

**Revista Mexicana de
Medicina Física y Rehabilitación**

Volumen 17
Volume

Número 4
Number

Octubre-Diciembre 2005
October-December

Artículo:

**Diferencias clínicas y epidemiológicas
de la lesión del nervio facial en la
porción proximal y distal a la cuerda
del tímpano**

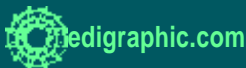
Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Diferencias clínicas y epidemiológicas de la lesión del nervio facial en la porción proximal y distal a la cuerda del tímpano

Carmen Alicia Aboytes Meléndez,* Alejandro Torres Valenzuela**

RESUMEN

Objetivo: Analizar las diferencias clínicas y epidemiológicas de la lesión del nervio facial cuando se presenta proximal al nervio cuerda del tímpano comparada con la que se presenta distal al mismo. **Material y métodos:** Encuesta comparativa, basada en expedientes de pacientes con diagnóstico de parálisis facial (PF) atendidos en el CREE Durango durante 2002 y 2003, en los que fue posible inferir el nivel de la lesión a partir de los datos clínicos. El análisis estadístico descriptivo fue con Microsoft Excel para Windows XP y Epi-Info versión 3.2.2. y estadística inferencial con un nivel de confianza del 95%. **Resultados:** Se analizaron 152 expedientes. En el 57.2% de los casos se encontró una lesión supracordal con una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la infracordal. El dato clínico más frecuente en la lesión supracordal fue la epífora, con una frecuencia del 51% contra el 30.3% en el grupo de lesiones infracordales, con una diferencia estadísticamente significativa con un $IC_{95\%} 7.24, 34.16$, pero aún es necesario identificar la causa para esta diferencia. No hubo diferencias significativas en el resto de las variables estudiadas.

Palabras clave: Parálisis facial, rehabilitación, epidemiología.

ABSTRACT

Objective: To compare the clinical and epidemiological differences of the facial nerve injury when it occurs proximal and distal to the nerve chorda tympanum. **Material and methods:** Comparative survey based on files of patients with facial palsy that attended to the CREE Durango from January 2002 to December 2003, in which it was possible to deduce the injury level. Statistical analysis was made with Microsoft Excel for Windows XP and Epi-Info 3.2.2 and inferential statistics with a confidence level of 95%. **Results:** 152 files were analyzed. The lesion was proximal to the chorda tympanum 57.2%. The most frequent symptom for the suprachordal lesion was epiphora, with a frequency of 51% while in the infrachordal lesion the frequency was 30.3% with a significant difference with a confidence interval $IC_{95\%} 7.24, 34.16$. It is still necessary to identify the origin of this difference. There was not other significant differences between the groups in the other variables analyzed.

Key words: Facial palsy, rehabilitation, epidemiologic.

INTRODUCCIÓN

El nervio facial o séptimo par craneal es el encargado de la movilidad de la mitad ipsilateral de la cara, la sensibilidad al gusto de los dos tercios anteriores de la lengua y la estimulación motora de la glándula lagrimal y de las glándulas salivales submaxilares. Dentro del cráneo, viaja con el nervio auditivo junto al que se introduce en el meato auditivo interno de la porción petrosa del hueso temporal, dentro del cual tiene cuatro porciones y se separa del nervio auditivo al entrar dentro del conducto facial que termina en el agujero estilomas-

toideo y es en este trayecto donde ocurren la mayoría de las lesiones que dan origen a la parálisis facial¹. Su lesión es la neuropatía periférica más frecuente y constituye una de las diez primeras causas de atención en centros de rehabilitación². Tradicionalmente, por otra parte, se ha considerado que las lesiones distales al nervio cuerda del tímpano (que se denominarán infracordales) tienen una evolución mejor que las que se producen proximalmente al mismo nervio (que se denominarán supracordales)³ aunque no hay estudios que comprueben estas suposiciones, las cuales incluso se utilizan en algunas organizaciones para normar el tratamiento del pa-

* Centro de Rehabilitación y Educación Especial de Durango, Dgo. Alumna de la Maestría en Ciencias Médicas de la División de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango.

** División de Postgrado, Facultad de Medicina, Universidad Juárez del Estado de Durango.

Abreviaturas:

PFFA: Parálisis facial periférica aguda

CREE: Centro de Rehabilitación y Educación Especial

ciente. En un estudio previo aún no publicado, los autores encontraron que la prevalencia de personas atendidas por PF en este centro es del 5.8% y se encuentra entre las cinco primeras causas de atención, por lo que el objetivo de este trabajo es identificar y analizar las diferencias clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentan parálisis facial supracordal en relación a los que tienen lesión infracordal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó una encuesta comparativa. Se analizaron los expedientes de los pacientes con parálisis facial atendidos por primera vez de enero de 2002 a diciembre de 2003 en los cuales pudo inferirse el nivel de lesión a través de los datos de la historia clínica.

Se pretendió incluir a toda la población usuaria en el lapso estudiado, por lo que no se calculó tamaño de muestra. Se excluyeron los expedientes de los pacientes que no acudieron a la consulta de primera vez y se eliminaron aquellos que no indicaban si el paciente había presentado o no disgeusia, dato que se utilizó para determinar si la lesión era supracordal o infracordal.

Las variables fueron clasificadas de acuerdo con su medibilidad y se dividieron en cuatro grupos: el primero incluyó las características clínicas de los pacientes; el segundo, investigó las características epidemiológicas y el tercero, identificó la evolución de la enfermedad.

Los datos se organizaron con Excell para Windows XP. Se efectuó análisis descriptivo con Epi-Info versión 3.2.2. para Windows y análisis inferencial, para el cual se estableció un nivel de confianza del 95%.

RESULTADOS

Se identificaron 152 expedientes que indicaban si el paciente había presentado disgeusia o no durante la evolución

de la enfermedad. De éstos, en 87 (57.2%, [IC_{95%} = 49.3, 65.1]) se indicaba que el paciente había presentado disgeusia por lo que se infirió que eran lesiones supracordales y en 65 (42.8%, [IC_{95%} = 35.9, 50.7]) la lesión fue infracordal, y se estimó una diferencia de proporciones estadísticamente significativa entre ambas con un IC_{95%} = .033, .255, lo que indica que en esta muestra la lesión inferida con mayor frecuencia fue supracordal.

A continuación, se referirán simultáneamente los datos de los pacientes con lesiones supracordales e infracordales (*Cuadro 1*). El promedio de edad fue de 39.4 años (DE 16.98 [IC_{95%} = 35.8, 42.9]) para el grupo supracordal y de 39.6 años (DE 21.43 [IC_{95%} = 34.4, 44.8]) para el grupo infracordal, con medianas de 38 y 40 años, respectivamente. El grupo de edad más afectado en ambas categorías fue el de 19 a 40 años, sin embargo, la proporción de pacientes con lesión supracordal es de 40.2%, [IC_{95%} = 29.9, 50.5], comparado con el 30.8% [IC_{95%} = 19.6, 42] en los pacientes con lesión infracordal, pero sin que exista una diferencia significativa entre ambos grupos. El lado afectado más comúnmente en ambos grupos es el izquierdo, sin diferencia significativa entre ambos. La proporción de mujeres es mayor que la de hombres en ambos grupos, con una mayor frecuencia en el grupo de lesiones supracordales, con un valor de $p = 0.0119$.

En lo que se refiere a los datos clínicos, en el caso de las lesiones supracordales, la epífora se presentó en el 51% [IC_{95%} = 40.5, 61.5] de los casos, en comparación con el 30.3% [IC_{95%} = 19.6, 41] para el grupo de pacientes con lesión infracordal, con una diferencia de proporciones con un IC_{95%} = 7.24, 34.16, significativa a favor de una mayor frecuencia de epífora en el grupo de lesiones supracordales. Los otros datos clínicos comunes fueron el dolor retroauricular, desviación de la comisura labial y dificultad para cerrar el ojo del lado afectado, sin encontrar diferencias entre ambos grupos. Tampoco hay diferencia estadísticamente significativa entre la frecuencia de asimetría facial, lagofthal-

Cuadro 1. Resumen de las características de los pacientes con parálisis facial periférica aguda de acuerdo con el nivel de lesión inferido.

Característica	Supracordal (IC _{95%}) n = 82	Infracordal (IC _{95%}) n = 65	Valor de p
Edad (años ± DE)	39.4 ± 17.0 (30.8, 48)	39.6 ± 21.43 (31.8, 44.8)	ns
Género predominante: femenino	73.2% (68.3; 78.1)	55.4% (43.4, 67.4)	0.012
Epífora	51% (40.5, 61.5)	30.3% (19.6, 41)	0.004
Asimetría facial	85% (77.5, 92.5)	83% (73.9, 92.1)	ns
Fuerza muscular en 0	42% (30.2, 53.9)	38% (30.1, 53.9)	ns
Patologías asociadas	33.3% (22.6, 44)	43.1% (31.1, 55.1)	ns
Hipertensión arterial	48.3% (37.8, 58.5)	42.8% (30.8, 54.8)	ns
	Del total de patologías	Del total de patologías	
Debilidad residual	41.3% (31, 51)	38.9% (27.1, 50.6)	ns
Tiempo de estancia	7 semanas	6 semanas	ns

mos o signo de Bell, así como en la calificación de la fuerza muscular entre los dos grupos. En ambos grupos, más del 50% de los pacientes acudieron a revisión antes de las primeras dos semanas de evolución. Tampoco se encuentra un patrón estacional dentro de ellos.

En cuanto a las patologías asociadas, la proporción de pacientes con enfermedades asociadas como diabetes e hipertensión fue del 33.3% [IC_{95%} = 22.6, 44] para las lesiones supracordales y del 43.1% [IC_{95%} = 31.1, 55.1] en las lesiones infracordales, sin que haya diferencias significativas; en ambos grupos fue más frecuente la hipertensión arterial, con una proporción del 48.3% [IC_{95%} = 37.8, 58.8] en el primer grupo y del 42.8% [IC_{95%} = 30.8, 54.8] en el segundo.

En cuanto al tiempo de estancia en tratamiento, mediante la prueba de la mediana, no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los grupos de pacientes y tampoco en la frecuencia de complicaciones en aquellos seguidos hasta su egreso, presentándose debilidad en el 41.3% [IC_{95%} = 31, 51] de los pacientes con lesión supracordal y en el 38.9% [IC_{95%} = 30.8, 54.8] de los que presentaron lesión infracordal; mientras que hubo dos casos de sincinesia (5.6%) en los pacientes con lesión infracordal y lágrimas de cocodrilo en el 2.2% de los pacientes con lesiones supracordales.

CONCLUSIONES

La lesión más frecuente en este grupo de pacientes fue proximal al nervio cuerda del tímpano, lo que contrasta con lo reportado en la revisión de Domínguez⁴, con una diferencia estadísticamente significativa. La proporción de mujeres

afectadas fue mayor en el grupo de lesiones supracordales con una diferencia estadísticamente significativa. No hay diferencias significativas en otras características epidemiológicas entre ambos grupos. El dato clínico más frecuente en el grupo de lesiones supracordales es la epífora, con una diferencia estadísticamente significativa, pero no es claro el motivo para ello. No se encontraron diferencias en la asociación con otras patologías, la severidad clínica de la lesión ni en el tiempo de evolución o la presentación de complicaciones tardías o secuelas. No se dispone de otros documentos similares con los cuales comparar estos hallazgos.

REFERENCIAS

1. Brazis PW, Masdeu JC, Biller J. *Localization in clinical neurology*. 2nd. Ed. Little, Brown and Company, 1990.
2. González-Cano LL, Sánchez-Ortiz AO, Pérez-Benítez ML. Estandarización de la onda F del nervio facial y su valor pronóstico en la parálisis facial. *Rev Mex Med Fis Rehabil* 2001; 13(4): 113-5.
3. Flores-Flores P, Medina-Zazueta R, Haro-García L. Tratamiento de la parálisis facial periférica idiopática: terapia física versus prednisona. *Rev Med IMSS* 1998; 36(3): 217-21.
4. Domínguez-Carrillo LG. Zonas anatómicas de lesión en parálisis facial periférica y su relación etiológica. Experiencia de 780 casos. *Cir Ciruj* 2002; 70: 239-45.

Domicilio para correspondencia:
Carmen Alicia Aboytes Meléndez
Priv. Río Ródano Núm. 111,
Fracc. Loma Bonita Durango, Dgo. 34199.
Tel. 618-8-26-51-22.
E-mail: aboytes17@yahoo.com.mx

