

Rehabilitación quirúrgica de la parálisis facial cuando el tratamiento médico falla

Hilda Mena-González, Everardo Castro-Camacho

RESUMEN

Objetivo: Establecer un algoritmo en la rehabilitación medicoquirúrgica en pacientes con parálisis facial.

Material y método: Estudio prospectivo, longitudinal, descriptivo no comparativo que incluyó 35 pacientes. Los datos demográficos fueron documentados. Se aplicó análisis estadístico de frecuencia a cada variable.

Resultados: De los 35 pacientes estudiados, 21 fueron mujeres (60%, relación 2:1), y el promedio de edad al momento de cirugía fue de 50.48 años. Los principales motivos de consulta fueron lagofthalmos (37.1%) y epífora (25.71%). Las parálisis más frecuentes fueron la de Bell (34.28%) y las asociadas a trauma (20%). En total, se llevaron a cabo sesenta procedimientos quirúrgicos: colocación de pesa de oro (33.3%), corrección de ectropión (38.3%), elevación de tercio medio de cara (10%) y corrección de ptosis de labio y ceja 10 (16.5%), respectivamente. Las complicaciones más frecuentes fueron malposición de la pesa de oro y el ectropión recidivante.

Conclusiones: Los procedimientos quirúrgicos más usados fueron la colocación de pesa de oro y la cantoplastia lateral. Sólo en 9 pacientes (15%) se llevó a cabo suspensión de tercio medio e inferior.

Palabras clave: Parálisis facial, lagofthalmos, ectropión paralítico, implante de pesa de oro, cantoplastia lateral.

SUMMARY

Purpose: To establish an algorithm for medical and surgical rehabilitation in facial palsy.

Methods: A prospective, longitudinal, descriptive, non-comparative study of 35 patients with facial palsy was realized. Demographic data was documented (sex and age). Complete ophthalmologic examination and facial muscle function was evaluated. Statistical data analysis was applied to each variable.

Results: Twenty-one patients of 35 were females (60%, ratio 2:1). Average age was 50.48 years. The two main complaints were lagophthalmos (37.1%) and epiphora (25.71%). Most frequent causes were Bell palsy (34.8%) and trauma (20%). Sixty-seven surgical procedures were done, 1.7 averages per patient. The reported procedures were: gold weight implant (33.3%), ectropion correction (38.3%), soof lift and midface lift (10%), eyebrow and lip ptosis 10 (16.5%). The only two complications were gold weight migration and recidivate ectropion.

Conclusion: The most frequent surgical procedure was gold weight implant and ectropion correction. Only 5 midface – soof lift were done in six patients (10%).

Keywords: Facial palsy, lagophthalmos, paralytic ectropion, gold weight implant, lateral cantoplasty.

INTRODUCCIÓN

Existe una gran variedad de etiologías de afección al nervio facial o de los músculos faciales que dan una gran variedad

de cuadros clínicos, dependiendo de la extensión, la localización, la etiología y el tiempo de evolución de la lesión.

La parálisis facial de Bell, *a frigore* o idiopática, se ha descrito como la más frecuente, con una incidencia de 20 a 30 por cada 100,000 habitantes, y ésta aumenta con la edad. La segunda causa más frecuente es la parálisis secundaria a trauma, que se presenta en 10 a 20% de los pacientes con fractura del hueso temporal. La tercera es la secundaria a

Hospital Central Militar. Ejercito Nacional y Periférico Norte, Colonia Polanco, México D.F.

Correspondencia: Dra. Hilda Mena González. Purepechas 6, Edificio C dep 102, Colonia Santa Cruz de Acatlán, Naucalpan, Edo. México, México. Teléfono y fax: 5560-9931. E-mail: sanvito@hotmail.com

otitis media por herpes zoster, en la cual sólo 50% de los pacientes afectados logran una buena recuperación. Por último, la cuarta etiología, responsable de 5% de las parálisis, corresponde a los tumores; tanto benignos (schwanoma), como malignos (adenocarcinoma quístico de la glándula parótida, neurinomas del acústico y meningiomas de la fosa posterior) (1).

Las manifestaciones clínicas dependen de varios factores como el grado de afección del nervio facial, las ramas dañadas, el porcentaje de fibras nerviosas lesionadas y el tiempo de evolución. Estas manifestaciones coinciden con un síndrome gravitacional del lado afectado con descenso marcado de la mitad de la cara paralizada. En orden descendente, el síndrome se expresa con ptosis de ceja, dermatochalasis, distopia cantal externa, ectropión paralítico (medial y/o lateral), afección del músculo orbicular en todas sus porciones condicionando lagofthalmos, disminución de la frecuencia de parpadeo con alteración secundaria en el mecanismo de bomba del sistema lagrimal con epífora resultante, ectropión del punto lagrimal, ptosis de la mitad de la cara y ptosis de la comisura labial del lado afectado.

Los signos y síntomas en cada paciente son muy variados, como dificultad para hablar, salivación excesiva con babeo, lagrimeo, irritación ocular, dificultad o imposibilidad para cerrar el ojo y asimetría en la musculatura de la expresión facial. A la exploración se encuentra asimetría facial, ptosis de la ceja, lagofthalmos, epífora, irritación ocular, datos de exposición corneal con daño o no de la agudeza visual, ectropión paralítico, ptosis tanto de la mitad de la cara como del pliegue nasogeniano y de la comisura labial en reposo pero que se desvía hacia el lado sano al hablar (2).

Ante este panorama, se ha determinado que la principal complicación de la parálisis facial es la lesión por exposición corneal por lo que debe ser abordada de manera inmediata para evitar complicaciones oculares (2, 3).

El tratamiento y rehabilitación de la parálisis facial se divide en médico y/o quirúrgico. El médico incluye medidas de carácter general como vigilancia, parche ocular no compresivo, lubricantes oculares, terapia con electroestimulación, etc. Muchos han sido los tratamientos propuestos tomando en cuenta el tiempo de evolución de la parálisis, etiología y las probabilidades de recuperación (4).

El manejo quirúrgico se ha dividido principalmente en tres opciones. El primero está encaminado a la anastomosis nerviosa del hipogloso al facial en un intento por reinervar el área lesionada. El segundo es una rehabilitación dinámica, tomando como base la derivación muscular de colgajos (microneurovasculares) de músculo temporal a cada rama y localización del facial. Por último, la rehabilitación estática, que es el tema del presente trabajo, va encaminada a la corrección de las anomalías antes mencionadas (ptosis de ceja, lagofthalmos, ectropión paralítico, ptosis de la mitad y tercio inferior de cara, etc) (5).

La prioridad terapéutica es proteger la superficie anterior ocular, función atribuida a los párpados, y para esto se proponen gran variedad de procedimientos desde la tarsorrafia, inaceptable desde el punto de vista funcional y cosmético,

la colocación de resortes palpebrales y de pesas de oro (6).

Asimismo se debe manejar la corrección de malposiciones palpebrales, que igualmente condicionan exposición corneal, debiendo realizar cantoplastias laterales o mediales con el uso o no de espaciadores (7).

Debido a lo complejo de la anatomía de la expresión facial y a la variedad de manifestaciones clínicas de la parálisis del VII par craneal, su rehabilitación funcional y cosmética son complejas. Existe un sinnúmero de procedimientos y técnicas quirúrgicas para rehabilitar las alteraciones secundarias a una parálisis del VII par. En un esfuerzo por corregirlos, el propósito de este trabajo es establecer un algoritmo de manejo del paciente con estas alteraciones y darlo a conocer al oftalmólogo general para su manejo.

Finalmente, el diagnóstico, clasificación, evaluación y planteamiento de un problema debe ser competencia del oftalmólogo general en coordinación con otros servicios (neurología, otorrinolaringología) y, por último, la rehabilitación estática debe ser proporcionada por los cirujanos de órbita y oculoplástica para cada una de las alteraciones que presentamos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y clínico de 35 pacientes con lesión del VII par craneal, con cambios oculares y faciales que requirieron manejo quirúrgico.

Se llevó a cabo examen oftalmológico completo, con énfasis en agudeza visual, valoración de segmento anterior en búsqueda de exposición corneal, y registro de malposiciones palpebrales y faciales. Los datos demográficos fueron documentados y analizados. Se aplicó análisis estadístico a los datos demográficos, al volumen y tipo de cirugía aplicado para cada caso y a las fotografías digitales pre y posoperatorias.

RESULTADOS

El grupo de estudio se integró por 35 pacientes en el periodo comprendido entre marzo de 2000 y mayo de 2002.

En la distribución por sexo, 21 casos (60%) fueron mujeres y 14 casos (40%) fueron hombres. El promedio de edad fue de 50.48 años, con un rango de 5 a 80 años; el grupo de edad más frecuente fue de 71 a 80 años con 12 casos (34.2%) y el segundo fue de 41 a 50 años con 7 casos (20%).

En cuanto a antecedentes, 57.1% no tenía antecedente de cirugías previas, mientras que tres casos (8.57%) habían sido operados neurinoma del acústico.

La etiología más frecuente fue la parálisis de Bell (34.28%), seguida por trauma (20%).

El motivo de consulta más frecuente fue la dificultad de cerrar el ojo correspondiente a la hemicara afectada en 37.1% de los casos, seguida de la epífora en 25.7%.

En la valoración clínica, 20% de los pacientes atendidos

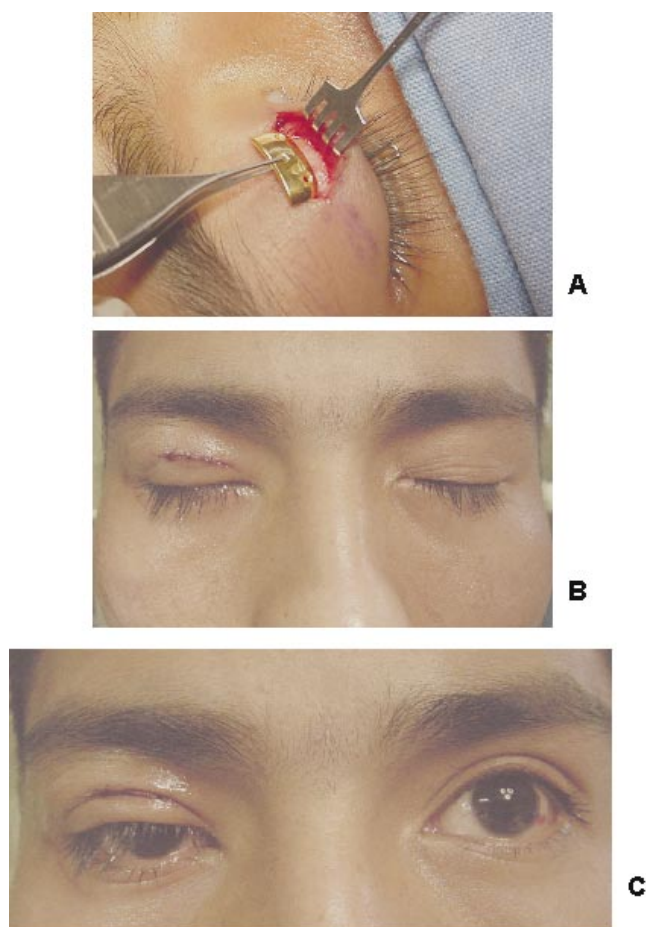


Fig. 1. Colocación de pesa de oro. A. Colocación de la pesa. B. Posoperatorio inmediato. C. Posoperatorio de 24 horas.

presentaron agudeza visual en el ojo afectado de 20/50 y 20/60, y de 20/30 en 14.28% de los casos). Del total de pacientes con parálisis facial, presentaron ptosis de ceja 21 casos (60%), ptosis de la hemicara afectada en 20 casos (57.1%) y ptosis de la comisura labial en 26 casos (74.28%). La dermatochalasis estuvo presente en 16 casos (45.7%), el lagoftalmos en 32 casos (91.4%) y la exposición escleral en 28 casos (77.1).

De los procedimientos quirúrgicos realizados, se colocó pesa de oro en 20 casos (fig. 1), con prueba preoperatoria con las pesas de tantalio para evitar la hipercorrección (fig. 2), corrección de ectropión (cantoplastia lateral en 15 casos y uso de cartílago auricular en 6) (fig. 3), suspensión de grasa suborbicular y de hemicara en 6 casos y un solo caso de blefaroplastia de párpados superiores.

Como complicaciones sólo se presentó en un caso de hipocorrección y otro de malposición de la pesa de oro.

DISCUSION

La mayor parte de los pacientes con parálisis facial incluidos en este estudio son del sexo femenino, de la cuarta y sexta década, con parálisis facial derecha. El principal motivo de consulta fue la dificultad para cerrar el ojo y epífora lo

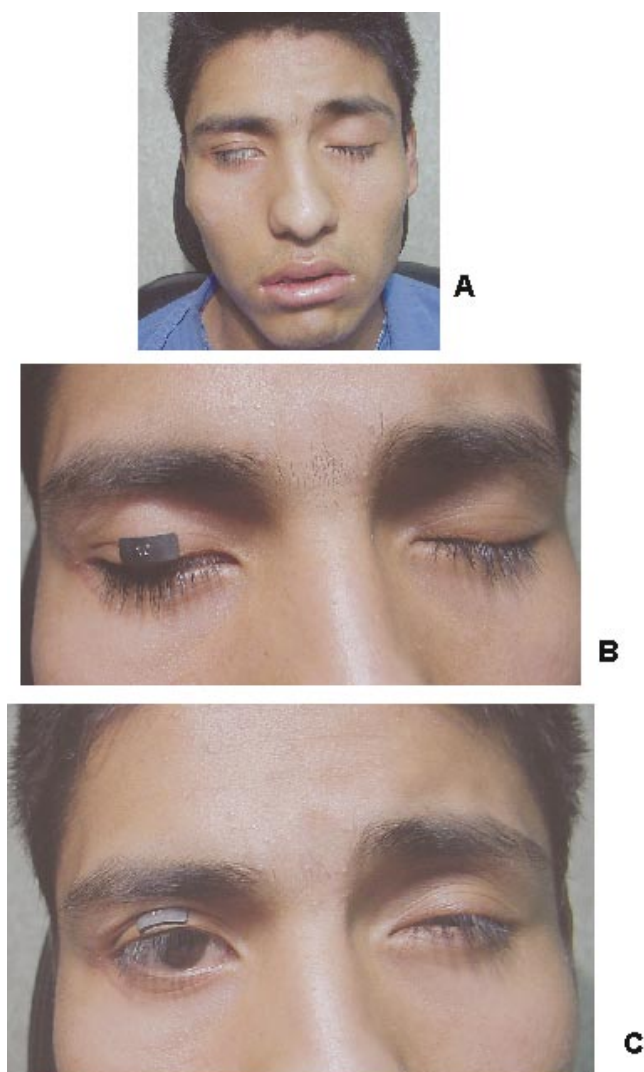


Fig. 2. Prueba con pesa de tantalio. A. Preoperatorio. B y C. Prueba con la pesa.

que concuerda con los procedimientos quirúrgicos que más se realizaron.

Hay una gran variedad de etiologías, pero las más frecuentes fueron la parálisis de Bell, el trauma y los posoperados de resección de neurinoma del acústico, los segundos con corto tiempo de evolución.

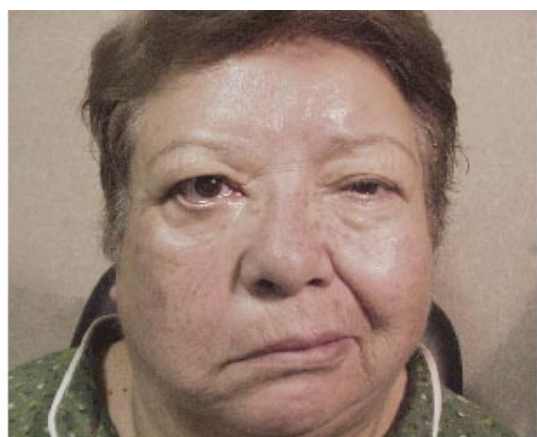
La agudeza visual que predominó fue de 20/50 y 20/60, encontrando pocos casos con compromiso visual severo.

En la valoración clínica hay datos constantes como ptosis de ceja, ptosis de la comisura labial, ptosis de la hemicara.

La mayor parte de los pacientes presentaron lagoftalmos que se puede correlacionar con el motivo de consulta más frecuente: la dificultad para el cierre ocular. Asimismo, el segundo motivo de consulta más frecuente, la epífora, se correlaciona con que la mayor parte de los pacientes presentaban exposición escleral.

En la hemicara afectada, tanto la función muscular del frontal, del orbicular, de los músculos nasogenianos y mandibulares presentaron función muscular nula o leve.

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos realiza-



A



B



C

Fig. 3. Ectropión paralítico. A. Preoperatorio, B. Foto clínica, C. Posoperatorio

dos, la colocación de pesa y corrección de ectropión paralítico son los más frecuentes, ya que son los tendientes a solucionar los motivos de consulta más frecuentes y los encaminados a evitar el daño de la superficie corneal.

La pesas de oro más utilizadas fueron la de 1.0 g y la de 0.8g, acordes con la función disminuida del orbicular que condiciona el lagoftalmos.

CONCLUSIONES

Los pacientes captados en este estudio presentaban manifestaciones típicas ya descritas en la introducción. El estudio clínico permitió determinar qué afección debía tener prioridad terapéutica quirúrgica, obteniendo un muy bajo

porcentaje de complicaciones.

En todo momento se tomó como base para el tratamiento el motivo de la consulta y las expectativas del paciente, advirtiéndole siempre al paciente que probablemente fuera necesario realizar más de un procedimiento para completar la reanimación facial, buscando siempre la mejoría funcional y cosmética.

El orden de los procedimientos consistió en restablecer el parpadeo, la protección corneal y el sistema de bomba del sistema lagrimal para evitar la queratitis por exposición, las úlceras corneales, los leucomas y la epífora. Como segunda prioridad, se llevaron a cabo los procedimientos cosméticos.

Concuerda nuestro estudio con otros ya publicados en que la pesa de uso más frecuente es la de 1.0 g, y que es absolutamente necesario realizar la prueba preoperatoria con las pesas de tantalio para evitar la hipercorrección que produce eventualmente ptosis palpebral. La colocación de la pesa es una técnica quirúrgica sencilla y efectiva, con buenos resultados cosméticos para resolver el lagoftalmos secundario a la parálisis facial, con un bajo porcentaje de complicaciones si se utiliza la técnica de colocación modificada por May (8, 9).

Para la corrección del lagoftalmos, a pesar de que se proponen varias técnicas, éstas se deben elegir haciendo una adecuada valoración preoperatoria donde se tome en cuenta la exposición escleral, la edad, el tipo y laxitud de la piel y del ligamento cantal asociado al ectropión paralítico.

Con respecto a las técnicas de suspensión de la ceja, comisura labial y de la grasa suborbicular, debe siempre buscarse una leve hipocorrección por la caída que se espera con el tiempo por el efecto de la fuerza de gravedad sobre la hemicara con tono muscular nulo o disminuido (2, 10).

La combinación de estos procedimientos de suspensión es una excelente opción de mejorar la cosmesis y dar una rehabilitación estática de la parálisis facial, sin embargo, la mayor parte de los paciente sólo desea corregir su motivo de consulta, sin que esto sea un motivo para dejar de proponer al paciente completar su reanimación para lograr una mejoría funcional y cosmética, ya que al mantener una adecuada suspensión de los componentes del tercio medio e inferior de la cara, se da soporte a la corrección del ectropión paralítico.

REFERENCIAS

1. Cohn J, Sweeney K. Facial nerve paralysis, University of Pittsburgh. Pub Med, UPMC Health System Facial Nerve Center, Homepage, 1996.
2. Hoffman Y W. Reanimation of the paralyzed face. *Oto Clin North Am*, 1992; 25(3):649- 667.
3. Catalano PJ, Bergstein MJ, Biller HF. Comprehensive management of the eye in facial paralysis. *Arch Oto Head Neck Surg*, 1995; 121(1):81-86.
4. Nicolai JPA, Cruysberg JRM. Free muscle grafting and other treatments for paralytic lagoftalmos. *Orbit*, 1987; 6(2):105-114.
5. Hart MWJr. *Adler Fisiología del Ojo*. 9a ed. Editorial Diorki, España, 1994:1-11, 18-27.

6. Smellie DG. Restoration of the blinking reflex in facial palsy by a simple lid load operation. *Brit J Plas Surg*, 1966;19:279-283.
7. Jackson TI, Bruce D, Harris J. Use of contoured and stabilized conchal cartilage grafts for lower eyelid support: A preliminary report. *Plas Recons Surg*, 1989; 83(4):636-640.
8. May M. Paralyzed eyelids reanimated with a closed-eyelid spring. *Laryngoscope*, 1988; 98:382-385.
9. May M. Gold Weight and wire spring implants as alternative to tarsorrhaphy. *Arch Oto Head Neck Surg*, 1987; 113:656-660.
10. Putterman AM. *Cosmetic Oculoplastic Surgery Eyelids, Forehead and Facial techniques*. 3ª ed, W.B Saunders Co, Pennsylvania, 1998:235-244, 300-307, 442-452, 481-485.

Cita histórica:

En 1918, Van der Hoeve y Keyn describen la asociación de otoesclerosis, osteogénesis imperfecta y escleróticas azules. (Van der Hoeve J, Keyn A. Blaue Sklera, Knochenbrüchigkeit und Schwerhörigkeit. *Arch Ophth* 95:81, 1918.)