y de 10 a 14 años.<sup>1</sup> El grupo de 2 y 3 años en nuestra serie también representa un número importante de casos. Un estudio recientemente publicado ha reportado una edad similar a nuestros hallazgos.<sup>15</sup>

El predominio de la lateralidad derecha ha sido descrito en otras publicaciones, sin embargo, no existe una hipótesis que pueda explicar este fenómeno.<sup>16</sup> Otros estudios sugieren que ambos lados de la cara pueden verse afectados con igual frecuencia.<sup>17</sup>

La distribución estacional de la PFP ha sido objeto de investigaciones previas que coinciden en el reporte de una mayor incidencia en los meses de invierno, posiblemente asociada a la reactivación viral como etiología de la PFP.<sup>18</sup> Aún así, su relación con la estacionalidad sigue siendo incierta y algunos estudios han reportado modificaciones luego de la pandemia de COVID-19.<sup>19</sup>

La relación con la presencia de antecedentes familiares también fue investigada previamente; se reportan datos de prevalencia que oscilan entre el 8,5 % y el 10,6 %.<sup>10</sup> Otros estudios

amplían esta prevalencia entre el 2,4 % y el 28,6 %.<sup>20</sup> Este límite superior es similar a lo encontrado en nuestra serie. La recurrencia de la parálisis es mayor en estos pacientes. Se han propuesto algunas causas para la PFP familiar, tales como anomalías anatómicas hereditarias como la del canal facial común o factores inmunogenéticos.<sup>21</sup> Además, las recurrencias asociadas a otras manifestaciones clínicas se presentan en el contexto de patologías neurológicas como el síndrome de Melkersson-Rosenthal o el síndrome de Moebius.

Con respecto a la recuperación, nuestros hallazgos coinciden con los resultados de otros estudios en los que también se observó ausencia de diferencias significativas en la tasa de recuperación al mes y el tratamiento con corticoides. Aysel A. *et al.* sugieren la terapia con esteroides a todos los niños con PFP idiopática debido a sus posibles beneficios y la ausencia de efectos adversos.<sup>10</sup> Por otro lado, el estudio realizado por Yoo HW *et al.* concluyó que el tratamiento con corticosteroides no impactó significativamente en la recuperación.<sup>6</sup>

Los beneficios de los corticoides han sido claramente establecidos en adultos, pero la evidencia sobre su eficacia en niños es controvertida hasta la fecha.<sup>6,22</sup>

Un ensayo clínico realizado por Unüvar *et al.*, que incluyó 42 pacientes, así como el de Hanci *et al.* en 113 niños sugirieron que los corticoides pueden acelerar la recuperación.<sup>23,24</sup> Como resultado de la falta de evidencia en los últimos años, se han iniciado dos ensayos clínicos doble ciego controlados con placebo y de mayor tamaño muestral, cuyos resultados sobre la eficacia de los corticoides aún no se encuentran disponibles.<sup>7,25</sup>

En la literatura, se ha observado que el síndrome de Ramsay-Hunt presenta un pronóstico menos favorable en comparación con la parálisis de Bell. Sin embargo, en nuestro estudio, presentamos el caso de un paciente con síndrome de Ramsay-Hunt cuya recuperación se logró en 1 mes, lo cual representa un período de recuperación más breve que lo reportado.<sup>9</sup> Nuestros hallazgos indican que los pacientes que ingresaron con una puntuación de 2 en la escala de HB mostraron una recuperación más rápida en comparación con aquellos con una parálisis más grave. Esta observación sugiere una posible asociación entre la puntuación de ingreso en la escala y el tiempo de recuperación. Un estudio retrospectivo realizado en Turquía

sobre factores pronósticos en la parálisis facial periférica que incluyó 102 niños concluyó que la puntuación en la escala HB a los 10 días igual a 2 y 3 puntos se asoció con recuperación temprana en comparación con los puntajes de 4 a 6.<sup>26</sup>

Una limitación identificada en nuestro estudio fue la pérdida del 23 % de los pacientes durante el seguimiento. Sin embargo, estos pacientes fueron similares en edad, sexo, presencia de antecedentes familiares, escala de gravedad al inicio y tratamiento con corticoides, por lo cual es posible que la pérdida de seguimiento no haya afectado a la representatividad de la muestra analizada. Esta pérdida puede ser atribuida al contexto epidemiológico del período durante el cual se realizó la investigación, marcado por la pandemia de COVID-19.

El tamaño muestral, así como el diseño del estudio, no permiten descartar completamente el beneficio de los corticoides, pero los resultados obtenidos contribuyen con la evidencia creciente que cuestiona su utilidad en la práctica pediátrica.

Aunque se trata de un estudio realizado en un solo centro de complejidad y no se utilizaron pruebas objetivas de función motora adicionales, los datos obtenidos de esta cohorte aportan información valiosa sobre esta patología en el contexto local.

## CONCLUSIÓN

En esta cohorte pediátrica, la PFP presentó evolución favorable con recuperación completa al primer mes de un alto porcentaje de pacientes. La gravedad clínica al inicio evaluada con la escala de House-Brackmann se asoció de manera significativa con la recuperación al mes, mientras la corticoterapia no mostró diferencias en la evolución.

Estos hallazgos refuerzan la utilidad de la evaluación clínica inicial, así como la necesidad de seguimiento de los pacientes que no presentan recuperación al mes con la posible evolución prolongada y/o secuelas. ■

## REFERENCIAS

- Özkale Y, Erol İ, Saygı S, Yılmaz İ. Overview of pediatric peripheral facial nerve paralysis: analysis of 40 patients. *J Child Neurol.* 2015;30(2):193-9. doi: 10.1177/0883073814530497.
- Cáceres E, Morales M, Wulfsohn G, Montes S. Parálisis facial periférica. Incidencia y etiología. *FASO.* 2018;25(1):8-13.
- Babl FE, Gardiner KK, Kochar A, Wilson CL, George SA, Zhang M, et al. Bell's palsy in children: Current treatment patterns in Australia and New Zealand. A PREDICT study. *J Paediatr Child Health.* 2017;53(4):339-42. doi: 10.1111/

- jpc.13463.
4. Malik V, Joshi V, Green KM, Bruce IA. 15 minute consultation: a structured approach to the management of facial paralysis in a child. *Arch Dis Child Educ Pract Ed*. 2012;97(3):82-5. doi: 10.1136/archdischild-2011-300807.
  5. Ruiz Escusol S, Gallardo Moreno S. Parálisis facial periférica recidivante. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20(77):e15-8.
  6. Yoo HW, Yoon L, Kim HY, Kwak MJ, Park KH, Bae MH, et al. Comparison of conservative therapy and steroid therapy for Bell's palsy in children. *Korean J Pediatr*. 2018;61(10):332-7. doi: 10.3345/kjp.2018.06380.
  7. Babl FE, Mackay MT, Borland ML, Herd DW, Kochar A, Hort J et al. Bell's Palsy in Children (BellPIC): protocol for a multicentre, placebo-controlled randomized trial. *BMC Pediatr*. 2017;17(1):53. doi: 10.1186/s12887-016-0702-y.
  8. Andina-Martínez D, Rodríguez-Palero S, Soto-Insuga V, Alonso-Cadenas JA, Bernardino-Cuesta B, Cartas-Carrión S et al. Peripheral facial nerve palsy in children during the COVID-19 pandemic. *Rev Neurol*. 2022;74(11):361-6. doi: 10.33588/rn.7411.2022033.
  9. Karalok ZS, Taskin BD, Ozturk Z, Gurkas E, Koc TB, Guven A. Childhood peripheral facial palsy. *Childs Nerv Syst*. 2018;34(5):911-7. doi: 10.1007/s00381-018-3742-9.
  10. Aysel A, Müderris T, Yılmaz F, Tokat T, Aliyeva A, Şimşek ÖÖ, et al. Pediatric Bell's palsy: prognostic factors and treatment outcomes. *Turk J Pediatr*. 2020;62(6):1021-7.
  11. Çiraklı S. Effect of etiological factors on treatment success of pediatric facial paralysis: Success of facial paralysis in children. *Medicine (Baltimore)*. 2021;100(50):e28195. doi: 10.1097/MD.00000000000028195.
  12. Wohrer D, Moulding T, Titomanlio L, Lenglar L. Acute Facial Nerve Palsy in Children: Gold Standard Management. *Children (Basel)*. 2022;9(2):273. doi: 10.3390/children9020273.
  13. Gronseth GS, Paduga R; American Academy of Neurology. Evidence-based guideline update: steroids and antivirals for Bell palsy: report of the Guideline Development Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2012;79(22):2209-13. doi: 10.1212/WNL.0b013e318275978c.
  14. Iacono A, Pennisi E, Benincasa C, Marchetti F. A case of facial nerve palsy in a pediatric patient associated with Covid-19. *Ital J Pediatr*. 2022;48(1):75. doi: 10.1186/s13052-022-01263-0.
  15. Altwajiri W, Alshamrani A, Almughamis A, Alnufaei A, Alkharboosh A, Alotaibi S. Demographic and Clinical Features of Pediatric Bell's Palsy: A 26-Year Experience at a Tertiary Care Hospital in Riyadh. *Cureus*. 2025;17(12):e98360. doi: 10.7759/cureus.98360.
  16. Goloom SA, Al-Khalidi HA, Jaber Al-helu SA, Anbaki HA, Assim Al-saffar H, Muhi Fahad A. The impact of seasonal changes on Bell's palsy in Iraqi patients. *Neural Asia*. 2021;26(2):287-9.
  17. Junior NA, Junior JJJ, Gignon VdeF, Kitice AT, Prado LSdeA, Santos VGW. Facial nerve palsy: incidence of different etiologies in a tertiary ambulatory. *Int J Arch Otorhinolaryngol*. 2009;13(2):167-71.
  18. Kar M, Altıntaş M. Seasonal Distribution of Bell's Palsy. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;74(Suppl 3):4065-8. doi: 10.1007/s12070-021-02796-2.
  19. Koder A, Belada A, Kilicaslan S. Seasonal Pattern of Bell's Palsy Incidence in a Post-COVID-19 Context. *Duzce Med J*. 2025;27(2):146-50. doi: 10.18678/dtfd.1585848.
  20. Clement WA, White A. Idiopathic familial facial nerve paralysis. *J Laryngol Otol*. 2000;114(2):132-4. doi: 10.1258/0022215001904879.
  21. Qin D, Ouyang Z, Luo W. Familial recurrent Bell's palsy. *Neurol India*. 2009;57(6):783-4. doi: 10.4103/0028-3886.59478.
  22. Ünüvar E, Oğuz F, Sidal M, Kiliç A. Corticosteroid treatment of childhood Bell's palsy. *Pediatr Neurol*. 1999;21(5):814-6. doi: 10.1016/s0887-8994(99)00099-5.
  23. Pitaro J, Waissbluth S, Daniel SJ. Do children with Bell's palsy benefit from steroid treatment? A systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2012;76(7):921-6. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.02.044.
  24. Salman MS, MacGregor DL. Should Children with Bell's Palsy Be Treated with Corticosteroids? A Systematic Review. *J Child Neurol*. 2001;16(8):565-8. doi: 10.1177/088307380101600805.
  25. Karlsson S, Arnason S, Hadziosmanovic N, Laestadius Å, Hultcrantz M, Marsk E, et al. The facial nerve palsy and cortisone evaluation (FACE) study in children: Protocol for a randomized, placebo-controlled, multicenter trial, in a *Borrelia burgdorferi* endemic area. *BMC Pediatr*. 2021;21(1):220. doi: 10.1186/s12887-021-02571-w.
  26. Karatoprak E, Yılmaz S. Prognostic Factors Associated with Recovery in Children with Bell's Palsy. *J Child Neurol*. 2019;34(14):891-6. doi: 10.1177/0883073819865672.